

Casos de Febre Amarela na região Nordeste e Sudeste: estudo Comparativo

Karoline Santos da Silva (Graduanda em Enfermagem, UNIT), e-mail: karolineenf11@gmail.com;
Emily Lima dos Santos (Graduanda em Enfermagem, UNIT), e-mail: emily95lima@gmail.com;
Felipe Souza Nery (Orientador, Docente de Enfermagem, UNIT), e-mail: enf.felipe.nery@gmail.com;

Linha Assistencial 02 – Modelos e impactos do cuidado de enfermagem nas condições de saúde da população. **Sublinha de pesquisa:** Impacto do cuidado de enfermagem ambulatorial, domiciliar e na Estratégia de Saúde da Família frente às condições de saúde da população.

INTRODUÇÃO

No início do ano de 2017, foi evidenciado um surto de febre amarela no Brasil com maior foco na região Sudeste, onde foram notificados 1.170 casos suspeitos até o dia 10 de fevereiro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2017)

A febre amarela é uma doença infecciosa não contagiosa causada por um vírus do gênero *Flavivirus* da família *Flaviviridae*. A doença é endêmica nas áreas de florestas tropicais da América do Sul e da África, e pode ocorrer sob a forma de surtos e epidemias com impacto em saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2017). Classifica-se em: assintomática, leve, moderada, grave e maligna. Parte considerável dos casos (90%) o quadro clínico é assintomático.

Os reservatórios são urbanos e silvestres, sendo eles particularmente dos gêneros *Aedes* (A.), *Haemagogus* e *Sabeths*, sendo na doença urbana o homem seu único hospedeiro e na silvestre os primatas. O Brasil corresponde a maior área endêmica na condição silvestre da doença (BRITO, 2014).

A primeira epidemia no Brasil foi registrada no em 1685, com predominância do ciclo urbano. Entre 1685 a 1936, a epidemia era combatida com medidas de controle, antes mesmo de se conhecer a doença de forma específica. Em 1937, a vacina foi introduzida e com grandes campanhas de erradicação do principal vetor, o *A. aegypti*, foi declarado erradicado do Brasil em 1958 pela Organização Mundial da Saúde (OMS),

voltando mais tarde em 1976 (ROMANO et al., 2011).

Na região de Diamantina, Minas Gerais, um surto foi identificado entre os anos de 2002 e 2003, identificando 36 casos da doença, com predomínio de homens, sem correlação de idade, atingindo tanto adolescente quanto idosos, com uma letalidade de 33,3% (11 óbitos). Os autores, relataram baixa cobertura vacinal e baixa detecção dos casos leves (RIBEIRO; ANTUNES, 2009)

Mais recentemente, em 2009, estudo conduzido na região do São Paulo, foram confirmados 28 casos de febre amarela, sendo que mais de 1/3 foram a óbito, principalmente na região rural do estado. Nesse período, foram aplicadas 1.018.705 doses da vacina, abrangendo uma cobertura de aproximadamente 87% do total da população do sudoeste do estado, representado por 49 municípios (MASCHERETTI, 2013).

O tratamento da doença é realizado de forma que aliviem os sintomas, não sendo específico. Porém nos casos mais graves da doença, evita-se o uso de medicações que causem ou potencializem sangramentos. Já a profilaxia da doença, é realizada através de vacina, com início da sua ação cerca de 10 dias após a aplicação e período de proteção de 10 anos (BRITO, 2014).

Tendo em vista a capacidade de propagação e transmissão da patologia, é necessário que sejam realizadas as notificações compulsórias de casos suspeitos e comprovados de forma correta e logo que identificada, considerando que é uma doença de notificação imediata, identificada em até 24 horas (BRASIL, 2017).

OBJETIVOS

Comparar a distribuição da febre amarela na região Nordeste e Sudeste do Brasil, através de uma revisão da literatura entre 2004 a 2017.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão da literatura com abordagem descritiva e comparativa dos casos de febre amarela notificados na região Sudeste e Nordeste. Foram consultadas as bases de dados eletrônicas do *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), via PubMed, e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), por meio do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) combinados com os operadores lógico booleanos respeitando a seguinte forma: “febre amarela” AND “surto” AND e alternando a busca com as palavras-chave “Nordeste” e “Sudeste”.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos publicados no idioma português, disponíveis na íntegra, gratuitos e no período de 2004 a 2017. Foram excluídos do estudo artigos que apresentaram duplicidade. Além disso, foram considerados estudos que possibilitassem o desenvolvimento coerente do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente a região brasileira de maior ocorrência de casos da Febre Amarela é a região Sudeste do país, onde em março do ano de 2016 foi detectado um caso da doença. As áreas urbanas e com grande concentração da população, deixa o sistema de saúde um alerta para o aumento de intervenções de prevenção nas áreas de maior risco e de viajantes para áreas endêmicas (BRASIL, 2017).

Os focos da doença são diversificados de acordo com os períodos de maior predomínio de chuva. Estudos mostram que a relação de idade e escolaridade tem referência no conhecimento das pessoas quanto à forma de transmissão da doença e os métodos de prevenção da mesma, em geral a população tem um bom conhecimento

sobre a forma de transmissão e medidas para evitar a febre amarela (CARVALHO et al., 2004).

Nos meses de dezembro de 2016 a março de 2017 o número de casos da patologia em áreas de maior ocorrência foi significativo. Sendo na região nordeste, estados da Bahia e Rio Grande do Norte, com um quantitativo de 20 casos notificados, destes, somente 8 foram devidamente investigados, sendo que nenhum caso foi de fato confirmado. Já na região sudeste, nos estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, foram notificados 1.498, destes 829 foram investigados, com 448 casos confirmados. Observou-se que os Estados que tiveram maior número de municípios atingidos pela febre amarela, foram Bahia, com notificação em 8 municípios e Minas Gerais com 93 municípios notificados (BRASIL, 2017).

A ocorrência dos óbitos mostrou-se também diferentes nas regiões nordeste e sudeste do país, constatando-se dois óbitos na região nordeste (sendo que nenhum foi confirmado). Já na região sudeste nos estados, do total de 253 óbitos notificados 57% (144) foram confirmados (BRASIL, 2017).

Entre os estados citados, o com maior número de casos e óbitos notificados foi no estado de Minas Gerais, com 1.158 casos notificados, destes 249 confirmados e 194 óbitos notificados, sendo 118 confirmados (BRASIL, 2017).

Não houve relação dos casos de febre amarela e a faixa etária, entretanto quando comparada a distribuição dos casos em relação ao sexo, observou-se que a maioria deles ocorreram no sexo masculino, 375 casos em detrimento de 74 casos ocorrido no sexo feminino (BRASIL, 2017).

A vacina contra o vírus da febre amarela é a forma de prevenção mais eficiente e indicada, na situação sendo destinada a pessoas que vivem ou viajam para áreas de risco. A terapêutica medicamentosa da doença não é característica e especial, sendo contraindicado o uso de anti-inflamatórios e ácido acetilsalicílico (AAS). Em situações de maior gravidade deve-se recorrer ao atendimento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para vigilância constante, hidratação por via endovenosa, transfusão sanguínea, caso necessário, e em algumas situações, a realização de tratamento de possíveis complicações

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2017).

São recomendadas ações que intensifiquem a profilaxia para que seja evitada a transmissão da patologia, conseqüentemente diminuindo os casos confirmados da doença, assim trazendo a redução da sua expansão (RIBEIRO; ANTUNES, 2009).

CONCLUSÕES

É percebido que a região Sudeste apresenta um predomínio de casos de febre amarela quando comparado com a região Nordeste no período de 2016-2017. A predominância foi em pacientes do sexo masculino. Recomenda-se como medidas preventivas, a vacina da febre amarela e o cuidado com a proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*, a fim de erradicar o transmissor.

REFERÊNCIAS

BRITO, L. B. M et al. Febre amarela: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 8, n. 3, p. 61-5, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica. Informativo para profissionais de saúde. **Informe especial febre amarela no Brasil**, Nº 01, 2017. Associação Médica Brasileira, 2017.

CARVALHO, M. A. DE et al. Conhecimento da população sobre transmissão e medidas de prevenção para dengue e febre amarela. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 14, n. 1, p. 8-12, 2004.

MASCHERETTI, M. et al. Febre amarela silvestre: reemergência de transmissão no estado de São Paulo, Brasil, 2009. **Rev Saude Publica**, v. 47, n. 5, p. 881-889, 2013.

RIBEIRO, M.; ANTUNES, C. M. DE F. Febre amarela: estudo de um surto. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 42, 2009.

ROMANO, A. P. M. et al. Febre amarela no Brasil: recomendações para a vigilância, prevenção e controle. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 20, n. 1, p. 101-106, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Febre amarela - informativo para profissionais de saúde**. Associação médica brasileira, 2017.