FEBRE AMARELA/ CIDADES

Desde as campanhas coordenadas pelos sanitaristas: Emilio Ribas em 1901 na cidade de São Paulo e Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro em 1903 combatendo o *Aedes aegypti* (ciclo urbano), cuja estratégia consistia na destruição dos reservatórios domésticos de água, criadouro natural dos insetos, não corríamos tanto risco, como agora, de voltarmos no Brasil a uma situação semelhante de Febre Amarela urbana. Condição inexistente no país, até hoje, 75 anos decorridos da extinção do último foco urbano da doença em 1942 e da eliminação do *Aedes aegypti* em 1955 na cidade de Sena Madureira no Acre. Pela mesma estratégia utilizadas nas duas grandes cidades citadas e desenvolvida no restante do país, persistiu a partir daí apenas focos na selva (ciclo silvestre), pelo vírus introduzido na região de matas pelo homem doente, picado, principalmente por insetos do gênero *Sabethes* e *Hemagogus* que habitam as copas das árvores, capazes de infectar macacos e o próprio homem sadio que por aí circula. A doença foi introduzida no país logo após seu descobrimento, através dos navios negreiros que trouxeram da África os primeiros doentes e o inseto de hábitos urbanos, denominado *Aedes aegypti*, capaz já em 1685 de produzir a primeira epidemia, em Recife. Daí em diante as epidemias foram se sucedendo nas cidades de toda costa brasileira, do Amazonas ao Rio Grande do Sul, principalmente com o incremento da navegação em nossos portos, entre 1800 a 1900. A doença atinge cerca de 200.000 pessoas a cada ano, com 30.000 mortes, 90% delas na África, além de sua existência também no Caribe e América do Sul.

A Febre Amarela pode evoluir em 3 períodos: o infecioso, mais comum (85% dos casos), com febre, dores pelo corpo e vômitos por 2 ou 3 dias, ocorrendo a cura; o de remissão de 1 a 2 dias sem sintomas; seguindo-se em aproximadamente 15% dos casos o toxêmico, em torno de 5 dias, com aproximadamente 50% de letalidade, acrescentando-se aos sintomas infecciosos iniciais, geralmente insuficiência hepática com hemorragias e icterícia, e insuficiência renal com redução ou interrupção da diurese.

Desde 1976 com a reintrodução do *Aedes aegypti* em nosso território pela cidade de Salvador, voltamos a temer pelo caminho inverso da doença, voltando da selva onde existe (ciclo silvestre), para nossas cidades (ciclo urbano), principalmente pela precariedade da situação sanitária do país em relação ao saneamento e tratamento do lixo, facilitando a circulação na atualidade do *Aedes aegypti* em todos os estados do país, envolvendo 90% das cidades, produzindo grandes epidemias, repetidas a curtos intervalos, de Dengue, Dengue Hemorrágico, há mais de 35 anos e recentes epidemias de Zika e Chikungunya, há pouco mais de 2 anos, com as graves consequências de que temos tomado conhecimento. Se não bastasse tudo isso, a partir de 1986 foi identificado no Brasil outro mosquito, semelhante ao anterior, o *Aedes albopictus*, que em 1998 se espalhava por 13 estados e 1400 municípios, atingindo em 2014, 24 estados, livres apenas três pequenos (Acre, Amapá e Sergipe), com grande difusão no sudeste, atual foco de Febre Amarela, em zonas urbanas, suburbanas, rurais e silvestres, temendo-se que ele a qualquer momento venha a fazer a ponte entre zonas silvestres e rurais epidêmicas com os centros urbanos. Tanto o *Aedes aegypti* como o *Aedes albopictus*, na África, são responsabilizados pela transmissão da Febre Amarela nas cidades, picando o homem contaminado e transmitindo ao homem sadio mantendo o ciclo urbano da doença. O país vive neste início de 2017 o maior surto de Febre Amarela silvestre desde o

início do registro dos casos em 1980, somente em janeiro aproximadamente 700 casos investigados, 151 confirmados com 54 óbitos, 48 em Minas, 3 em São Paulo e 3 no Espírito Santo, além dos casos estudados em Tocantins e Bahia com possibilidades do aumento significativo de casos até maio, período de chuvas na região. Até então o maior surto foi o do ano 2000, com 87 casos e 39 mortes. Como aconteceu a partir de 2007 uma expansão da zona endêmica da doença a partir da Região Amazônica, estendendo-se do centro-oeste em direção leste sul, atingindo estados do sudeste e sul, como Paraná e Rio Grande do Sul, principalmente em áreas de mata atlântica e como a cobertura vacinal em zona endêmica foi considerada baixa, em torno de 60 % das pessoas que deviam ser vacinadas, outros estados podem ser atingidos na atual epidemia. A partir de 1937 conseguimos produzir uma vacina contra a doença, uma das mais eficientes entre todas, de vírus vivos atenuados, capaz de proteger 95 a 98% dos vacinados, com reações locais, cefaleia e dores musculares discretas em até 10% dos casos e reações mais graves: alérgicas severas; agressão pelo vírus vacinal ao sistema nervoso central e outras vísceras ocorrendo rarissimamente. No momento o Ministério da Saúde, mesmo durante esta grande epidemia entre humanos e epizootia entre macacos, recomenda apenas a vacinação nas regiões acometidas, a primeira dose aos 6 ou 9 meses de idade, com um reforço aos 4 anos e a partir daí nos não vacinados anteriormente, uma dose com reforço 10 anos após, evitando-se o uso em pessoas com alteração imunológica e em mulheres grávidas. O grande número de cidades com a presença do *Aedes aegypti*, a grande dispersão do *Aedes albopictus* nas regiões urbanas, suburbanas, rurais e silvestres, a grande circulação de pessoas do campo para as cidades e vice versa, a expansão da área endêmica da doença nos últimos anos, culminando coma maior epidemia de Febre Amarela silvestre entre humanos e macacos no Brasil nas últimas décadas, além da utilização da vacina de Febre Amarela na rotina de todos os seus habitantes da grande maioria dos países que convivem como nós com a doença, na África, Caribe e América do Sul, certamente forçará o Ministério da Saúde a avaliar o custo benefício (reações x proteção), no sentido de inclui-la no calendário vacinal de rotina de todos os brasileiros a partir dos nove meses de idade.

João Regis

Médico

Membro da Academia Brasileira de Pediatria