

A Febre Amarela como nova ameaça sanitária

Vitor Laerte Pinto Júnior

A febre amarela é uma doença causada por um flavivirus, da mesma família do vírus da dengue e do zika. Sua principal característica é causar quadro febril agudo, muito semelhante ao da dengue, tendo o potencial de evolução para formas graves, com acometimento visceral e manifestações hemorrágicas. A letalidade, de acordo com informação do Ministério da Saúde do Brasil, tem sido de cerca de 30 %, aferida no ano de 2017. Trata-se, portanto, de uma arbovirose grave, mas com potencial de prevenção elevado por meio de vacina.

A febre amarela tem dois ciclos de transmissão, o urbano e o rural, ou silvestre, o primeiro, pelo menos até o momento, não existe no Brasil desde 1944, quando se registrou o último caso urbano em Sena Madureira, no Acre. Já o ciclo silvestre, manifesto pelas epizootias em primatas não humanos e em casos humanos esporádicos, de distribuição limitada às áreas de enzootia. Nos últimos 20 anos, os focos de epizootia tornaram-se comuns e o número de casos humanos, em 2017, ultrapassou, em muito, a média obtida por meio do monitoramento da vigilância em saúde na série histórica iniciada em 1980.

Os surtos em região extra-amazônica se iniciaram nos anos de 2001-2002, com início no estado do Pará para os estados de Tocantins, Goiás e Mato Grosso, e algumas áreas de Minas Gerais, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul. Em 2008-2009, novo surto acomete a Região Centro-Oeste e em áreas não endêmicas da Região Sudeste (São Paulo). O número de casos aumenta no surto de 2015-2016 avançando para áreas até então indenes. No ano de 2017, o número de casos ultrapassou os limites históricos, afetando os estados de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo. Diante deste cenário, considera-se elevado o risco de reurbanização da febre amarela no Brasil.

As áreas indenes da FA compreendem as regiões mais populosas do País, a expansão da FA para estas regiões causa grande preocupação, pois nelas não havia indicação de vacinação. O número de indivíduos residentes em áreas indenes representa mais de 70 % da população brasileira, isso fez com que a demanda pela vacinação se ampliasse a partir de 2001, mesmo não havendo indicação oficial. O uso ampliado da vacina fez com que efeitos colaterais raros, como a expressão viscerotrópica, fossem detectados pela

A Febre Amarela como nova ameaça sanitária

primeira vez no Brasil, o que desencorajou o MS a incluir, nestas áreas, a vacina no calendário vacinal oficial.

A vacina da febre amarela é constituída por vírus vivos atenuados pelas passagens por embriões de galinha e é fabricada da mesma maneira desde sua descoberta, em 1937. Atualmente, o MS recomenda que seja aplicada uma única dose no decorrer da vida do indivíduo. O Brasil é o maior produtor e exportador mundial da vacina, no entanto, a produção não é capaz de atender a demanda existente em tempo oportuno. Adicionalmente, a procura elevada pela vacina também vem evidenciando problemas no abastecimento de insumos para sua aplicação, como seringas, e a falta de profissionais de saúde para o atendimento da população.

Para tentar se resolver o problema de desabastecimento da vacina, o MS adotou a estratégia de fracionar a dose em 1/5, como levado a cabo nas epidemias de Angola e da República Democrática do Congo em 2016, quando houve risco de desabastecimento dos estoques mundiais de vacina. Essa estratégia se baseia em dois estudos realizados com a vacina feita em Biomanguinhos, no Rio de Janeiro, e que demonstrou que o fracionamento de até 1/9 da dose plena é capaz de gerar resposta imune. No entanto, o efeito em condições de circulação viral (vida real) e a duração da imunidade ainda são desconhecidos, portanto, o fracionamento é somente indicado em casos

em que se deseja imunizar um grande número de pessoas em curto espaço de tempo. O que está sendo realizado em São Paulo e no Rio de Janeiro.

Para deter o avanço da doença e impedir a sua reurbanização, o país como um todo e especificamente as autoridades governamentais, deverão ultrapassar grandes obstáculos e ser capaz de priorizar as inovações tecnológicas. Entre as medidas consideradas mais urgentes incluem-se, a ampliação da cobertura vacinal para acima de 60 % de toda a população brasileira, aumento da sensibilidade da definição de caso, o que exigirá treinamento dos médicos e outros profissionais e melhoria da capacidade de diagnóstico por parte dos laboratórios oficiais e privados. Para o médio prazo, é importante o desenvolvimento de vacinas sem os efeitos adversos da vacina 17 DD, preferencialmente que seja feita de vírus mortos ou de antígenos destes.