

Fig. 1

**Áreas de Risco de Febre Amarela Silvestre Redefinidas.  
Brasil, 2003**



*aegypti* em países onde havia sido erradicado. Na Febre Amarela Urbana, o vírus é introduzido no ciclo pelo homem em período de viremia, pois, ao picá-lo, o *A. aegypti* torna-se infectado e irá transmitir o vírus a outras pessoas suscetíveis, iniciando o ciclo de transmissão: homem – *A. aegypti* – homem.

No passado, quase todo o território brasileiro era área de risco de Febre Amarela. Com o desaparecimento da modalidade urbana da doença e a manutenção de casos humanos de Febre Amarela Silvestre, estudos epidemiológicos possibilitaram delimitar quatro áreas epidemiologicamente distintas: 1) área endêmica - áreas com alta circulação viral ou com ocorrência de casos humanos; 2) área de transição - áreas com evidência de circulação viral (pode haver casos humanos em forma de surtos esporádicos) e com características ambientais homogêneas, ou seja, semelhantes a áreas com circulação viral; 3) área indene - corresponde à área onde não há circulação de vírus amarelo e 4) área indene de risco potencial - áreas contíguas às áreas de transição (com circulação viral), que apresentam características de ecossistema, por critérios hidrográficos e de vegetação, que são de maior risco para circulação viral. As áreas indenas de risco potencial são de prioridade para: implementação/intensificação de vigilância de epizootias e entomológica, intensificação de vigilância epidemiológica, organização de serviços e rede de assistência.

Atualmente a situação da Febre Amarela no país preocupa muito o Ministério da Saúde, uma vez que o Brasil possui a maior área enzoótica de Febre Amarela do mundo e existe o grande desafio de intensificar e aprimorar ações de vigilância da Febre Amarela, com a finalidade de detectar precocemente a circulação viral, se possível antes mesmo de incidir em seres humanos,

enquanto ainda atinge somente animais silvestres.

A partir do ano de 1999, têm ocorrido epizootias (morte de Primatas Não Humanos) e posteriormente casos humanos e óbitos por Febre Amarela Silvestre em vários Estados, como Goiás, Mato Grosso e Minas Gerais. O Estado de Minas Gerais enfrentou, no ano de 2003, um surto de Febre Amarela Silvestre de grandes proporções, precedido por epizootias, com 58 casos humanos confirmados. Ao longo do ano foram registrados 63 casos no país com 23 óbitos.

O Rio Grande do Sul apresenta um histórico com registro de casos de Febre Amarela. As últimas ocorrências no Estado datam de 1966 nos municípios de Iraí (2 casos), Passo Fundo (1 caso) e São Luiz Gonzaga (3 casos). Nesta oportunidade foi realizada uma campanha de vacinação humana em toda a região noroeste do Estado, como medida preventiva a uma possível epidemia.

Diante desses fatos, a implantação da vigilância da Febre Amarela no Estado objetivou identificar áreas silvestres factíveis para a ocorrência do vírus amarelo, pela presença de Primatas Não Humanos e vetores da doença. A partir deste conhecimento, passou a ser estabelecido o tipo de monitoramento sistemático para definição mais precisa das áreas de risco. Com base em indicadores mais explícitos, foi possível eleger as Regionais de Saúde de referência e o estabelecimento de um estado de alerta, com pronto diagnóstico dos eventos epizooticos. Subseqüentemente, todas essas atividades concorreram para adequação dos métodos usados e bloqueio vacinal da população exposta.

Quanto aos métodos utilizados, optou-se pela descrição individualizada específica como segue:

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

### 2.1 VIGILÂNCIA AMBIENTAL

O levantamento entomológico, nas áreas de risco ou investigadas, consiste em captura de vetores, com o uso de puça e capturadores de sucção.



Fig. 2 – Material para captura de vetores