



NOTA TÉCNICA Conjunta DIVEP/LACEN Nº 05/2017

Assunto: Orientações para a vigilância e prevenção da Febre Amarela no Estado da Bahia

A febre amarela (FA) é uma doença infecciosa febril aguda, imunoprevenível, cujo agente etiológico é transmitido por artrópodes, que possui dois ciclos epidemiológicos de transmissão distintos: o silvestre (transmitido pelos mosquitos *Haemagogus* e *Sabethes*) e o urbano (transmitido pelo *Aedes aegypti*). Todavia, do ponto de vista etiológico, clínico, imunológico e fisiopatológico, a doença é a mesma.

No ciclo silvestre da febre amarela, os primatas não humanos (PNH) são os principais hospedeiros e amplificadores do vírus. O homem participa como um hospedeiro acidental ao entrar no meio silvestre por lazer, trabalho, ou outras situações. No ciclo urbano, o homem é o único hospedeiro com importância epidemiológica e a transmissão ocorre a partir de vetores urbanos (*Aedes aegypti*) infectados. No Brasil, os últimos registros de casos de transmissão urbana ocorreram em 1942 no Acre. Contudo, considerando que o ciclo silvestre não é passível de eliminação e que permanece no país um cenário com altos índices de infestação predial pelo *Aedes aegypti*, baixas coberturas vacinais para FA e intenso fluxo de pessoas entre as áreas urbanas e silvestres, amplia-se o risco de reurbanização da transmissão de FA.

O vírus da febre amarela é um arbovírus protótipo do gênero *Flavivirus*, da família *Flaviviridae* e tem período de incubação de 3 a 6 dias. O quadro clínico inicia-se com febre súbita, calafrios, cefaleia, lombalgia, mialgias generalizadas, prostração, náuseas e vômitos. Cerca de 15% dos casos apresentam, posteriormente, um breve período de horas a um dia sem sintomas e, então, desenvolvem a forma mais grave da doença, caracterizando o período toxêmico, com reaparecimento da febre e instalação de quadro de insuficiência hepatorenal com icterícia, oligúria, anúria e albuminúria, acompanhado de manifestações hemorrágicas, podendo evoluir com comprometimento do sensorio, obnubilação mental e torpor, dissociação pulso-temperatura (sinal de Faget). A letalidade pela forma grave da FA pode chegar a 50%.

Recomenda-se que TODOS os pacientes de FA sejam acompanhados por pelo menos três dias após o período de melhora, a fim de descartar degeneração por quadro toxêmico.

Considerando o atual cenário epidemiológico da febre amarela nos estados de Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Pará e Goiás, e a ocorrência de epizootias de primatas não humanos (PNH) em 73 municípios baianos, emite-se a presente Nota Técnica com o objetivo de atualizar informações epidemiológicas, emitir orientações técnicas e definir fluxos necessários à implementação da vigilância, prevenção e controle da doença no estado da Bahia.



1. Vigilância Epidemiológica de casos humanos

Recomendam-se aos Núcleos Regionais de Saúde, às secretarias municipais de saúde e aos núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar as seguintes ações:

- Divulgar aos profissionais de saúde informações atualizadas sobre definições de caso, manejo clínico, situação epidemiológica e medidas de prevenção;
- Notificar imediatamente os casos suspeitos ao Cievs Bahia em até 24 horas através dos telefones: (71) 3116-0018; 3116-0037 ou 99994-1088 ou e-mail: notifica.cievsbahia@gmail.com
- Investigar todos os casos notificados, utilizando a Ficha de Investigação de Febre Amarela (Anexo A), observando a compatibilidade com a definição de caso e inserir no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan);
- Encaminhar amostras para exames específicos ao LACEN/BA, sempre acompanhada da ficha de investigação. Tratando-se de caso grave, óbito ou suspeita de evento adverso pós-vacinal (EAPV), sinalizar na frente da ficha, visando auxiliar na triagem dos casos prioritários para análises;
- Intensificar as ações de controle do *Aedes aegypti*, comunicação e educação em saúde, envolvendo as equipes de atenção básica e de vigilância epidemiológica;
- Realizar busca ativa de indivíduos sintomáticos e investigar o local provável de infecção (LPI);
- Atenção especial à orientação de indivíduos que trabalham próximo a mata ou dentro desta, quanto à utilização de repelentes e cobertura do corpo com vestimentas compridas;
- Sensibilizar produtores rurais (via sindicatos, associações, Secretaria da Agricultura e outros órgãos de classe) sobre a importância da verificação do histórico vacinal dos seus colaboradores, sobretudo os contratados sazonalmente;
- Atender as recomendações do Ministério da Saúde para a vacinação contra a FA.

Todos os casos notificados devem ser investigados pela vigilância epidemiológica do município e/ou núcleo hospitalar de epidemiologia, seguindo conceitos e orientações a seguir:

Definições de Caso

- **Caso suspeito:** Indivíduo com quadro febril agudo (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente ou procedente nos últimos 15 dias de área de risco para febre amarela, ou de locais com ocorrência de epizootia confirmada em PNH, ou isolamento de vírus em mosquitos vetores, não vacinado contra febre amarela, ou com estado vacinal ignorado.

- **Caso confirmado por critério clínico-laboratorial:** Todo indivíduo que se enquadre na definição de caso suspeito de febre amarela e apresente confirmação laboratorial específica



(isolamento viral, RT-PCR, detecção de IgM por 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 pareadas);

- **Caso confirmado por vínculo epidemiológico:** Todo indivíduo que se enquadre na definição de caso suspeito de febre amarela 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 descartado:** Caso suspeito de febre amarela 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 de outra doença.

2. VIGILÂNCIA DE EPIZOOTIAS EM PRIMATAS NÃO HUMANOS (PNH)

O objetivo central é a prevenção da ocorrência de casos humanos de Febre Amarela e consiste na captação de informações oportunas sobre adoecimento ou morte de PNH e investigação adequada desses eventos, para subsidiar a tomada de decisões sobre as medidas de prevenção e controle, reduzindo a morbimortalidade da doença na população humana, em áreas afetadas (com transmissão ativa) e ampliadas (áreas adjacentes). Tem como base a Portaria 782, de 15 de março de 2017 que define a relação de Epizootias de Notificação Compulsória e suas diretrizes em todo o Território Nacional.

O foco da referida vigilância consiste em identificar, nas diferentes regiões, grupos sociais e profissionais, que, por advento das atividades que desenvolvem possam observar adoecimento ou morte de PNH e informar às autoridades de saúde locais para investigação oportuna e avaliação do risco potencial de ocorrência de casos humanos de FA na região.

Devem ser consideradas as seguintes definições:

- **Caso suspeito:** PNH de qualquer espécie, encontrado morto (incluindo ossadas) ou doentes*, em qualquer local do Território Nacional.

*Obs.: Considera-se PNH doente, o animal com comportamento anormal como: depressão, movimentação lenta, ausência de instinto de fuga, segregação no grupo, imobilidade no solo, perda de apetite, desnutrição, desidratação, presença de lesões cutâneas, secreções oculares e/ou nasais, diarreia, entre outros.

Com base nas características levantadas na investigação, a epizootia deve ser classificada em:

- ❖ Morte de macaco – Rumor de adoecimento ou morte de macaco, com histórico consistente, sem colheita de amostras para diagnóstico laboratorial. Essa situação deve servir de alerta para a vigilância epidemiológica e precisa ser investigada;
- ❖ Epizootia de primata “em investigação” – Morte de macaco, constatada em investigação local, com ou sem colheita de amostra do animal objeto da investigação ou de amostras



secundárias na investigação (ex.: colheita de amostras de primatas remanescentes na área, contactantes do animal doente ou morto).

- ❖ Epizootia confirmada para Febre Amarela – a) Por laboratório: resultado laboratorial conclusivo para febre amarela em pelo menos um animal do LPI. b) Por vínculo epidemiológico: associada à detecção viral em vetores, outros primatas ou em humanos no LPI, considerando vínculo espacial e temporal.
- ❖ Epizootia descartada para Febre Amarela – resultado laboratorial conclusivo e negativo para Febre Amarela, considerando amostras em condições satisfatórias.

A ocorrência de outras mortes ou adoecimento de PNH no mesmo local num determinado período de tempo, não caracteriza outra epizootia. A notificação dos eventos suspeitos deve ser feita em até 24 horas à Secretaria de Saúde, utilizando a ficha de notificação/investigação de Epizootia (anexo B do Guia de Epizootias), devendo conter informações agregadas sobre os animais afetados naquela localidade e ser lançada no SINAN, tratando-se de primeiro evento. As informações individuais para cada animal amostrado devem ser registradas na ficha de necropsia (anexo C do Guia de Epizootias).

Recomenda-se marcar a localização geográfica com aparelho GPS. Quando não disponível, a localização deve ser determinada por pontos de referência ou distância aproximada e direção a partir do ponto central do município.

Orientações detalhadas relacionadas à investigação, biossegurança em atividades de campo, precauções para o manejo de animais silvestres, equipamentos de proteção individual e outros aspectos importantes estão descritos no Guia de Vigilância de Epizootias em Primatas Não Humanos e Entomologia Aplicada à Vigilância de Febre Amarela.

IMPORTANTE: É necessário que os profissionais que atuam em investigações ecoepidemiológicas façam o controle de suas vacinas, sendo imprescindíveis as vacinas contra a febre amarela, o tétano e a hepatite B, além do esquema profilático antirrábico de pré-exposição, para o qual se torna obrigatória a avaliação sorológica, anualmente.

3. VIGILÂNCIA LABORATORIAL

3.1 Diagnóstico da Febre Amarela em primata não humano (PNH)

Diante da situação epidemiológica do estado da Bahia, o Laboratório Central de Saúde Pública do Estado da Bahia (LACEN/BA) orienta as equipes de Vigilância Epidemiológica quanto ao envio dos PNH capturados para a investigação laboratorial do vírus causador da FA:

- Preferencialmente, os municípios que possuem Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e/ou médico veterinário, deverão encaminhar as vísceras já coletadas.



- PNH ou amostras de soro/sangue/vísceras de PNH deverão vir acompanhados de Ficha de Notificação/Investigação de Epizootia. Caso seja enviado mais de um PNH e/ou amostra relacionados à mesma epizootia, identificar cada um deles separadamente. Exemplo: primata 1, primata 2;
- Serão priorizados exames dos PNHs dos municípios que ainda não têm resultado laboratorial positivo/detectável para FA. Sendo assim, as amostras ou animais oriundos de municípios que já tenham resultado laboratorial positivo/detectável para FA manterão temporariamente apenas o protocolo de investigação para raiva. A saber: **Alagoinhas, Biritinga, Catu, Camaçari, Cordeiros, Esplanada, Feira de Santana, Itaparica, Ituberá, Nova Viçosa, Ouriçangas, Pedrão, Salvador, Santa Rita de Cássia, São Felipe, São Miguel das Matas, Saúde e Vera Cruz;**
- A restrição para investigação de FA não inclui restrição ao recebimento do animal/amostra no LACEN/BA considerando que o protocolo de investigação para raiva permanece inalterado.

Devem ser seguidos os seguintes procedimentos para coleta, armazenamento e encaminhamento de amostras:

- **PNH capturado vivo** – Coletar sangue, observando os volumes de 6 a 10 ml para os animais de grande e médio portes (animais dos gêneros *Alouatta*, *Ateles*, *Cebus*, *Callicebus*, *Saimiri*) e de 2 a 6 ml para os animais de pequeno porte (gêneros *Callithrix* e *Saguinus*). Utilizar seringa hipodérmica de 10 ml, com agulha 25x7, descartável, realizar a desinfecção do local de penetração da agulha com álcool iodado, na proporção de cinco partes de álcool 70% para uma parte de tintura de iodo (5:1). Caso seja necessário, fazer a tricotomia do local. Para o diagnóstico utiliza-se sangue total para isolamento viral e soro para detecção de anticorpos. O material obtido durante o procedimento de coleta de amostra deve ser encaminhado ao LACEN/BA em condições adequadas para análise, com a maior brevidade. As amostras de soro devem ser armazenadas, congeladas e sangue total refrigeradas até o envio para o laboratório. O LACEN/BA não recebe animal vivo.
- **PNH morto** - o material de necropsia deve ser colhido com rapidez (preferencialmente até 24 horas após a morte do animal (ideal até 8 horas). Após esse período, recomenda-se a coleta se houver condições para tal, isto é, se o animal não estiver em estado avançado de decomposição. As amostras a serem obtidas são sangue ou soro após punção cardíaca e tecidos (preferencialmente fígado; adicionalmente, recomenda-se coletar baço, rins, coração, pulmão e cérebro, sempre que possível).

As amostras de sangue e/ou de soro para tentativa de isolamento viral devem ser coletadas preferencialmente em duplicata, acondicionadas em criotubos, identificadas (tipo de material e numeração de acordo com a ficha) e imediatamente armazenadas em nitrogênio líquido ou gelo seco. Na impossibilidade de conservar as amostras de vísceras e soro em



nitrogênio líquido ou gelo seco, armazenar em freezer a -70°C e, como última alternativa, acondicionar as amostras em isopor com baterias de gelo reciclável (gelox) ou congelar a -20°C (freezer comum) e enviar imediatamente ao LACEN/BA.

3.2. Exames específicos para diagnóstico de FA em humanos

- Até o 5º dia de doença: RT-PCR para FA no sangue (realizado no LACEN/BA)
- Após o 5º dia de doença (colher independente do resultado da RT-PCR): 1ª amostra de sorologia IgM/IgG para FA e 2ª amostra de sorologia IgM/IgG para FA de 14 a 21 dias após a primeira amostra (exame realizado em laboratório de referência nacional).

Os procedimentos para encaminhamento das amostras são detalhados no Anexo B.

4. ENTOMOLOGIA

Em situações de focos naturais de transmissão do vírus, a captura de vetores deve levar em consideração a notificação prévia de mortes de PNH e casos humanos suspeitos.

Captura dos vetores transmissores da febre amarela

O método deve fundamentar-se na exploração das características relacionadas aos hábitos e atividades diárias das espécies vetoras. A utilização de um método mecânico, como aspiradores elétricos, visa apreender uma maior quantidade de mosquitos. Na captura do mosquito, além do emprego da técnica correta, devem-se seguir os princípios de condicionamento apropriado para a preservação da espécie, o que é definido pelo objetivo da investigação. No caso específico dos vetores da febre amarela silvestre, os procedimentos para a execução das capturas em campo são:

- Construção de plataformas (dependente do porte da mata): altura entre 8 a 12 metros acima do solo, haja vista que idealmente as plataformas devem ser construídas nas copas das árvores existentes no local da epizootia. Material para construção: pregos, marreta, martelo, ripas, tábuas, serrote, corda de náilon e lona para proteção de chuva.
- Captura de solo e copa - material: puçá, aparelho de sucção oral ou aspiradores elétricos e tubos de 15 x 2,5 cm. O horário de 9 às 16 horas é ideal para a captura. Contudo, pode ser equacionado conforme verificação do campo e critérios tais como um intervalo de tempo para cada captura, temperatura, vento, sol, chuva ou dependência de transporte para levar as amostras ao laboratório no menor tempo possível.

Técnicas de captura e transporte do mosquito para isolamento de vírus



- Capturar o mosquito vivo.
- Usar um dos métodos de captura: manual ou mecânico.
- Colocar as amostras em tubos de vidro ou plástico.
- Rotular os tubos (data, cidade e localidade de captura).
- Envolver os tubos com fita adesiva transparente para fixar o rótulo e protegê-lo durante o congelamento.
- Congelar o mosquito em nitrogênio líquido.
- Enviar material para o LACEN.

5. IMUNIZAÇÃO

Em abril de 2017, o Ministério da Saúde, seguindo recomendação da Organização Mundial da Saúde, reconheceu uma dose da vacina contra febre amarela como sendo suficiente para garantir proteção por toda a vida, e passou a adotar no país o esquema de dose única (0,5ml) a partir dos 09 meses de idade (Nota Informativa 94/2017).

Nesse contexto, a Coordenação de Imunizações e Vigilância Epidemiológica de Doenças Imunopreveníveis (CIVEDI/DIVEP) orienta a todos os municípios baianos que **considerem vacinados os indivíduos, a partir de 09 meses de idade, que comprovarem pelo menos uma dose da vacina, não sendo mais necessária administração de dose de reforço.**

Desta forma, a população alvo a ser vacinada nas áreas com recomendação de vacinação do Estado são as crianças de 9 meses de idade até as pessoas com 59 anos de idade que nunca tenham tomado a vacina. Pessoas acima de 60 anos, gestantes e mulheres amamentando crianças menores de 06 meses residentes nessas áreas também poderão receber a vacina desde que passem previamente por uma avaliação médica do risco-benefício. Indivíduos com comorbidades que contraindiquem a vacinação não deverão ser vacinados.

Atualmente a área considerada com recomendação da vacina contra febre amarela (ACRV) no Estado da Bahia envolve 95 municípios, sendo 45 que já faziam parte desta área, 35 que passaram a ter recomendação temporária de vacinação e 15 que não tem fazer parte da área, mas que registraram ocorrência de epizootia de primata não humano (PNH) confirmada laboratorialmente para a doença (Quadro 1).

A Divep, em consonância com o Programa Nacional de Imunizações, orienta que a vacinação contra febre amarela ocorra de forma seletiva na rotina dos serviços, observando-se a caderneta de vacinação do indivíduo no sentido de garantir as indicações e os esquemas adequados para conferir a proteção desejada. Observa-se que o indivíduo que já recebeu uma única dose da vacina deve ser considerado como vacinado, sendo desnecessárias quaisquer outras doses extras.



É fundamental que os municípios registrem as doses aplicadas no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) a fim de comprovar o uso do imunobiológico e com isso garantir o recebimento de novas doses da vacina.

Quadro 1. Municípios da Bahia, segundo critério de recomendação para vacinação contra febre amarela, 2017.

Área com recomendação permanente de vacina - ACRV		
Angical	Cotegipe	Remanso
Baianópolis	Cristópolis	Riachão das Neves
Barra	Feira da Mata	Santa Maria da Vitória
Barreiras	Formosa do Rio Preto	Santa Rita de Cássia
Bom Jesus da Lapa	Ibotirama	Santana
Brejolândia	Itaguaçu da Bahia	São Desidério
Buritirama	Iuiú	São Félix do Coribe
Campo Alegre de Lourdes	Jaborandi	Sento Sé
Canápolis	Luís Eduardo Magalhães	Serra do Ramalho
Carinhanha	Malhada	Serra Dourada
Casa Nova	Mansidão	Sítio do Mato
Catolândia	Morpará	Sobradinho
Cocos	Muquém de São Francisco	Tabocas do Brejo Velho
Coribe	Paratinga	Wanderley
Correntina	Pilão Arcado	Xique-Xique
Área com recomendação temporária de vacina - ACRTV		
Cândido Sales	Itanhém	Medeiros Neto
Condeúba	Itarantim	Mortugaba
Cordeiros	Jacaraci	Mucuri
Encruzilhada	Jucuruçu	Piripá
Guaratinga	Lajedão	Sebastião Laranjeiras
Ibirapuã	Macarani	Tremedal
Itagimirim	Maiquinique	Urandi
Área ampliada com recomendação temporária de vacina - AACRTV		
Alcobaça	Itamaraju	Santa Cruz Cabrália
Belmonte	Itapebi	Teixeira de Freitas
Caravelas	Nova Viçosa	Vereda
Eunápolis	Porto Seguro	Vitória da Conquista
Itabela	Prado	

6. AÇÕES DE CONTROLE VETORIAL

As ações de controle vetorial têm como objetivo minimizar o risco de reurbanização da transmissão da FA e deverão ser orientadas a partir da definição dos seguintes cenários, conforme orientações do Ministério da Saúde (NI nº 022):

6.1. Área Periurbana com casos humanos e/ou epizootias suspeitas e/ou confirmadas para FA

As ações de controle vetorial e comunicação em saúde deverão ser intensificadas nas áreas de borda (300 a 400m a partir da mata).

As ações de controle vetorial deverão ser realizadas da seguinte forma:



- **Tratamento focal** com larvicida em todos os depósitos que não puderem ser removidos, protegidos e/ou eliminados, dos imóveis da área delimitada. Esta atividade deverá ser realizada no dia anterior à aplicação de inseticida a Ultra Baixo Volume (UBV);
- **Tratamento perifocal** com bombas aspersoras e inseticida de ação residual nas paredes externas de tanques, tonéis, caixa d'água e similares. Esta atividade deverá ser realizada antes da aplicação de UBV, preferencialmente concomitante ao tratamento focal;
- **Tratamento espacial** com equipamento costal motorizado de adulticida malathion (EW44%) a ultra baixo volume (UBV) no peridomicílio dos imóveis incluídos na área delimitada (300 a 400m a partir da mata), pertencentes à área urbana limítrofe ao local do caso/ epizootia. Deve ser realizada pelos ACE do município, em cinco (5) ciclos com intervalo de três (3) dias de um ciclo para o outro.

Atenção: o inseticida (Malathion EW44%) utilizado atualmente para atividades de UBV NÃO pode ser utilizado no intradomicílio, segundo orientações do Ministério da Saúde.

- A aplicação de inseticida a Ultra Baixo Volume (UBV) com equipamento acoplado a veículo é uma atividade de controle vetorial de competência do Estado (Portaria 1.378/2013) e deve ser realizada quando a força de trabalho com máquina portátil não for suficiente para cobertura da área com transmissão da doença. Nesse caso, deverão ser realizados cinco ciclos de três a cinco dias que dependerão do tamanho da localidade e do número de equipamentos disponíveis. Após o quarto ciclo, a Vigilância Epidemiológica deverá avaliar o impacto da ação. Caso a transmissão não seja interrompida, a aplicação poderá ser estendida por mais dois ciclos, no máximo.
- A solicitação de UBV pesado pelos municípios deve ser feita por meio de ofício para o Núcleo Regional de Saúde/Base Regional de Saúde justificando a solicitação com as seguintes informações: número de casos humanos suspeitos e/ou confirmados, número de casos suspeitos e/ou confirmados de PNH, Número de imóveis existentes na área a ser trabalhada. O NRS/BRS deve analisar a solicitação e encaminhar parecer para o GT Arboviroses/CODTV/DIVEP, através do e-mail controlevetorialba@gmail.com para que a equipe técnica avalie o parecer e proceda com os encaminhamentos de autorização e liberação.

6.2. Área Urbana com casos humanos e/ou epizootias suspeitas e/ou confirmadas para FA

Nas situações de caso suspeito/confirmado de FA em área urbana, é necessária investigação minuciosa sobre o local provável de infecção e deslocamentos do paciente, para definir a(s) área(s) a serem incluídas nas ações de controle vetorial. No caso de epizootia suspeita/confirmada em área urbana, deve-se investigar se há possíveis corredores ecológicos dentro da área urbana a partir de matas ou parques de onde o animal pode ter contraído a FA.



As ações de controle vetorial devem ser intensificadas, com visitas domiciliares, busca ativa, comunicação e educação em saúde e deverão ser realizadas da seguinte forma:

- **Tratamento focal e perifocal, conforme orientações do item 6.1**
- **Tratamento espacial** com equipamento costal motorizado de adúltida malathion (EW44%) a ultra baixo volume (UBV) no peridomicílio dos imóveis da área urbana incluídos em um raio de 300 a 400m, tendo como ponto de origem a residência/LPI do caso ou local de ocorrência da epizootia. Deve ser realizada pelos ACE do município, em cinco (5) ciclos com intervalo de três (3) dias de um ciclo para o outro.
- A aplicação de inseticida a Ultra Baixo Volume (UBV) com equipamento acoplado a veículo poderá ser realizada quando a força de trabalho com máquina portátil não for suficiente para cobertura das áreas com transmissão da doença, seguindo as mesmas orientações descritas no item 6.1 para essa ação.

Nas áreas sem registro de ocorrência de epizootias ou casos humanos suspeitos de FA, recomenda-se avaliação das áreas de maior risco para intensificação das ações de prevenção, priorizando áreas com índices de infestação predial (IIP) elevados.

Esta Nota técnica substitui as orientações emitidas anteriormente pela DIVEP/ LACEN através da Nota técnica conjunta DIVEP/ LACEN Nº 02/2017 e Nota técnica FA LACEN nº 01/2017.

Para esclarecimentos e outras informações contatar:

- CIEVS Bahia: notifica.cievsbahia@gmail.com Tel: (71) 99994-1088 (todos os dias das 8 às 18h) e (71) 3116-0037/3116-0018 (segunda a sexta das 8 às 18 horas)
- CODTV/ DIVEP: divep.codtv@gmail.com Tel: (71) 3353-7521.
- GT Arboviroses/ CODTV: gtarbovirosesba@gmail.com Tel: (71) 3116-0029 e 3116-0047.
- LACEN/BA: lacen.clavep@saude.ba.gov.br Tel: (71) 3116-5042 (segunda a sexta das 7 as 17h) e 3116-5012/ 5047 (sábados das 7 as 13h).

Salvador, 27 de abril de 2017.

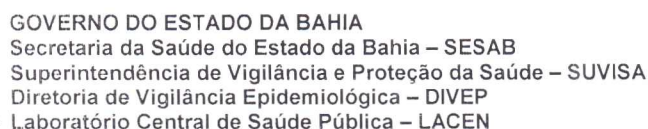

Maria Aparecida Araújo Figueiredo
Diretora DIVEP


Zuinara Pereira Gusmão Maia
Diretora LACEN



Anexo A- Ficha de investigação de Febre amarela

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE FEBRE AMARELA				
CASO SUSPEITO: indivíduo com quadro febril agudo (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente ou procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, não vacinados contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/bença	FEBRE AMARELA		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	6 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	7 Nome do Paciente	8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade	10 Sexo	11 Gestante	12 Raça/Cor
	13 Escolaridade	14 Número do Cartão SUS		
	15 Nome da mãe	16 UF		
Dados de Residência	17 Município de Residência	18 Código (IBGE)		19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		22 Código
	23 Número	24 Complemento (apto., casa, ...)		25 Geo campo 1
	26 Geo campo 2	27 Ponto de Referência		28 CEP
	29 (DDD) Telefone	30 Zona		31 País (se residente fora do Brasil)
	32 Dados Complementares do Caso			
Antecedentes Epidemiológicos	33 Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias			
	34 Vacinado Contra Febre Amarela			
	35 Município			
Dados Básicos	36 Sinais e Sintomas			
	37 Ocorreu Hospitalização?			
Acompanhamento	38 Município			
	39 Exames Inespecíficos (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)			

Informações complementares e observações

Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código Unidade de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	
Ferreira, Ana Paula		Coordenadora	[Assinatura]	
Data: 10/05/2011		Local: NIT	Pág. 17 de 20	



**Anexo B - Diagnóstico laboratorial da Febre Amarela
- em Humanos**

Tipo de Diagnóstico (Humano)	Tipo de Material	Procedimento de coleta	Armazenamento e conservação	Acondicionamento e transporte	OBS.
Sorologia	Soro	Coletar no mínimo 5ml de sangue sem anticoagulante a partir do 6º dia do início dos sintomas. Encaminhar no mínimo 1 ml do soro para sorologia	Tubo plástico estéril com tampa de rosca devidamente identificado e conservado em freezer a -20°C	Colocar a amostra em saco plástico individualizado dentro de outro saco plástico. Transportar em caixa de transporte de amostra biológica com gelo comum ou reciclável	Acompanha ficha com dados do paciente
	Sangue/ soro	Coletar o sangue sem anticoagulante entre 1 e 7 dias após o início dos sintomas. Reservar 1 mL de sangue ou separar 1 mL de soro para isolamento viral	Tubo resistente a temperatura ultra baixa (criotubo) capacidade de 2 ml com tampa de rosca e anel de vedação, devidamente identificado. Conservar em freezer a -70°C	Colocar em saco plástico individualizado dentro de uma canaleta identificada no botijão de nitrogênio líquido	Acompanha ficha com dados do paciente. No caso de óbito punccionar o sangue direto do coração
Isolamento Viral	Visceras	Coletar fragmentos pequenos (1 cm ³) do fígado, baço, pulmão e cérebro até 24 horas após o óbito	Frasco plástico estéril com tampa de rosca resistente a temperatura ultra baixa. Capacidade 15ml Conservar em freezer a -70°C	Colocar em saco plástico individualizado dentro de uma canaleta identificada no botijão de nitrogênio líquido	Colocar o fragmento de cérebro em frascos separados dos demais fragmentos
	Soro	Coletar o sangue sem anticoagulante entre 1 e 7 dias após o início dos sintomas. Separar no mínimo 1 ml de soro para PCR	Tubo resistente a temperatura ultra baixa (criotubo) capacidade de 2 ml com tampa de rosca e anel de vedação, devidamente identificado. Conservar em freezer a -70°C	Colocar em saco plástico individualizado dentro de uma canaleta identificada no botijão de nitrogênio líquido	Acompanha ficha com dados do paciente
Histopatológico Imunohistoquímica	Visceras	Coletar fragmentos pequenos (2 a 3 cm ³) do fígado, baço, pulmão, rim, coração e cérebro até 24 horas após o óbito	Colocar os fragmentos de viscera sem frasco estéril com tampa de rosca contendo formalina tamponada	Colocar os frascos, em caixa de transporte de amostra biológica SEM GELO. Conservar em temperatura ambiente	Usar formalina tamponada a 10%, com volume 10 vezes maior que o volume dos fragmentos. Acompanha ficha com dados do paciente

- em Primatas não humano (PNH)

Tipo de Diagnóstico (Primata)	Tipo de material	Procedimento de coleta	Armazenamento e conservação	Acondicionamento e transporte	OBS.
Isolamento Viral e PCR	Sangue/Soro	Coletar o sangue sem anticoagulante. Colher de 2 a 6 mL em animais vivos até 3 kg e em animais com peso acima de 6kg colher 6 a 10 mL. Em animais mortos colher 6 a 10 mL por punção cardíaca.	Tubo resistente a temperatura ultra baixa (CRIO TUBO) capacidade de 2 ml com tampa de rosca e anel de vedação, devidamente identificado. Utilizar três tubos e colocar de 0,5 a 1 ml de sangue ou soro em cada um. Conservar em freezer a -70°C	Colocar em saco plástico individualizado dentro de uma canaleta identificada no botijão de nitrogênio líquido ou em caixa contendo gelo seco	Acompanha ficha de epizootia com dados do PNH. O tempo máximo para a coleta não deve ultrapassar 6 horas da morte do animal.
	Visceras	Coletar fragmentos pequenos (0,5 cm de espessura x 2 cm de comprimento) do fígado, rim, coração, baço, pulmão, linfonodos e cérebro. A obtenção das amostras deverá ser feita o mais precoce possível (ideal antes de 8 horas após óbito; no máximo em 24 horas)	Frasco plástico estéril com tampa de rosca resistente a temperatura ultra baixa. Capacidade 15 mL. Conservar em freezer a -70°C	Colocar em saco plástico individualizado dentro de uma canaleta identificada no botijão de nitrogênio líquido ou em caixa contendo gelo seco	Enviar material para o LACEN Acompanha ficha de epizootia com dados do PNH. Colocar o fragmento de cérebro em frascos separados dos demais fragmentos Enviar material para o LACEN