

VEÍCULO: CORREIO BRAZILIENSE

DATA: 29/01/2017

ASSUNTO: FEBRE AMARELA

TIPO: NOTÍCIA

CADERNO: CIDADE PÁG.: 22

>> entrevista PEDRO FERNANDO DA COSTA VASCONCELOS

Diante do cenário de proliferação da doença, o diretor-presidente do Instituto Evandro Chagas defende a cobertura vacinal para as crianças de todo o território — e não apenas para as 19 regiões endêmicas. Segundo ele, o vírus deve chegar também à costa

“A febre amarela se dirige também ao litoral”

» OTÁVIO AUGUSTO

Na última semana, o surto de febre amarela no Brasil colocou em estado de atenção o Ministério da Saúde. A rapidez com que a doença avançou por sete unidades da Federação obrigou a pasta a distribuir 11,5 milhões de doses extras da vacina. Esta é a maior explosão de casos desde 2000. São 87 infecções —

média de 3,2 por dia em 2017 — e 442 estão em investigação. Pelo menos 42 pessoas morreram e outros 65 óbitos ainda vão ter a causa confirmada.

A maioria dos diagnósticos passam pelo Instituto Evandro Chagas (IEC), laboratório de referência nacional, no Pará. Lá, o volume de trabalho aumentou 30%, segundo o diretor-presidente da instituição, o médico virologista Pedro Fernando da Costa Vasconcelos, 59

anos. Ele faz parte do Comitê de Febre Amarela da Organização Mundial da Saúde (OMS), que debate o problema. Ao longo da carreira, publicou mais de 50 artigos científicos sobre o mal e se especializou na Universidade do Texas, nos Estados Unidos.

Em entrevista exclusiva ao Correio, ele defende a ampliação da vacinação para todas as crianças do país, por meio da Política Nacional de Imunização

(PNI) — atualmente a aplicação ocorre apenas em 19 zonas de risco, entre elas, o DF. A alteração deve ocorrer em abril, adiantou. Pedro alerta que o comportamento do vírus está mudando: a praga tem se aproximado cada vez mais do litoral, região em que a cobertura vacinal é baixa. “Essa associação traz uma expansão imensa do vírus”, destaca.

As visitas à capital federal estão mais frequentes. Na segunda e na terça-feira,

ele participou de reuniões no Ministério da Saúde. Amanhã, viaja para o Espírito Santo, considerado o estado mais vulnerável neste momento. “Durante o surto de 2008, Brasília centralizou o problema. Houve morte de macacos pela doença em áreas muito próximas à população. Hoje, o cenário é mais confortável, mas a vigilância deve continuar”, frisa. Entretanto, o médico ressalta o risco para casos no Entorno.

Podemos viver no DF episódios como os de 2008, quando ocorreram 13 casos e oito mortes?

Tivemos casos de mortes de macacos no Parque da Cidade e na Água Mineral, que são espaços muito próximos de áreas urbanas. Hoje, o DF tem uma das melhores coberturas vacinais do país. Contra a febre amarela, a estatística chega a 101,77%, a maior do país. O importante é que o sistema de vigilância esteja sensível para se ter um maior panorama do que está acontecendo.

O Entorno preocupa?

Os casos em Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Bahia e Tocantins vão ocorrer sempre. São áreas endêmicas da doença, em que o vírus circula normalmente. O quadro no DF é confortável, mas os casos importados e os do Entorno, não temos como evitar.

A procura por vacina aumentou 15% em comparação com o ano passado. Há motivo para a população ficar apreensiva?

A febre amarela, por ter uma letalidade maior que a dengue, por exemplo, sempre assusta mais. Devemos ter tranquilidade, o pânico, neste momento, não ajuda em nada. O alerta é para aqueles que não têm duas doses da va-

Fotos: Kelvin Souza/IEC



O quadro no Distrito Federal é confortável, mas os casos importados e os do Entorno, não temos como evitar”

O senhor defende a ampliação da vacinação para todo o país?

Após o surto, vamos discutir a implantação da vacinação no PNI (Programa Nacional de Imunização) infantil, ou seja, a vacina estar disponível para as crianças de todo país e fazer parte do calendário básico de vacinação. Não podemos fazer isso agora e, para explicar o porquê, vou usar uma expressão do professor e médico Pedro Taub, da Universidade de Brasília: “Os momentos para se discutir a ampliação da vacinação têm que ser de paz. Não no momento de guerra que estamos vivendo”. Não é viável se discutir isso durante o surto, quando as emoções estão à flor da pele e o pânico pode falar mais alto. Em abril, isso deve ser debatido com maior profundidade. Implantar a vacinação nas crianças entre 9 meses e um ano de idade é o melhor passo.

A cobertura vacinal baixa em estados que são zonas endêmicas, como Pará, Amapá, Piauí, Maranhão, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, pode fazer com que a situação saia de controle?

Essa é a minha maior preocupação e que pode gerar problemas no futuro, sobretudo na região da Amazônia. Idealmente, a margem de vacinação nas zonas endêmicas deve ser maior que 90% e, em alguns lugares, está em

VEÍCULO: **CORREIO BRAZILIENSE**

DATA: 29/01/2017

ASSUNTO: FEBRE AMARELA

TIPO: NOTÍCIA

CADERNO: CIDADE PÁG.: 22

cina e que vão para as áreas que estão em surto.

O termômetro para a febre amarela são macacos mortos. Aqui no DF, tivemos oito óbitos de primatas em 2015 e cinco, no ano passado. Ainda estão em análise amostras de 24 macacos. Isso demonstra uma alta circulação do vírus?

A morte de macacos é um indicador da circulação do vírus, mas eles não morrem só de febre amarela. É preciso investigar a predominância de óbitos pela doença e realizar o monitoramento.

No surto de 2008, o senhor acompanhou a situação do DF. Quais são suas principais memórias?

Lembro que a situação era preocupante por causa da morte de macacos em regiões com distâncias pequenas de áreas de grande contingente populacional. À época, isolamos amostras do mosquito transmissor e havia a presença do vírus, foi quando houve o alerta máximo para a transmissão silvestre no DF. Brasília era uma das cidades que mais preocupavam o país. As filias nos postos de saúde eram enormes.

O surto vivido hoje por sete unidades da Federação era esperado?

Os casos eram esperados, mas não nessa magnitude. Neste período de chuva, ocorrem casos entre dezembro e abril. Não era esperada a expansão tão densa para o Espírito Santo.

O comportamento do vírus está mudando? Houve modificação genética?

Desde 2000, observamos que a febre amarela está se dirigindo para o litoral. Quando a doença foi introduzida no Brasil, no século 17, ela começou no litoral e conseguiu se adaptar a um ambiente silvestre. O que está acontecendo agora é o caminho inverso. Esse movimento tem várias explicações: o aumento de chuvas, o crescimento da população de macacos e a presença do homem, muitas vezes não vacinado, em áreas silvestres. Essa associação traz uma expansão imensa do vírus. Entretanto, não



A febre amarela, por ter uma letalidade maior que a dengue, por exemplo, sempre assusta mais. O pânico, neste momento, não ajuda em nada"

há, nos últimos 15 anos, modificações genéticas importantes no vírus. Temos dois genótipos de febre amarela, estamos estudando qual está causando o surto atual.

Existem impactos ambientais que podem ter favorecido? Por exemplo, o rompimento da Barragem de Fundão, em Mariana.

Há pesquisadores que apostam que o rompimento da barragem pode ter sido um cofator. Não vou afirmar, nem negar. Pode ter sido, mas é preciso demonstrar isso nas áreas da tragédia. Epidemiologistas e geógrafos estão fazendo a avaliação científica.

A febre amarela pode voltar a ser uma doença urbana?

Estamos distantes dessa realidade.

Tradicionalmente, os índices de infestação de mosquito necessário para a urbanização da febre amarela, como, por exemplo, observados na África, são acima de 40%. E não temos esse cenário. Em Angola, no ano passado, onde houve uma epidemia com mais de 4 mil casos e 600 mortes, esse índice chegava a 60%.

Em 2008, após mais de 40 anos sem ter casos urbanos nas Américas, houve um surto em Assunção, no Paraguai. Isso não é um alerta?

Eu estudei essa epidemia. Foram oito casos urbanos. Fui convocado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para ir até lá. Na área onde ocorreu o surto, o índice de infestação era de 30%. A vacinação em massa e a borrifação de veneno con-

tra o mosquito abortaram uma situação maior e que se arrastaria por mais tempo. No Brasil, essa realidade está distante.

Como o senhor avalia o aumento dos casos no Brasil? Em Minas Gerais, a situação é mais crítica e o Espírito Santo está em alerta.

Acredito que o pior já passou em Minas Gerais. Com a vacinação exaustivamente aplicada nas áreas de transmissão, vai parar a ocorrência de casos. Tem que se continuar o trabalho de monitoramento. O que mais me preocupa é o Espírito Santo. Lá, não havia registro de febre amarela há mais de 80 anos e a cobertura vacinal é baixa — o estado não faz parte da zona de recomendação para a vacinação.

pouco mais de 50% da população.

A vacina é produzida com o vírus atenuado vivo. Isso pode matar?

Depende de quem está se vacinando — idosos, grávidas, pessoas com imunodeficiência (como em tratamento de câncer ou portador de HIV) e alérgicos a ovo não podem ser imunizados. De um modo geral, a vacina é muito segura. Em 2001, publiquei um estudo que mostrou, pela primeira vez no mundo, mortes causadas pela vacina. Foi um caso em Goiás e outro, em São Paulo. Nesse estudo, conhecemos uma faceta da vacina que não era esperada. Entretanto, o risco é baixíssimo.

O senhor faz parte do Comitê de Febre Amarela da Organização Mundial da Saúde. Qual é a avaliação sobre o surto no Brasil? Já estão discutindo medidas internacionais?

Fizemos uma teleconferência e uma reunião na semana passada para discutir e analisar a situação do Brasil. O que tranquiliza é que é uma doença que tem vacina, e o Brasil é o maior produtor. Entretanto, por ser uma doença de grande mortalidade, causa pavor. O que mais tem sido debatido é a questão da ampliação da imunização.

Há outro país na mesma situação do Brasil?

O Peru tem o maior número de infecções do mundo. Ele é responsável por mais de 50% dos casos mundiais. Na África, a febre amarela é urbana e, no ano passado, ocorreu a epidemia em Angola.

Qual o legado do surto de 2017?

Sempre o alerta deve estar ligado. Temos que observar a mortandade de macacos e os estados devem aumentar a cobertura vacinal. A lição é termos uma cobertura vacinal alta e uma vigilância que funcione bem. Percebo que, em que algumas cidades, é preciso orientação, fortalecimento do monitoramento e capacitação dos laboratórios locais para o diagnóstico.