

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**guia de
bolso**

volume II

**Doenças
Infecciosas e
Parasitárias**

3ª edição

Brasília / DF
junho 2004

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

GUIA DE BOLSO

**3ª Edição
Vol. II**

Série B. Textos Básicos de Saúde

**BRASÍLIA / DF
JUNHO - 2004**

© 2004 Ministério da Saúde.

Os textos publicados são de responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 3.^a edição – 5.000 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Organização: Departamento de Vigilância Epidemiológica

Produção: Núcleo de Comunicação

Endereço

Espanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 1.º andar

CEP: 70058-900, Brasília – DF

E-mail: svs@saude.gov.br

Endereço eletrônico: www.saude.gov.br/svs

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 3ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

200p. v.: II il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 85-334-0805-6

1. Doenças transmissíveis. 2. Vigilância epidemiológica. 3. Saúde pública. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. II. Título. III. Série.

NLM WC 100

SUMÁRIO

40	HERPES SIMPLES.....	5
41	HISTOPLASMOSE.....	11
42	INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV).....	17
43	INFLUENZA.....	23
44	LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (LTA).....	29
45	LEISHMANIOSE VISCERAL.....	35
46	LEPTOSPIROSE.....	41
47	LINFOGRANULOMA VENÉREO.....	45
48	MALÁRIA.....	49
49	MENINGITE POR <i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i>	57
50	MENINGITE TUBERCULOSA.....	63
51	MENINGITES VIRAIS.....	69
52	MONONUCLEOSE INFECCIOSA.....	73
53	ONCOCERCOSE.....	77
54	PARACOCCIDIOIDOMICOSE.....	81
55	PAROTIDITE INFECCIOSA.....	85
56	PESTE.....	89
57	POLIOMIELITE.....	95
58	PSITACOSE.....	101
59	RAIVA.....	105
60	RUBÉOLA.....	111

61	SARAMPO	117
62	SHIGELOSE	125
63	SÍFILIS CONGÊNITA	129
64	SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA	137
65	TENÍASE / CISTICERCOSE	143
66	TÉTANO ACIDENTAL	149
67	TÉTANO NEONATAL	155
68	TOXOPLASMOSE	161
69	TRACOMA	167
70	TUBERCULOSE	171
71	VARICELA /HERPES ZOSTER	181
	ANEXOS	189
	ANEXO I - PORTARIA Nº 2325 / GM Em, 08 DE DEZEMBRO DE 2003	190
	ANEXO II - PORTARIA Nº 597 / GM Em, 08 DE ABRIL DE 2004	193

40

**HERPES
SIMPLES**

CID10: B00

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

As infecções pelo herpes simples vírus apresentam-se como desafios, cada vez maiores, para diversas áreas da medicina, por serem dotadas de várias peculiaridades. Dentre elas, cita-se a capacidade do vírus permanecer em latência por longos períodos de tempo, podendo sofrer reativação periódica, gerando doença clínica ou sub-clínica. O herpes simples vírus é comumente associado a lesões de membranas mucosas e pele, ao redor da cavidade oral (herpes orolabial) e da genitália (herpes anogenital). O vírus do herpes simples determina quadros variáveis benignos ou graves. Há dois tipos de vírus: o tipo-1, responsável por infecções na face e tronco, e o tipo-2, relacionado às infecções na genitália e de transmissão geralmente sexual. Entretanto, ambos os vírus podem infectar qualquer área da pele ou das mucosas. As manifestações clínicas são distintas e relacionadas, ao estado imunológico do hospedeiro:

Primo-infecção herpética

É, em geral, sub-clínica e passa despercebida; o indivíduo torna-se portador do vírus sem apresentar sintomas. Em pequena porcentagem de indivíduos, a infecção é grave e prolongada, perdurando por algumas semanas. Após a infecção primária, o vírus pode ficar em estado de latência em gânglios de nervos cranianos ou da medula. Quando reativado por várias causas, o vírus migra através de nervo periférico, retorna à pele ou mucosa e produz a erupção do herpes simples recidivante.

Gengivostomatite herpética primária

É de observação mais comum em criança, podendo variar de um quadro discreto, com algumas lesões véscico-erosivas e subfebril, até quadros graves, com erupção vesiculosa, febre alta, adenopatias e comprometimento do estado geral. Com o rompimento das vesículas, formam-se exulcerações, a gengiva edemacia-se e a alimentação é dificultada. A faringe pode ser atingida. Eventualmente, a primo-infecção em crianças ocorre na região genital (vulvo-vaginite herpética). O quadro dura de 2 a 6 semanas, com tendência à cura, sem deixar seqüelas.

Herpes recidivante

É de observação mais comum em adultos, surgindo as lesões em qualquer área da pele ou mucosa, onde ocorreu a inoculação primária. O aparecimento das lesões é, em geral, precedido de horas ou dias de discreto ardor ou prurido local; surgem em seguida as lesões características, vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que se tornam

pústulas e se ulceram. A localização mais freqüente é nos lábios, desencadeada por traumas, exposição ao sol, tensão emocional, menstruação e infecções respiratórias.

Herpes genital

A primo-infecção em adulto surge 5-10 dias após o contato, em geral pelo Herpes Simples Tipo-2. Há também discreto prurido e/ou ardor e, então, vesículas agrupadas dolorosas aparecem no pênis, vulva ou ânus, sendo o quadro acompanhado de cefaléia, febre e linfadenopatia. O herpes recidivante genital é freqüente e perdura de 5 a 10 dias.

Ceratoconjuntivite herpética

A primo-infecção pode ser no olho, com vesículas e erosões na conjuntiva e córnea. Após a regressão, podem surgir as recidivas, que determinam ulcerações profundas, eventualmente causando cegueira.

Herpes simples neonatal

Ocorre quando a parturiente apresenta herpes genital com contaminação do neonato durante o parto. São vesículas e bolhas que se erodem e são recobertas por crostas, sendo na maioria dos casos causadas pelo herpes simples tipo-2. O herpes simples neonatal é grave e muitas vezes fatal. Dos sobreviventes, 50% têm seqüelas neurológicas ou oculares.

Panarício herpético

Infecção herpética recidivante atingindo os dedos das mãos e dos pés. Na primo-infecção, o quadro inicial é de vesículas que coalescem, podendo formar uma única bolha, com adenopatia e eventualmente febre. Após a cura da primo-infecção, ocorrem recidivas locais.

Doença neurológica

O acometimento neurológico é comum, uma vez que o herpes simples é um vírus neurotrópico. As complicações do sistema nervoso central são: meningite, encefalite, radiculopatia, mielite transversa.

Herpes simples em imunodeprimidos: o herpes simples em latência surge freqüentemente pela imunodepressão, impetigos, micose fungóide, leucemias, mieloma, transplantes e doenças crônicas. É uma das complicações mais freqüentes na aids, podendo com maior freqüência causar encefalite.

Sinonímia

Herpevírus tipo 1 e 2.

Agente etiológico

O herpes simples é causado pelo *Herpesvírus hominus* tipo-1. São vírus DNA, da família *Herpesviridae*.

Reservatório

O homem.

Modo de transmissão

Por contato íntimo com indivíduo transmissor do vírus, a partir de superfície mucosa ou de lesão infectante. O HSV é rapidamente inativado em temperatura ambiente e após secagem, logo, a disseminação por aerossóis ou fômites é rara. O vírus ganha acesso através de escoriações na pele ou de contato direto com a cérvix uterina, uretra, orofaringe ou conjuntiva. A transmissão assintomática também pode ocorrer, sendo mais comum nos primeiros 3 meses após a doença primária, quando o agente etiológico é o HSV-2 e na ausência de anticorpos contra o HSV-1.

Período de incubação

É de 1 a 26 dias, em média 8 dias.

Período de transmissibilidade

Variável de 4 a 12 dias após o aparecimento dos primeiros sintomas. Nas infecções assintomáticas, orais e genitais, pode haver disseminação transitória do vírus.

Diagnóstico

É eminentemente clínico. O laboratório pode auxiliar nos casos atípicos. O método usualmente utilizado é a citodiagnose de Tzanck. As técnicas sorológicas também podem ser realizadas, como a imunofluorescência e o teste enzimático, além do PCR.

Diagnóstico diferencial

A gengivostomatite herpética deve ser diferenciada da candidose, aftose, síndrome de Stevens-Johnson e infecções bacterianas. As ulcerações genitais, com sífilis, cancroide, linfogranuloma venéreo, candidíase, ulcerações traumáticas. A encefalite herpética, principalmente no portador de aids, deve ser diferenciada de: meningite bacteriana, meningoencefalite criptocócica, meningoencefalite tuberculosa e neurotoxoplasmose.

Tratamento

Para todas as formas de herpes simples utiliza-se: aciclovir, na dose de 200mg, 5 vezes ao dia, por 5 dias, podendo ser estendido nas primoinfecções. Em imunocomprometidos, a dose pode ser duplicada. Em

formas graves, hospitalização, adequada hidratação e aplicação de aciclovir por via intravenosa, podem ser indicadas, utilizando-se a dose de 5mg/kg, IV, a cada 8 horas. Nas infecções primárias, o aciclovir, o valaciclovir e o panciclovir diminuem a duração dos sintomas, apresentando os dois últimos comodidade posológica em relação ao aciclovir. Em pessoas com recorrências freqüentes (mais de 4 episódios por ano), a profilaxia pode ser indicada, geralmente com aciclovir, 200mg, 3 vezes ao dia, por 6 a 12 meses.

Gravidez

Deve ser considerado o risco de complicações obstétricas, particularmente se a primo-infecção ocorrer durante a gravidez. A infecção primária materna no final da gestação oferece maior risco de infecção neonatal do que o herpes genital recorrente. As complicações do herpes na gestação são numerosas. Entretanto, a transmissão fetal transplacentária é rara, sendo uma a cada 3.500 gestações. A infecção do conceitoo intra-útero, nos primeiros meses da gestação, culmina, freqüentemente, em aborto. O maior risco de transmissão do vírus ao feto se dará no momento da passagem desse pelo canal de parto, resultando em, aproximadamente, 50% de risco de contaminação. Mesmo na forma assintomática, poderá haver a transmissão do vírus por meio do canal de parto. Recomenda-se, portanto, a realização de cesariana, toda vez que houver lesões herpéticas ativas. Essa conduta não traz nenhum benefício quando a bolsa amniótica estiver rota há mais de 4 horas. O tratamento das lesões herpéticas no decorrer da gestação com o aciclovir poderá ser feito nos casos de primo-infecção: 200mg, VO, 5 vezes ao dia, durante 10 dias. A infecção herpética neonatal é grave, exigindo cuidados hospitalares especializados.

Tratamento Neonatal

Aciclovir, 5mg/dia, IV, de 8/8 horas, durante 7 dias.

Cuidados gerais

Na fase aguda, evitar alimentos quentes, salgados, doces e ácidos. Em casos muito dolorosos, utilizar xilocaína, 2% (pomada), cinco minutos antes das refeições.

Características epidemiológicas

Doença de distribuição universal. De 50% a 90% de adultos têm anticorpos circulantes contra HSV-tipo 1, e 20% a 30% contra HSV-tipo 2.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Diagnosticar e tratar precocemente todos os casos; prevenir o herpes neonatal.

Notificação

Não é doença de notificação compulsória nacional.

MEDIDAS DE CONTROLE

É infecção de difícil controle em virtude de sua elevada transmissibilidade. Os contatos devem ser encaminhados à unidade de saúde para detectar a doença precocemente e para serem orientados quanto às medidas de prevenção de futuros parceiros. Os preservativos masculinos e femininos previnem a transmissão apenas nas áreas de pele recobertas pelos mesmos, podendo ainda assim ocorrer transmissões a partir de lesões na base do pênis, na bolsa escrotal ou em áreas expostas da vulva. A busca de uma vacina eficaz e segura vem sendo feita e poderá representar o amplo controle dessa doença.

Observação

As associações entre diferentes DST são freqüentes, destacando-se, atualmente, a relação entre a presença de DST e aumento do risco de infecção pelo HIV, principalmente na vigência de úlceras genitais. Desse modo, se o profissional estiver capacitado a realizar aconselhamento, pré e pós-teste para detecção de anticorpos anti-HIV, quando do diagnóstico de uma ou mais DST, deve ser oferecida essa opção ao paciente. Toda doença sexualmente transmissível constitui-se em evento sentinela para busca de outra DST e possibilidade de associação com o HIV. É necessário, ainda, registrar que o Ministério da Saúde vem implementando a “abordagem sindrômica” aos pacientes de DST, visando aumentar a sensibilidade no diagnóstico e tratamento dessas doenças, o que resultará em um maior impacto na redução dessas infecções.

41

HISTOPLASMOSE

CID10: B00

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

A histoplasmose é uma infecção fúngica sistêmica podendo apresentar-se desde como uma infecção assintomática até a forma de doença disseminada com êxito letal. A grande maioria das infecções primárias (>90%) é assintomática. Alguns indivíduos apresentam formas semelhantes ao estado gripal, não requerendo assistência médica. O principal fator determinante no desenvolvimento dos sintomas é o tamanho do inóculo. Outros fatores como virulência do agente, faixa etária e doenças de base também contribuem para o aparecimento de sintomas. A infecção, quase sempre, é produzida pela inalação de microconídias da fase filamentosa do fungo. Estas penetram até o alvéolo pulmonar, onde são englobadas pelos macrófagos, iniciando-se a fase leveduriforme no parênquima pulmonar, invadindo, posteriormente, os linfonodos hilo-mediastinais e disseminando-se pela corrente sanguínea. Essa fungemia geralmente é assintomática, permitindo que o agente parasite todos os tecidos do sistema monocítico-histiocitário, a exemplo de pulmões, fígado, baço, linfonodos e estruturas linfáticas do tubo digestivo. A partir daí, a resposta tissular do hospedeiro contra a infecção vai determinar a extensão da doença. A histoplasmose pode ser dividida nas seguintes formas clínicas: a) histoplasmose no hospedeiro normal, dividida em primo-infecção assintomática e infecção pulmonar aguda; b) histoplasmose em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), correspondendo à histoplasmose pulmonar crônica cavitária; c) histoplasmose no hospedeiro imunocomprometido, correspondendo à histoplasmose disseminada aguda, sub-aguda; e d) doença mediada imunologicamente. A **primo-infecção assintomática** representa a maior parte das infecções primárias e é reconhecida pela viragem da prova cutânea com histoplasmina, de negativa para positiva. Não determina alterações clínicas no hospedeiro. A **infecção pulmonar aguda** corresponde à primo-infecção sintomática. Apresenta um amplo espectro de manifestações clínicas, desde casos que simulam uma gripe até pneumopatias agudas graves, com insuficiência respiratória. Entre os sintomas apresentados estão a tosse, febre com duração maior que uma semana, astenia, anorexia, dor torácica, cefaléia e mialgias. Radiologicamente, observam-se infiltrados intersticiais pulmonares difusos, uni ou bilaterais, geralmente para-hilares, podendo também se encontrar nódulos, únicos ou múltiplos, disseminados em ambos os pulmões com adenomegalia hilar e/ou mediastinal. Após duas a três

semanas de infecção, podem ocorrer manifestações de hiperergia, tais como eritema nodoso, conjuntivite, pleurisia, derrame pericárdico e artrite. Essa forma clínica é autolimitada e a involução das lesões ocorre de 1 até 3 meses, deixando como seqüelas calcificações pulmonares e extra-pulmonares. Apesar da rara ocorrência, a primo-infecção sintomática em pacientes imunocomprometidos graves não involui, dando origem a formas disseminadas agudas. **Histoplasmose pulmonar crônica cavitária:** essa forma clínica é idêntica à tuberculose avançada do adulto. Acomete principalmente homens acima de 50 anos, com antecedentes de DPOC. As principais manifestações são tosse, expectoração mucopurulenta, dor torácica, dispnéia de esforço, febre baixa, astenia, anorexia e perda ponderal. O exame físico mostra as alterações próprias do enfisema pulmonar. **Histoplasmose disseminada aguda:** na primeira infância, em algumas zonas endêmicas e em pacientes com grave comprometimento da imunidade celular, especialmente leucose, linfomas e aids. Clinicamente predominam as manifestações gerais de um processo infeccioso grave: febre elevada, perda ponderal, astenia, diarreia, vômitos, hepatoesplenomegalia, adenomegalias generalizadas e lesões cutâneas. Cerca de 20% dos casos apresentam meningoencefalite. Em crianças e pacientes com aids, pode ocorrer coagulação intravascular disseminada. A evolução para morte ocorre na totalidade dos casos, em um período de dois a seis meses. **Histoplasmose disseminada sub-aguda:** semelhante à forma aguda, só se diferenciando por sua evolução mais prolongada e deterioração mais lenta do estado geral. **Histoplasmose disseminada crônica:** ocorre mais frequentemente em maiores de 40 anos de idade, com predominância do sexo masculino. Geralmente os pacientes mostram deficiências imunes leves, produzidas por diversos fatores, associados ou não, como idade avançada, alcoolismo crônico, diabetes, tumores sólidos, corticoterapia e linfomas. Os achados mais importantes são astenia, perda de peso e lesões cutâneas e/ou mucosas. As lesões mucosas se observam em cerca de 90% dos casos, são polimorfas, ulceradas ou úlcero-vegetantes e se situam na língua, na mucosa oral, na faringe, no septo-nasal e na laringe. As lesões cutâneas são menos freqüentes que as mucosas, aparecendo em 10% dos casos. Apresentam-se como úlceras de bordas nítidas, profundas, com fundo granuloso e pápulas acneiformes, com ápice ulcerado, pustuloso ou nodoso. **Doença mediada imunologicamente:** compreende o histoplasmoma, a fibrose mediastinal e a síndrome ocular vinculada à histoplasmose. Representa uma resposta de hipersensibilidade do indivíduo à infecção, ligada à resposta imunológica do hospedeiro.

Agente etiológico

Histoplasma capsulatum, fungo dimórfico que existe no solo, em fase micelial, mas se converte em fase leveduriforme na temperatura corpórea do homem (37°C).

Reservatório e fonte de infecção

Histoplasma capsulatum está presente nos solos ricos em substâncias orgânicas, com pH ácido e, especialmente, contaminados com dejetos de aves de criação, morcegos ou pássaros agregados. Pode causar infecções naturais em outras espécies animais, a exemplo de cães e morcegos, ocasionando a excreção de fungos através de lesões intestinais, e facilitando a disseminação de novos focos da infecção, através do seu deslocamento

Modo de transmissão

A proliferação dos microorganismos no solo gera microconídeos e macroconídeos tuberculados; a infecção é adquirida pela inalação do fungo, suspenso em aerossóis. A histoplasmose não é transmitida de pessoa a pessoa, como também não existe contágio direto dos animais para o homem.

Período de incubação

É variável, geralmente de 1 a 3 semanas.

Diagnóstico

Clínico-epidemiológico e laboratorial, através de cultura de material obtido do aspirado de medula óssea, sangue, escarro e material de lesões,. O exame histopatológico detecta o *H.capsulatum*, principalmente nas colorações com PAS e Grocott. As reações sorológicas empregadas para a determinação de anticorpos específicos são a imunodifusão em gel, a contra-imuno-eletroforese e a fixação de complemento. A detecção do antígeno polissacarídeo do *H.capsulatum* na urina ou soro por radioimunoensaio é um método rápido e sensível para o diagnóstico da histoplasmose disseminada, em pacientes imunocomprometidos, incluindo os pacientes com HIV. As provas sorológicas são as mais comumente utilizadas para diagnóstico rápido.

Diagnóstico diferencial

As primo-infecções sintomáticas devem ser diferenciadas de outras pneumopatias agudas; as formas pulmonares crônicas, da tuberculose e da aspergilose. As formas disseminadas agudas, da tuberculose miliar, leucoses e linfomas; as manifestações cutâneo-mucosas das formas dis-

seminadas crônicas simulam os epitelomas, a leishmaniose tegumentar, a sífilis terciária, as leucoplasias e o líquen plano.

Tratamento

As primo-infecções sintomáticas só se tratam com medidas de suporte ventilatório nos casos mais graves, já que tendem a involuir espontaneamente. O tratamento específico só é indicado em pacientes imunocomprometidos para se evitar a progressão da doença. Nesses casos, aplica-se uma série curta de anfotericina B, até completar dose total de 500mg, ou cetoconazol, em dose de 400mg/dia, por 6 meses, ou itraconazol 100mg/dia, por igual período. Nas formas pulmonares crônicas ou disseminadas crônicas, pode-se indicar derivados imidazólicos, com dose diária em prazos iguais aos citados anteriormente. Mediante falha terapêutica com esses derivados, ou em casos associados à tuberculose ativa, usa-se a anfotericina B, na dose de 0,7 a 0,8mg/kg, chegando à dose total/dia de 35mg/kg. Nas formas disseminadas agudas, está indicado o itraconazol, na dose de 200 a 400mg/dia, por 12 meses, ou anfotericina B, com dose total de 40mg/kg. Nos casos associados à aids, é aconselhável profilaxia secundária com 100mg/dia de itraconazol, durante um ano.

Características epidemiológicas

Os focos de infecção são comuns em amplas áreas geográficas, havendo casos autóctones em mais de 60 países do mundo. A enfermidade clínica é muito pouco frequente e a forma progressiva grave é rara; entretanto, em áreas onde a infecção é prevalente, a hipersensibilidade à histoplasmina indica infecção prévia que pode chegar, às vezes, a 80% da população. A prevalência eleva-se da infância até os 15 anos de idade, não existindo diferença entre os sexos. Já se detectou surtos em famílias, estudantes e trabalhadores, residentes em áreas endêmicas que foram expostos a excrementos de aves ou terra contaminada, recentemente removida. Ocorre, na América do Sul, na bacia do Rio da Prata e na Serra do Mar.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Diagnosticar e tratar adequadamente os casos. Observar profissões de risco e possibilidades de associação com imunodepressão.

Notificação

Não é doença de notificação compulsória nacional.

Medidas de controle

Até o momento não existem medidas preventivas específicas, a não ser atividades educativas com relação ao risco de infecção. Estas devem ser implementadas em atividades de trabalho que envolvam o uso da terra, ecoturismo, manipulação de galinheiros, empresas de limpeza. As medidas de desinfecção de secreção e fômites devem ser as de uso hospitalar rotineiro

42

**INFECÇÃO PELO
PAPILOMAVÍRUS
HUMANO (HPV)**

CID10: B97.7

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Doença viral que, com maior frequência, manifesta-se como infecção sub-clínica nos genitais de homens e mulheres. Clinicamente, as lesões podem ser múltiplas, localizadas ou difusas e de tamanho variável; ou pode aparecer como lesão única. A localização ocorre no pênis, sulco bálano-prepucial, região perianal, na vulva, períneo, vagina e colo do útero. Morfologicamente, são pápulas circunscritas, hiperqueróticas, ásperas e indolores com tamanho variável. Condiloma gigante (Buschke e Lowestein), assim como papulose bowenóide, são raros.

Sinonímia

Verruga venérea, verruga genital, cavalo de crista, crista de galo, condiloma acuminado.

Agente etiológico

Papilomavírus humano (HPV). Vírus DNA não cultivável da família do *papovavirus*. Com mais de 70 sorotipos. Esses agentes ganharam grande importância epidemiológica e clínica por estarem relacionados ao desenvolvimento de câncer. Os grupos dos sorotipos com maior poder de oncogenicidade são o 16, 18, 31 e 33, quando associados a outros fatores.

Reservatório

O homem.

Modo de transmissão

Geralmente por contato direto. Pode haver auto-inoculação e infecção por fômites.

Período de incubação

De 1 a 20 meses, em média 3 meses.

Período de transmissibilidade

Desconhecido. Entretanto, há transmissão enquanto houver lesão viável.

Complicações

Cancerização, que é mais frequente na mulher, com localização em colo uterino. Nos imunodeficientes, pode haver dificuldade terapêutica, além do aparecimento de Papiloma de Laringe, que também pode ocorrer em lactentes, por contaminação no canal de parto.

Diagnóstico

É clínico, epidemiológico e laboratorial, observando as diversas formas:

Infecção clínica

Através da visão desarmada, geralmente representado pelo condiloma acuminado.

Infecção sub-clínica

Através da peniscopia, colpocitologia e colposcopia com biópsia.

Infecção latente

Através dos testes para detecção do HPV-DNA.

Diagnóstico diferencial

Condiloma plano da sífilis (sorologia e pesquisa do *T. pallidum* em campo escuro); carcinoma espinocelular do pênis e da vulva e a doença de Bowen (carcinoma *in situ*); nesses, a correlação clínico-histopatológica é de enorme valia para o diagnóstico.

Tratamento

O objetivo do tratamento é a remoção das lesões condilomatosas visíveis e sub-clínicas, visto que não é possível a erradicação do HPV. Recidivas são freqüentes, mesmo com o tratamento adequado. A escolha do método de tratamento depende do número e da topografia das lesões, assim como da associação ou não com neoplasia intra-epitelial. Podem ser utilizadas as alternativas: ácido tricloroacético (ATA), a 90%, nas lesões do colo, vagina, vulva, períneo, região peri-anal e pênis; a aplicação deve ser realizada no serviço de saúde, direcionada apenas ao local da lesão, 1 a 2 vezes por semana. Não devem ser feitas “embrocações” vaginais nas lesões difusas. Podofilina, a 25% (solução alcoólica ou em benjoim): somente deve ser utilizada nas lesões da vulva, períneo e região peri-anal; lavar após 2 a 4 horas. A aplicação deve ser realizada no serviço de saúde, 2 a 3 vezes por semana. Eletrocauterização ou crioterapia: pode ser utilizada em lesões de qualquer localização genital e na gestação. Exérese com Cirurgia de Alta Freqüência (CAF / LEEP): pode ser utilizada em lesões de qualquer localização genital e na gestação. Apresenta como vantagem sobre os outros métodos a retirada do tecido viável para estudo anatomo-patológico. Nas lesões exofíticas queratinizadas, pode ser utilizada a combinação do ácido tricloroacético, a 90%, e podofilina, a 25% (solução alcoólica ou em benjoim).

Gravidez

As lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo marcado aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. A escolha do tratamento vai basear-se no tamanho e número das lesões (nunca usar nenhum método químico durante qualquer fase da gravidez); pequenas, isoladas e externas: termo ou crio-cauterização em qualquer fase da gravidez; pequenas, colo, vagina e vulva: termo ou crio-cauterização, apenas a partir do 2º trimestre; grandes e externas: ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência; se o tamanho e localização das lesões forem suficientes para provocar dificuldades mecânicas e/ou hemorragias vaginais, deve-se indicar o parto cesáreo; o risco da infecção nasofaríngea no feto é tão baixa que não justifica a indicação eletiva de parto cesáreo; mulheres com condilomatose durante a gravidez deverão ser acompanhadas por meio de citologia oncológica e colposcopia, após o parto.

Recomendação

Na gestante, tratar apenas as lesões condilomatosas. As lesões subclínicas serão acompanhadas com colpocitologia durante a gestação e reavaliadas para tratamento após 3 meses do parto.

Características epidemiológicas

Doença de distribuição universal, acomete homens e mulheres, de qualquer raça e classe social, sendo mais freqüente na faixa etária de vida sexual ativa.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Diagnosticar e tratar precocemente todos os casos, evitando formas graves e infecção no concepto.

Notificação

Não é doença de notificação compulsória.

Medidas de controle

Abstinência sexual durante o período de tratamento; encaminhamento de parceiros para o serviço de saúde, para exame e tratamento, se necessário.

Interrupção da cadeia de transmissão pela triagem e referência dos pacientes com DST e seus parceiros para diagnóstico e terapia adequados.

Aconselhamento (confidencial): orientações ao paciente, fazendo com que ele discrimine as possíveis situações de risco presentes em suas práticas sexuais; desenvolva a percepção quanto à importância do seu tratamento e de seus parceiros sexuais e promoção de comportamentos preventivos.

Promoção do uso de preservativos: método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e outras DST.

Convite aos parceiros para aconselhamento e promoção do uso de preservativos (deve-se obedecer aos princípios de confiabilidade, ausência de coerção e proteção contra a discriminação).

Educação em saúde, de modo geral.

Observação

As associações entre diferentes DST são freqüentes, destacando-se, atualmente, a relação entre a presença de DST e aumento do risco de infecção pelo HIV, principalmente na vigência de úlceras genitais. Desse modo, se o profissional estiver capacitado a realizar aconselhamento, pré e pós-teste para detecção de anticorpos anti-HIV, quando do diagnóstico de uma ou mais DST, deve ser oferecida essa opção ao paciente. Toda doença sexualmente transmissível constitui-se em evento sentinela para busca de outra DST e possibilidade de associação com o HIV. É necessário, ainda, registrar que o Ministério da Saúde vem implementando a “abordagem sindrômica” aos pacientes de DST, visando aumentar a sensibilidade no diagnóstico e tratamento dessas doenças, o que resultará em um maior impacto na redução dessas infecções.

43

INFLUENZA

**CID10:
J10 A J11**

1. ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

A influenza, ou gripe, é uma doença contagiosa aguda do trato respiratório, de natureza viral e de distribuição global. Classicamente, apresenta-se com início abrupto de febre alta, em geral acima de 38° C, seguida de mialgia, dor de garganta, prostração, dor de cabeça e tosse seca. Os sintomas sistêmicos são muito intensos nos primeiros dias da doença. Com a sua progressão, os sintomas respiratórios tornam-se mais evidentes e mantém-se em geral por 3 a 4 dias, após o desaparecimento da febre. Outros sintomas podem ser rouquidão, tosse seca e queimação retro-esternal ao tossir. Nas crianças, a temperatura pode atingir níveis mais altos, sendo comum o aumento dos linfonodos cervicais. Os idosos podem apresentar-se febris, às vezes sem outros sintomas, mas em geral a temperatura não atinge níveis elevados. A importância desta doença deve-se ao seu caráter epidêmico, caracterizado por disseminação rápida e marcada morbidade nas populações atingidas.

Sinonímia

Gripe, resfriado.

Agente etiológico

Vírus da influenza, que são compostos de RNA de hélice única, da família dos Ortomixovírus e subdividem-se em 3 tipos: A, B e C, de acordo com sua diversidade antigênica. São vírus altamente transmissíveis e mutáveis, sendo que o tipo A é mais mutável que o B, e este, mais mutável que o tipo C. Os tipos A e B causam maior morbidade e mortalidade que o tipo C e, por isto, merecem destaque em saúde pública.

Reservatório

Os vírus do tipo B ocorrem exclusivamente em humanos, os do tipo C em humanos e suínos, enquanto os do tipo A em humanos, suínos, cavalos, mamíferos marinhos e em aves.

Modo de transmissão

A transmissão se dá através das vias respiratórias. Apesar da transmissão inter-humana ser a mais comum, já foi documentada a transmissão direta do vírus, a partir de aves e suínos para o homem.

Período de incubação

Em geral de 1 a 4 dias.

Período de transmissibilidade

Um indivíduo infectado pode transmitir o vírus a partir de 2 dias, antes do início dos sintomas, até 5 dias após.

Complicações

As complicações são mais comuns em idosos e indivíduos debilitados, portadores de doenças crônicas a exemplo de doença crônica pulmonar (Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC), cardiopatias (Insuficiência Cardíaca Crônica), doença metabólica crônica (Diabetes, por exemplo), imunodeficiência ou imunodepressão, gravidez, doença crônica renal e hemoglobinopatias. As complicações pulmonares mais comuns são as pneumonias bacterianas secundárias. Uma complicação incomum, e muito grave, é a Pneumonia Viral Primária pelo vírus da influenza. Nos imunocomprometidos, o quadro clínico é geralmente mais arrastado e muitas vezes mais severo. Gestantes com quadro de influenza no segundo ou terceiro trimestres da gravidez estão mais propensas à internação hospitalar.

Dentre as complicações não pulmonares em crianças, destaca-se a Síndrome de Reye, que está associada ao uso do Ácido Acetil Salicílico, na vigência de quadros virais. Recomenda-se, portanto, que não sejam utilizados medicamentos do tipo Ácido Acetil Salicílico, em crianças com Síndrome Gripal ou Varicela.

Outras complicações incluem Miosite, Miocardite, Pericardite, Síndrome do Choque Tóxico, Síndrome de Guillain-Barré e, mais raramente, Encefalite e Mielite Transversa.

Diagnóstico

Clínico e laboratorial. O diagnóstico laboratorial pode ser realizado a partir de amostras coletadas de secreções nasofaríngeas, aspirados nasais, durante os primeiros 3 dias de início dos sintomas clínicos. São realizados nos laboratórios de nível estadual a Reação de Imunofluorescência Indireta. A Cultura para isolamento viral é realizada nos 3 laboratórios de referência nacional (Instituto Evandro Chagas/FUNASA, Fiocruz/MS e Instituto Adolfo Lutz/SP), que também procedem à caracterização antigênica inicial. Esta é completada em um dos laboratórios de referência internacional da OMS. Outras técnicas são o PCR, Elisa e sorologia através amostras pareadas, para detecção de infecções recentes.

Diagnóstico diferencial

Outras infecções respiratórias agudas de etiologia viral. Dentre essas, destacam-se as provocadas pelo Vírus Sincicial Respiratório e pelo Adenovírus. Outros agentes são *Mycoplasma pneumoniae*, rinovírus, vírus parainfluenza e *Legionella* spp

Tratamento

Durante o quadro agudos agudos, recomenda-se repouso e hidratação adequada. Medicções antipiréticas podem ser utilizadas, mas deve-se evitar o uso de Ácido Acetil Salicílico nas crianças. No caso de complicações pulmonares severas, podem ser necessárias medidas de suporte intensivo. Amantadina e a Rimantadina são drogas que, utilizadas precocemente ao início dos sintomas, podem reduzir a duração da Influenza A não complicada. Entretanto, nenhum dos agentes antivirais conhecidos demonstrou eficácia em prevenir complicações com 70 a 90% de eficácia na prevenção da doença pelo vírus da influenza A em adultos jovens e crianças, caso sejam administradas profilaticamente durante o período de exposição ao vírus. Também podem reduzir a intensidade e a duração do quadro, se administradas terapeuticamente.

Características Epidemiológicas

De distribuição mundial, ocorre de forma esporádica, ou como surto localizado, regional, em epidemias e também como devastadoras pandemias. O potencial pandêmico da influenza reveste-se de grande importância, a exemplo da chamada “Gripe Espanhola” ocorrida em 1918/19 com mais de 20 milhões de mortes em todo o mundo.

Atualmente, com os modernos meios de transporte, a propagação do vírus da influenza tornou-se muito rápida, podendo circular, ao mesmo tempo, em várias partes do mundo, causando epidemias quase simultâneas.

Em anos epidêmicos, a taxa de ataque na comunidade atinge aproximadamente 15%, sendo ao redor de 2% em anos não epidêmicos. Em comunidades fechadas, este número sobe para 40 a 70%, sendo que a taxa de ataque secundário situa-se ao redor de 30%. Tanto a morbidade quanto a mortalidade, devido à influenza e suas complicações, podem variar ano a ano, dependendo de fatores como as cepas circulantes, o grau de imunidade da população geral e da população mais suscetível, entre outros.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância da influenza é feita através de uma rede de unidades sentinelas implantadas nas 5 macro-regiões brasileiras que, semanalmente, coletam

amostras clínicas para diagnóstico laboratorial e informam a proporção de atendimentos por Síndrome Gripal, na sua demanda de pacientes.

Objetivos

- Monitorar as cepas dos vírus da influenza que circulam nas cinco regiões brasileiras.
- Avaliar o impacto da vacinação contra a doença.
- Acompanhar a tendência da morbidade e da mortalidade associadas à doença.
- Responder a situações inusitadas.

Definição de caso

Suspeito

Indivíduo com doença aguda (com duração máxima de 5 dias), apresentando febre (ainda que referida) e pelo menos um sintoma respiratório (tosse ou dor de garganta), com ou sem outros sintomas (mialgia, cefaléia) na ausência de outros diagnósticos.

Confirmado

Quando for identificado, através de exame laboratorial, o vírus da influenza.

Descartado

Quando o resultado do exame for negativo, em amostra adequadamente colhida e transportada, ou quando for identificado laboratorialmente outro agente etiológico, que não o vírus da influenza.

Notificação

A influenza não é doença de notificação compulsória. Os dados da vigilância sentinela são informados, através da Web, no Sistema de Informação da Vigilância da Influenza (SIVEP-Gripe).

No entanto, considerando o potencial epidêmico desta doença, qualquer suspeita de surto deve ser comunicada (por telefone, fax ou e-mail) à Secretaria Estadual de Saúde e ao CENEPI/FUNASA/MS.

Investigação

Devido ao potencial pandêmico desta doença, recomenda-se a investigação de surtos pelas SES, se necessário com apoio do nível federal, com os seguintes objetivos:

- Caracterizar o processo de transmissão;
- Identificar a cepa circulante;
- Avaliar a necessidade da adoção de medidas emergenciais de controle;

- Monitorizar os grupos de maior risco para as complicações da doença;
- Avaliar seu impacto na morbidade e na mortalidade.

Em situações de surto, orientações específicas deverão ser buscadas junto ao CENEPI/SVS/Ministério da Saúde.

Medidas de Controle

A vacinação contra a influenza no Brasil tem como grupo alvo a população considerada de maior risco para a ocorrência de complicações da influenza, ou seja, os idosos e os portadores de doenças crônicas. Apesar das drogas atualmente disponíveis para o tratamento da influenza, a vacinação é considerada a melhor arma disponível para a prevenção da influenza e suas conseqüências. A vacinação ocorre na forma de campanhas prolongadas, em geral duas semanas. Para conferir proteção adequada, a vacina deve ser administrada a cada ano, já que sua composição também varia anualmente, em função das cepas circulantes.

44

**LEISHMANIOSE
TEGUMENTAR
AMERICANA (LTA)**

CID10: B55.1

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Doença parasitária da pele e mucosas, de caráter pleomórfico, causada por protozoários do gênero *Leishmania*. A doença cutânea apresenta-se classicamente por pápulas, que evoluem para úlceras com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura e que podem ser únicas ou múltiplas e são indolores. Também pode manifestar-se como placas verrucosas, papulosas, nodulares, localizadas ou difusas. A forma mucosa, secundária ou não à cutânea, caracteriza-se por infiltração, ulceração e destruição dos tecidos da cavidade nasal, faringe ou laringe. Quando a destruição dos tecidos é importante, podem ocorrer perfurações do septo nasal e/ou do palato.

Sinonímia

Úlcera de Bauru, nariz de tapir, botão do oriente.

Agente etiológico

Há várias espécies de *Leishmanias* envolvidas na transmissão. No Brasil, as mais importantes são *Leishmania Viannia braziliensis*, *Leishmania Leishmania amazonensis* e *Leishmania Viannia guyanensis*.

Reservatório

Masurpiais, roedores, preguiça, tamanduá, cão, eqüinos e mulas.

Modo de transmissão

Através da picada de insetos flebotomíneos do gênero *Lutzomya*.

Período de incubação

É em média de 2 a 3 meses, podendo apresentar períodos mais curtos (duas semanas) e mais longos (dois anos).

Período de transmissibilidade

Desconhecido. Não há transmissão homem a homem. A transmissão se dá através do vetor que adquire o parasito ao picar reservatórios, transmitindo-o ao homem.

Complicações

Na forma mucosa grave, pode apresentar disfagia, disfonia, insuficiência respiratória por edema de glote, pneumonia por aspiração e morte.

Diagnóstico

Suspeita clínico-epidemiológica associada a intradermoreação de Monte-

negro – IDRМ positiva e/ou demonstração do parasito através do exame parasitológico direto em esfregaço de raspado da borda da lesão, ou *imprint* feito com o fragmento da biópsia; histopatologia; ou isolamento em cultura. A imunofluorescência não deve ser utilizada como critério isolado para diagnóstico de LTA. Entretanto, pode ser considerada como critério adicional no diagnóstico diferencial com outras doenas, especialmente, nos casos sem demonstração de qualquer agente etiológico.

Diagnóstico diferencial

Forma cutânea

 lceras traumáticas, úlceras vasculares, úlcera tropical, paracoccidiodomicose, esporotricose, cromomicose, neoplasias cutâneas, sífilis e tuberculose cutânea.

Forma mucosa

Hanseníase virchowiana, paracoccidiodomicose, sífilis terciária, neoplasias.

Tratamento

Os medicamentos citados estão em ordem de prioridade para uso:

Forma cutânea

Antimoniato de N-metil-glucamina, apresentao: 1ml=81mg Sb⁺⁵, 10 a 20mg/Sb⁺⁵/kg/dia, recomendando 15mg/Sb⁺⁵/kg/dia, IV lento ou IM, por 20 dias consecutivos, recomenda-se não ultrapassar 3 ampolas/dia. Isotionato de Pentamidina, 4mg/kg/dia, IM profunda, a cada 2 dias, até completar no máximo 2g de dose total (aplicar após alimentao e fazer repouso em seguida). Destaca-se a necessidade de realizar exame de glicose semanalmente, sendo que após 1 g de aplicao o paciente deve ser monitorado com rigorosidade; anfotericina B, indicar 0,5mg/kg/dia, IV, aumentando-se 1mg/kg em dias alternados (máximo de 50mg/dia), até atingir dose total de 1 a 1,5g.

Forma mucosa

Antimoniato de N-metil-glucamina, apresentao: 1ml=81mg Sb⁺⁵, 20mg/Sb+5/kg/dia, por 30 dias consecutivos; pentamidina, no mesmo esquema para forma cutânea, até atingir dose total de 2g; anfotericina B, conforme esquema para forma cutânea, até completar, se possível, 2,5 a 3 g de dose total. Destaca-se a necessidade de acompanhamento clínico rigoroso do paciente, com exames complementares para deteco de possíveis manifestaoes de intoxicao (hemograma, U/C, TGO/TGP e ECG), bem como notificao dos efeitos colaterais.

Contra-indicações

As drogas não podem ser administradas em gestantes, portadores de cardiopatias, nefropatias, hepatopatias, doença de Chagas.

Características epidemiológicas

No Brasil, tem caráter endêmico e está distribuída em todos os estados. A LTA é uma zoonose de animais silvestres que atinge o homem quando entra em contato com focos zoonóticos, áreas de desmatamento, extrativismo. Houve mudança no padrão de transmissão e no perfil dos pacientes afetados; inicialmente, os casos predominavam em adultos jovens do sexo masculino e com a transmissão ocorrendo em periferias de área urbana em ambientes domiciliares e peri-domiciliares, a doença passou a atingir também crianças e mulheres. Atualmente, houve um aumento no registro de casos da co-infecção *Leishmania*-HIV, passando a ser considerada como emergente e de alta gravidade. Dos 83 casos de co-infecção *Leishmania*-HIV relatados no Brasil, 62,7% apresentavam LTA na sua forma cutânea (21,8%) e mucosa (40,9%).

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Diagnosticar e tratar precocemente os casos com vistas a reduzir as complicações e deformidades provocadas pela doença. Nas áreas de transmissão domiciliar, reduzir a incidência da doença com adoção de medidas de controle pertinentes.

Notificação

É doença de notificação compulsória nacional.

Definição de caso

Suspeito

Indivíduo com lesão(ões) cutânea(s) e/ou de mucosa, conforme descrito anteriormente.

Confirmado

Indivíduo com suspeita clínica, que apresenta um dos seguintes critérios: residência, procedência ou deslocamento em área com confirmação de transmissão, associado ao encontro do parasita nos exames parasitológicos; residência, procedência ou deslocamento em área com confirmação de transmissão, associado a Intradermo Reação de Montenegro (IDRM) positiva; residência, procedência ou deslocamento em área com confirmação de transmissão sem associação a

outro critério, quando não há acesso a métodos de diagnóstico. Nas formas mucosas, considerar presença de cicatrizes cutâneas anteriores como critério complementar para confirmação do diagnóstico.

Investigação epidemiológica

Realizar investigação epidemiológica visando determinar se a área é endêmica ou se é um novo foco; se o caso é autóctone ou importado; as características do caso (forma clínica, idade, sexo e ocupação).

MEDIDAS DE CONTROLE

Na cadeia de transmissão

Diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos humanos e redução do contato homem-vetor. O controle químico só é indicado nas áreas com confirmação de transmissão no peri e/ou intra-domicílio. Quanto ao controle de reservatórios, não é recomendada a realização de inquéritos sorológicos. A eutanásia em cães só é indicada em situações que o animal apresente lesão cutânea com confirmação diagnóstica, acompanhada da autorização do proprietário.

Medidas educativas

Orientação quanto às medidas de proteção individual, como o uso de roupas apropriadas, repelentes, mosquiteiros, telas finas em portas e janelas. Em áreas de risco para assentamento de populações humanas, sugere-se uma faixa de segurança de 200 a 300 metros entre as residências e a floresta, com o cuidado de se evitar o desequilíbrio ambiental.

45

**LEISHMANIOSE
VISCERAL**

CID10: B55.0

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

A leishmaniose visceral (LV) ou Calazar é uma zoonose que afeta o homem além de outros animais. Apresenta-se sob a forma de doença crônica, sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, perda de peso, astenia, adinamia, entre outras manifestações. O número de casos graves ou com o cortejo de sintomatologia manifesta desta doença é relativamente pequeno em relação ao de infectados, sendo mais freqüentes os casos inaparentes ou oligossintomáticos. Na forma **Inaparente** observa-se apenas sorologia positiva, ou teste de leishmanina (IDRM) positivo, ou presença de parasito em tecidos, sem sintomatologia clínica manifesta. A forma **Oligossintomática** tem quadro intermitente, com febre baixa ou ausente e adinamia. Além disso, hepatomegalia está presente e esplenomegalia quando detectada é discreta. Já na forma **Clássica** ocorre febre, astenia, adinamia, anorexia, perda de peso e caquexia. O quadro tem evolução mais prolongada, o que determina o comprometimento do estado nutricional com queda de cabelos, crescimento e brilho dos cílios e edema de membros inferiores. O paciente apresenta ainda hepatoesplenomegalia acentuada, micropoliadenopatia generalizada e intensa palidez de pele e mucosas em consequência da severa anemia. Os fenômenos hemorrágicos são de grande monta: gengivorragias, epistaxes, equimoses e petéquias. As mulheres freqüentemente apresentam amenorréia. A puberdade fica retardada nos adolescentes e o crescimento sofre grande atraso nas crianças e jovens. Os exames laboratoriais revelam anemia acentuada, leucopenia, plaquetopenia (pancitopenia), hiperglobulinemia e hipoalbuminemia. As manifestações clínicas da LV refletem o desequilíbrio entre a multiplicação dos parasitos nas células do sistema fagocítico mononuclear (SFM), a resposta imunitária do indivíduo e ao processo inflamatório subjacente. A leishmaniose visceral (LV) pode também se apresentar sob as formas aguda e refratária. **Aguda:** o início é abrupto ou insidioso. Na maioria dos casos, a febre é o primeiro sintoma, podendo ser alta e contínua ou intermitente, com remissões de uma ou duas semanas. Observa-se hepatoesplenomegalia, adinamia, perda de peso e hemorragias. Ocorre anemia com hiperglobulinemia. **Refratária:** na realidade é uma forma evolutiva do calazar clássico que não respondeu ao tratamento, ou respondeu parcialmente ao tratamento com antimonialis. É clinicamente mais grave, devido ao prolongamento da doença sem resposta terapêutica. Os pacientes com calazar, em geral, têm como causa de óbito as hemorragias e as infecções associadas em virtude da debilidade física e imunológica.

Sinonímia

Calazar, Febre Dundun, Doença do Cachorro.

Agente etiológico

No Brasil é causada por um protozoário da família *trypansomatidae*, gênero *Leishmania*, espécie *Leishmania chagasi*. Apresenta duas formas: amastigota intracelular em vertebrados) e promastigota (tubo digestivo dos vetores invertebrados).

Reservatórios

Na área urbana, o cão (*Canis familiaris*); no ambiente silvestre, marsupiais (*Dedelphis mucura*), a raposa (*Cercodion tolos*), que agem como mantenedores do ciclo da doença. O homem também pode ser fonte de infecção.

Modo de transmissão

Picada de fêmea do hematófago flebótomo *Lutzomia longipalpis*. Não há transmissão pessoa a pessoa, nem animal a animal.

Período de incubação

Varia de 10 dias a 24 meses, sendo, em média, 2 a 4 meses.

Período de transmissibilidade

A principal transmissão se faz a partir dos reservatórios animais, enquanto persistir o parasitismo na pele ou no sangue circulante.

Complicações

As mais freqüentes são as afecções pleuropulmonares, geralmente precedidas de bronquites; complicações intestinais; hemorragias; traqueo-bronquites agudas; anemia aguda em fase adiantada da doença podendo levar o doente ao óbito.

Diagnóstico

Clínico-epidemiológico e laboratorial. Esse último baseia-se em:

a) Exame sorológico (imunofluorescência e ELISA)

É o de detecção mais fácil para o diagnóstico do calazar. Títulos variáveis podem persistir positivos mesmo após o tratamento;

b) Parasitológico

Realizado em material retirado preferencialmente do baço e da medula óssea, o que exige profissional treinado para praticá-lo;

c) Exames inespecíficos

Importantes devido às alterações que ocorrem nas células sangüíneas e no metabolismo das proteínas; orientam o processo de cura do paciente. São eles: **Hemograma**: pode evidenciar uma pancitopenia: diminuição de hemáceas, leucopenia, com linfocitose relativa, e plaquetopenia. A aneosinofilia é achado típico, não ocorrendo quando há associação com outras patologias, como a esquistossomose ou a esrongiloidíase.

Dosagem de proteínas: há uma forte inversão da relação albumina/globulina, com padrões tão acentuados quanto no mieloma múltiplo.

Reação do formol-gel: positiva.

Diagnóstico diferencial

Muitas entidades clínicas podem ser confundidas com o calazar, destacando-se, entre elas, a enterobacteriose de curso prolongado (associação de esquistossomose com salmonela ou outra enterobactéria), cujas manifestações clínicas se assemelham perfeitamente ao quadro da leishmaniose visceral. Em muitas situações, esse diagnóstico diferencial só pode ser concluído através de provas laboratoriais, já que as áreas endêmicas se superpõem em grandes faixas do território brasileiro. Soma-se a essa entidade outras patologias: malária, brucelose, febre tifóide, esquistossomose hepatoesplênica, forma aguda da doença de Chagas, linfoma, mieloma múltiplo, anemia falciforme etc.

Tratamento

Primeira escolha: antimoniais pentavalentes (Antimoniato N-metilglucamina). Visando padronizar o esquema terapêutico, a OMS recomenda que a dose deste antimonial seja calculada em mg/Sb⁺⁵/Kg/dia (SB⁺⁵ = antimônio pentavalente). Apresentação: frascos de 5ml, contendo 1,5g do antimoniato bruto, correspondendo a 405mg de SB⁺⁵, e cada ml contém 81 mg de SB⁺⁵ apresentação: 1ml=85mg de Sbv. A dose recomendada é de 20mg/Sb+5/Kg/dia, IV ou IM, com limite máximo de 4 ampolas/dia, por no mínimo 20 e no máximo 40 dias consecutivos. Fazer acompanhamento clínico e exames complementares para detecção de possíveis manifestações de intoxicação (hemograma, U/C, TGO/TGP e ECG). Efeitos colaterais: artralgias, mialgia, adinamia, anorexia, náuseas, vômitos, plenitude gástrica, pirose, dor abdominal, prurido, febre, fraqueza, cefaléia, tontura, palpitação, insônia, nervosismo, choque pirogênico, edema, herpes zoster, insuficiência renal aguda e arritmias. Quando houver resistência, a droga de segunda linha é a anfotericina B. a dose diária é de 1mg/Kg/dia (limite máximo 50mg/dia), entretanto deve

ser iniciada com 0,5mg/Kg/dia até atingir a dose total entre 1,0 a 1,5g. Cada mg deve ser reconstituída em 10ml de água destilada e, no momento da administração, a solução deve ser diluída em soro glicosado a 5% na proporção de 1mg para 10 ml. Devido ao risco de precipitação, a Anfotericina B não deve ser misturada com outros medicamentos ou soluções que contenham eletrólitos e deve ser infundida ao abrigo da luz. A via de administração é sempre a venosa, em infusão lenta de 4-6 hs com limite máximo de 50mg/dose/dia, em dias consecutivos, por um período de 14 dias, e sob orientação e acompanhamento médico em hospitais de referência, em virtude da sua toxicidade. Os casos graves de calazar devem ser internados e tratados em hospitais de referência. Os casos leves ou intermediários podem ser tratados em ambulatório. Contra-indicações: as drogas não podem ser administradas em gestantes, portadores de cardiopatias, nefropatias, hepatopatias, doença de Chagas.

Características epidemiológicas

A Leishmaniose Visceral é, primariamente, uma zoonose que afeta outros animais, além do homem. Sua transmissão, inicialmente silvestre ou concentrada em pequenas localidades rurais, já está ocorrendo em centros urbanos de médio porte, em área domiciliar ou peri-domiciliar. É um crescente problema de saúde pública no Brasil (encontra-se distribuída em 17 estados) e em outras áreas do continente americano, sendo uma endemia em franca expansão geográfica.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Reduzir o risco de transmissão, por meio do controle das populações de reservatórios e de insetos vetores; diagnosticar e tratar precocemente os doentes, visando diminuir a letalidade.

Notificação

A Leishmaniose Visceral é uma doença de notificação compulsória e que requer investigação epidemiológica, com vistas a identificar novos focos da doença.

Definição de caso

a) Suspeito

Todo indivíduo proveniente de área endêmica ou áreas onde estejam ocorrendo surto, com febre há mais de duas semanas, com ou sem outras manifestações clínicas da doença;

b) Confirmado

Todo paciente com exame sorológico ou parasitológico positivo, com ou sem manifestações clínicas. De acordo com a sintomatologia, o caso é classificado em uma das formas clínicas (clássica, oligossintomática, inaparente e aguda).

Medidas de controle

- a) **Investigação epidemiológica** procurando definir ou viabilizar os seguintes aspectos: se a área é endêmica, verificar se as medidas de controle estão sendo sistematicamente adotadas. Se for um novo foco, comunicar imediatamente aos níveis superiores do sistema de saúde e iniciar as medidas de controle pertinentes; iniciar busca ativa de casos para delimitar a real magnitude do evento; verificar se o caso é importado ou autóctone. Caso seja importado, informar ao serviço de saúde de onde se originou; acompanhar a adoção das medidas de controle, fazendo o acompanhamento dos dados sobre a população canina infectada, existência de reservatórios silvestres, densidade da população de vetores, entre outros; monitorar a taxa de letalidade da doença para reorientação da assistência médica prestada aos pacientes, caso necessário;
- b) **Eliminação dos reservatórios:** eliminação de cães errantes e domésticos infectados, que são as principais fontes de infecção. Os cães domésticos têm sido eliminados, em larga escala, nas áreas endêmicas, após o diagnóstico por meio de técnicas sorológicas (ELISA e Imunofluorescência). Os cães errantes e aqueles clinicamente suspeitos podem ser eliminados sem realização prévia de sorologia;
- c) **Luta antivetorial:** a borrifação com inseticidas químicos deverá ser efetuada em todas as casas com casos humanos ou caninos autóctones;
- d) **Tratamento:** constitui fator importante para a redução da letalidade da doença e, conseqüentemente, na luta contra esse tipo de leishmaniose. Secundariamente, pode haver também um efeito controlador de possíveis fontes humanas de infecção;
- e) **Educação em Saúde:** ações educativas devem ser desenvolvidas considerando aspectos culturais, sociais, educacionais, condições econômicas e percepção de saúde de cada comunidade atingida, no sentido de que aprendam a se proteger e participem ativamente das ações de controle do calazar;
- f) **Busca ativa:** para tratar precocemente os casos, a instalação das medidas citadas podem ser úteis no controle da doença em áreas endêmicas.

46

LEPTOSPIROSE

CID10: A27

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Doença infecciosa aguda de caráter epidêmico, com envolvimento sistêmico, causado por espiroquetas do gênero *Leptospira*. Tem início abrupto e seu espectro clínico pode variar desde um processo inaparente até formas graves. A forma sub-clínica pode simular “síndrome gripal”. A forma anictérica representa 60 a 70% dos casos e apresenta 2 fases:

a) Fase septicêmica

Caracterizada por hepatomegalia e, mais raramente, esplenomegalia, hemorragia digestiva alta, mialgia que envolve panturrilhas, coxa, abdome e musculatura paravertebral, fotofobia, dor torácica, tosse seca, com ou sem hemoptóicos, exantemas maculares, máculo-papulares, urticariformes ou petéquias, hiperemia de mucosas com duração de 4 a 7 dias;

b) Fase imune

Quando há cefaléia intensa, vômitos e sinais de irritação meníngea, uveíte, com duração de 1 a 3 semanas. A forma ictérica, Doença de Weil, evolui com insuficiência renal, fenômenos hemorrágicos e alterações hemodinâmicas. Os sintomas são mais intensos que a forma anictérica, com duração de 1 a 3 semanas, e taxas de letalidade de 5 a 20%.

Sinonímia

Febre dos pântanos, febre outonal, febre dos sete dias, doença dos porquinhos, tifo canino.

Agente etiológico

Leptospiras, microorganismos da família Espiroquetídeos e compreendem duas espécies *L. interrogans* e *L. biflexa*.

Reservatório

Os roedores são os principais reservatórios da doença, principalmente os domésticos; atuam como portadores outros animais bovinos, ovinos e caprinos.

Modo de transmissão

Pelo contato com água ou solo contaminados pela urina dos animais portadores, mas raramente pelo contato direto com sangue, tecido, órgão e urina de animais infectados. A penetração da *leptospira* se dá através da pele lesada ou mucosas, mas também pode ocorrer através da pele íntegra quando imersa em água por longo tempo.

Período de incubação

Variável de 3 a 13 dias, podendo durar até 24 dias.

Período de transmissibilidade

É rara a infecção inter-humana.

Complicações

Hemorragia digestiva e pulmonar maciça, pneumonia intersticial, insuficiência renal aguda, distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico, colapso cardiocirculatório, insuficiência cardíaca congestiva, com falência de múltiplos órgãos e morte.

Diagnóstico

Clínico-epidemiológico e laboratorial. A suspeita clínica deve ser confirmada por métodos laboratoriais específicos. Testes simples de macro-aglutinação e ELISA IgM são utilizados para o diagnóstico rápido de casos humanos. O isolamento de leptospiros, reação de polimerase em cadeia (PCR do sangue, urina, líquido e amostras de tecidos) e o teste sorológico de micro-aglutinação são também recomendados para diagnóstico e investigações epidemiológicas. Para esclarecimento etiológico de óbitos, deve-se realizar os testes histopatológicos convencionais e a pesquisa de leptospiros por colorações especiais ou imunohistoquímica (cérebro, pulmão, rim, fígado, pâncreas e coração).

Diagnóstico diferencial

a) Forma anictérica

Gripe, febre tifóide, septicemias por germes gram negativo, dengue, apendicite aguda, colecistite aguda, malária, pielonefrite aguda, toxoplasmose;

b) Forma ictérica

Formas ictéricas da febre tifóide, sepsis por germes gram negativos, febre amarela, hepatites, H. Lábrea, malária por *P. falciparum*, entre outras.

Tratamento

Penicilina G cristalina, de 6 a 12 milhões de unidades ao dia, em 4 doses, por 10 dias, ou tetraciclina 2g ao dia para adultos antes do 5º dia de doença, depois de então, não alteram curso clínico. Os alérgicos às penicilinas podem usar ceftriaxona. Medidas de suporte, como reposição hidroeletrólítica por via endovenosa, oxigenioterapia. Em pacientes que desenvolvem insuficiência renal, indica-se a instalação de diálise peritoneal precoce (aos primeiros sinais de oligúria) e que diminui significativamente as taxas de letalidade da doença.

Características epidemiológicas

É uma zoonose cosmopolita que se constitui problema de saúde pública. Enchentes e chuvas fortes contribuem, nos países tropicais e subtropicais, para o contato do homem com águas contaminadas, urina do roedor, favorecendo o aparecimento de surtos da doença humana.

No Brasil, a maior parte dos casos está ligada às condições de vida da população. Toda a população é suscetível e os principais grupos etários **afetados** são dos **20** aos **49** anos. Algumas profissões facilitam o contato com as leptospiras, como veterinários, pescadores, caçadores, agricultores, bombeiros, entre outras.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Orientar e adotar as medidas de prevenção da doença, particularmente antes dos períodos das grandes chuvas, em áreas de ocorrência cíclica; tratamento adequado dos pacientes graves, visando diminuir a letalidade da doença.

Notificação

Não é doença de notificação compulsória nacional. Os profissionais devem observar as normas de seu estado e município.

Definição de caso

a) Suspeito

Indivíduo que apresenta sinais e sintomas sugestivos da doença, principalmente com febre, **mialgia em panturrilhas**, com diminuição do volume urinário, heperemia de conjuntivas, icterícia, fenômenos hemorrágicos e síndrome de Weil (alterações hepáticas, renais e vasculares) ou aquele que apresenta processo infeccioso inespecífico com antecedente epidemiológico sugestivo. Consideram-se **antecedentes epidemiológicos**: exposição a enchentes ou outras coleções hídricas potencialmente contaminadas como córregos, fossas, lagos e rios; exposição a esgoto, fossa ou manilhas de esgoto contaminadas com urina de roedores; atividades que envolvam risco ocupacional como coleta de lixo, limpeza de córregos, trabalho em água ou esgoto, tratadores de animais, entre outras; presença de animais infectados nos locais frequentados pelo paciente;

b) Confirmado

Todo caso suspeito com confirmação laboratorial da doença, ou com clara evidência de associação epidemiológica (critério clínico-epidemiológico).

Medidas de controle

Controle de roedores (anti-ratização e desratização) e melhoria das condições higiênico-sanitárias da população. Alertar a população, nos períodos que antecedem a chuva, para que evite entrar em áreas alagadas sem as medidas de proteção individual.

47

**LINFOGRANULOMA
VENÉREO**

CID10: A55

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Doença bacteriana sexualmente transmissível caracterizada pelo envolvimento do sistema linfático, tendo como processos básicos a trombo-lingangite e perilingangite. Sua evolução clínica apresenta 3 fases:

Primária

No local de penetração do agente etiológico: há aparecimento de pápulas, vesícula, pústula ou erosão fugaz e indolor.

No homem

No sulco balanoprepucial, no prepúcio ou meato uretral;

Na mulher, acomete fúrcula cervical, clitóris, pequenos e grandes lábios.

Secundária

Caracteriza-se por adenite inguinal, geralmente unilateral, firme e pouco dolorosa (bubão), que pode ser acompanhada de febre e mal-estar.

Terciária

Quando há drenagem de material purulento por vários orifícios no bubão, com ou sem sangue, que, ao involuir, deixa cicatrizes retraídas ou quelóides.

Sinonímia

Mula, bubão, doença de Nicolas-Favre-Durand, quarta moléstia venérea.

Agente etiológico

Chlamydia tracomatis dos sorotipos L1, L2 e L3.

Reservatório

O homem.

Modo de transmissão

Contato sexual, com penetração da bactéria através da pele ou mucosa com solução de continuidade.

Período de incubação

De 1 a 3 semanas após o contato sexual.

Período de transmissibilidade

Bastante variável, semanas a anos.

Complicações

Linfedema peniano e escrotal, hiperplasia intestinal e linforróidas, hipertrofia vulvar (estiomene), proctite.

Diagnóstico

Eminentemente clínico-epidemiológico. Sorologia com imunofluorescência direta, fixação de complemento (título acima 1/64). Cultura celular de McCooy.

Diagnóstico diferencial

Tuberculose cutânea, micoses profundas, donovanose, sífilis, granuloma inguinal.

Tratamento

- Tianfenicol, 1,5g/dia, VO, 14 dias;
- Sulfametoxazol, 800mg + trimetoprim, 160mg, 2 vezes/dia, VO, 14 dias;
- Doxiciclina, 100mg, VO, 12/12h, no mínimo 14 dias;
- Azitromicina. A adenite é tratada com drenagem.

Características epidemiológicas

Doença exclusivamente venérea que geralmente afeta indivíduos que já tiveram várias outras doenças sexualmente transmissíveis. Sua distribuição é universal, mas ocorre mais freqüentemente nos trópicos. Não há diferença entre os sexos e observa-se maior número de casos entre negros.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Interromper a cadeia de transmissão através da detecção e tratamento precoces dos casos e dos seus parceiros (fontes de infecção); Prevenir novas ocorrências por meio de ações de educação em saúde.

Notificação

Não é doença de notificação compulsória nacional. Os profissionais de saúde devem observar as normas e procedimentos de notificação e investigação de seus estados e municípios. A Coordenação Nacional de DST e AIDS, do Ministério da Saúde, está implantando um sistema de fontes de informações específicas para as doenças sexualmente transmissíveis, visando o aprimoramento de seu controle.

Medidas de controle

Interrupção da cadeia de transmissão pela triagem e referência dos pacientes com DST e seus parceiros para diagnóstico e terapia adequados.

Aconselhamento (confidencial): orientações ao paciente, fazendo com que ele discrimine as possíveis situações de risco presentes em suas práticas sexuais; desenvolva a percepção quanto à importância do seu tratamento e de seus parceiros sexuais e promoção de comportamentos preventivos.

Promoção do uso de preservativos: método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e outras DST.

Convite aos parceiros para aconselhamento e promoção do uso de preservativos (deve-se obedecer aos princípios de confiabilidade, ausência de coerção e proteção contra a discriminação).

Educação em saúde, de modo geral.

Observação

As associações entre diferentes DST são freqüentes, destacando-se, atualmente, a relação entre a presença de DST e aumento do risco de infecção pelo HIV, principalmente na vigência de úlceras genitais. Desse modo, se o profissional estiver capacitado a realizar aconselhamento, pré e pós-teste para detecção de anticorpos anti-HIV, quando do diagnóstico de uma ou mais DST, deve ser oferecida essa opção ao paciente. **Toda doença sexualmente transmissível constitui-se em evento sentinela para busca de outra DST e possibilidade de associação com o HIV.** É necessário, ainda, registrar que o Ministério da Saúde vem implementando a “abordagem sindrômica” aos pacientes de DST, visando aumentar a sensibilidade no diagnóstico e tratamento dessas doenças, o que resultará em um maior impacto na redução dessas infecções.

48

MALÁRIA

**CID10:
B50 A B54**

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Doença infecciosa febril aguda, causada por parasito unicelular, caracterizada por febre alta acompanhada de calafrios, suores e cefaléia, que ocorrem em padrões cíclicos, a depender da espécie do parasito infectante. Os ataques paroxísticos característicos da doença ocorrem em quatro estágios sucessivos: o primeiro é caracterizado por frio intenso, acompanhado de calafrios e tremores; o segundo, por calor, febre alta, face hiperêmica, taquipnéia, seguida de suores e apirexia, com duração total de 6 a 12 horas. Outras manifestações são náusea, vômitos, astenia, fadiga, diarreia, tosse, artralgia e dor abdominal, que podem ser acompanhadas de palidez, icterícia e hepatoesplenomegalia. As formas brandas são causadas pelo *P. vivax* e *P. malariae* e apresentam febre, calafrios e suores em dias alternados ou a cada três dias. A forma clínica mais grave é causada pelo *P. falciparum*; seu quadro clínico pode evoluir para distúrbios da coagulação sangüínea, choque, insuficiência renal ou hepática, encefalopatia aguda, edema pulmonar, que levam a óbito em 10% dos casos. **Esplenomegalia tropical**: entidade nosológica que ocorre em áreas endêmicas de malária onde há uma resposta imunológica exacerbada do hospedeiro a antígenos do parasita.

Sinonímia

Paludismo, impaludismo, febre palustre, febre intermitente, febre terçã benigna, febre terçã maligna, além de nomes populares, como maleita, sezão, tremedeira, batedeira ou febre.

Agente etiológico

No Brasil, três espécies de *Plasmodium* causam malária: *P. vivax*, *P. falciparum* e *P. malariae*.

Reservatório

O homem é o único reservatório importante. Algumas espécies de macacos podem albergar o parasita, porém a transmissão natural é rara.

Vetores

Insetos da ordem dos dípteros, família *Culicidae*, gênero *Anopheles*.

Modo de transmissão

Os esporozoítas, formas infectantes do parasito, são inoculados no homem sadio através da saliva da fêmea anofelina infectada. Esses mosquitos, ao se alimentarem em indivíduos infectados, ingerem as formas sexuadas do parasito - gametócitos - que se reproduzem no interior do hospedeiro invertebrado, durante 8 a 35 dias, eliminando esporozoítas,

durante a picada. A transmissão também ocorre através de transfusões sanguíneas, compartilhamento de seringas, contaminação de soluções de continuidade da pele e, mais raramente, por via congênita.

Período de incubação

Em média, de 7 a 14 dias para o *P. falciparum*, de 8 a 14 dias para o *P. vivax* e de 7 a 30 dias para o *P. malariae*.

Período de transmissibilidade

O homem infecta o mosquito enquanto houver gametócitos no sangue. Quando não tratado, o homem poderá ser fonte de infecção durante mais de 3 anos, na malária por *P. malariae*, de 1 a 3 anos, na malária por *P. vivax*, e menos de 1 ano, na malária por *P. falciparum*.

Complicações

Malária cerebral, com edema, convulsões, delírio, coma; anemia hemolítica, edema pulmonar agudo, insuficiência renal aguda, hepatopatia aguda, distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico, hipoglicemia, insuficiência adrenal, disritmias cardíacas e alterações gastrointestinais, como diarreia profusa, hemorragia. As formas graves estão relacionadas à parasitemia elevada, acima de 2% das hemácias parasitadas, podendo atingir até 30% dos eritrócitos.

Diagnóstico

O diagnóstico clínico é realizado na presença de sintomas sugestivos de malária, como febre alta, acompanhada de calafrios, sudorese profusa e cefaléia, em padrões cíclicos. Podem apresentar sinais prodrômicos, a exemplo de náuseas, vômitos, astenia, fadiga e anorexia. Outros sintomas característicos: anemia hipocrômica, com hematócrito elevado no início do período febril, esplenomegalia dolorosa, quadro clínico associado à história epidemiológica de residência ou procedência de área endêmica, e a resposta rápida ao uso de antimaláricos podem concluir o diagnóstico. **O diagnóstico laboratorial específico** de rotina é realizado mediante demonstração de parasitos, através do método da gota espessa ou esfregaço (sendo usado preferencialmente o método da gota espessa) ou testes imunocromatográficos (testes rápidos) em áreas de baixa endemicidade ou difícil acesso. Existem ainda os testes de imunodiagnóstico, como a imunofluorescência indireta (IFI), imunoabsorção enzimática (ELISA), aglutinação, precipitação e radiodiagnóstico, não sendo entretanto utilizados na prática diária. Dentre os métodos de imunodiagnóstico, o IFI e o ELISA são mais factíveis operacionalmente. Outro método desenvolvido é a captura de antígeno através anticorpos monoclonais que, apesar de baixo custo e fácil realização, é de auxílio apenas para malária por *P. falciparum*, não fornecendo resultados quantitativos, o que pode levar a resultados falsos positivos.

Diagnóstico diferencial

Febre tifóide, febre amarela, hepatite infecciosa, leishmaniose visceral, esquistossomose mansônica, leptospirose. Em crianças, pesquisar outras doenças do trato respiratório, urinário e digestivo. Outras doenças febris, como infecção urinária, tuberculose miliar, salmoneloses septicêmicas, endocardite bacteriana, que cursam com esplenomegalia ou anemia ou hepatomegalia, devem ser descartadas.

Tratamento

Infecção por *P. vivax*

Nas tabelas a seguir, encontram-se os tratamentos preconizados pelo Ministério da Saúde, relativos aos esquemas de 1ª escolha. Para esquemas alternativos ou, caso surjam dúvidas deve-se recorrer ao texto do Manual de Terapêutica da Malária ou ao Guia de Vigilância Epidemiológica, editado pelo Ministério da Saúde.

TABELA 1- ESQUEMA RECOMENDADO PARA TRATAMENTO DAS INFEÇÕES POR PLASMODIUM VIVAX COM CLOROQUINA EM 3 DIAS E PRIMAQUINA EM 7 DIAS.

Grupos etários	Drogas e doses							
	1º dia			2º e 3º dias			4º ao 7º dias	
	Cloroquina (comp.)	Primaquina (comp). Adulto Infantil		Cloroquina (comp.)	Primaquina (comp). Adulto Infantil		Primaquina (comp.) Adulto Infantil	
Menor de 6 meses	¼	-	-	¼	-	-	-	-
6 a 11 meses	½	-	1	½	-	1	-	1
1 a 2 anos	1	-	1	1	-	1	-	1
3 a 6 anos	1	-	2	1	-	2	-	2
7 a 11 anos	2	1	1	1 e ½	1	1	1	1
12 a 14 anos	3	1 e ½	-	2	1 e ½	-	1 e ½	-
15 anos ou mais	4	1 e ½	-	3	2	-	2	-

* Primaquina: comprimidos para adultos com 15 mg de base e para crianças com 5 mg de base. A cloroquina e a primaquina deverão ser ingeridas preferencialmente as refeições. Não administrar primaquina para gestantes e crianças até 6 meses de idade. Se surgir icterícia, suspender a primaquina.

TABELA 2 - ESQUEMA RECOMENDADO PARA TRATAMENTO DAS INFECÇÕES POR *PLASMODIUM FALCIPARUM* COM QUININA EM 3 DIAS + DOXICILINA EM 5 DIAS + PRIMAQUINA NO 6º DIA.

Grupos etários	Drogas e doses			
	1º, 2º e 3º dias		4º e 5º dias	6º dias
	Quinina (comp.)	Doxiciclina (comp.)	Doxiciclina (comp.)	Primaquina (comp.)
8 a 11 anos	1 e ½	1	1	1
12 a 14 anos	2 e ½	1 e ½	1 e ½	2
15 anos ou mais	4	2	2	3

A dose diária de quinina e da doxiciclina devem ser divididas em duas tomadas, de 12 em 12 horas. A doxiciclina e a primaquina não devem ser dadas a gestantes. Para gestantes e menores de 8 anos, consultar as tabelas com esquemas alternativos, contidas no Guia de Vigilância epidemiológica.

TABELA 3 - ESQUEMA RECOMENDADO PARA TRATAMENTO DAS INFECÇÕES MISTAS POR *PLASMODIUM VIVAX* + *PLASMODIUM FALCIPARUM* COM MEFLOROQUINA EM DOSE ÚNICA E PRIMAQUINA EM 7 DIAS.

Grupos etários	Drogas e doses				
	1º dia		2º ao 7º dias		
	Mefloquina (comp.)	Primaquina (comp). Adulto Infantil	Primaquina (comp). Adulto	Primaquina (comp). Infantil	
Menor de 6 meses	-	-	-	-	-
6 a 11 meses	¼	-	¼	-	1
1 a 2 anos	½	-	¼	-	1
3 a 4 anos	1	-	½	-	2
5 a 6 anos	1 e ¼	-	½	-	2
7 a 8 anos	1 e ½		1	1	1
9 a 10 anos	2		1	1	1
11 a 12 anos	2 e ½		2	1 e ½	-
13 a 14 anos	3		2	1 e ½	-
15 ou mais	4		-	2	-

Calcular 15 a 20 mg/kg de peso.

A dose diária de mefloquina pode ser dividida em duas tomadas com intervalo de até 12 horas. Não usar primaquina em gestantes e menores de 6 meses. Consultar esquemas alternativos.

TABELA 4 - ESQUEMA RECOMENDADO PARA TRATAMENTO DAS INFEÇÕES POR PLASMODIUM MALARIAE COM CLOROQUINA EM 3 DIAS.

Grupos etários	Drogas e doses		
	Cloroquina (comp.)		
	1º dia	2º dia	3º dia
Menor de 6 meses	¼	¼	¼
6 a 11 meses	½	½	½
1 a 2 anos	1	½	1
3 a 6 anos	1	1	1
7 a 11 anos	2	1 e ½	1 e ½
12 a 14 anos	3	2	2
15 ou mais	4	3	3

*Diferente do *P. vivax*, não se usa primaquina para o *P. malariae*.

A doxicilina e a primaquina não devem ser dadas a gestantes. Para gestantes e menores de 8 anos, consultar as tabelas com esquemas alternativos, contidas no Guia de Vigilância epidemiológica.

Características epidemiológicas

Estima-se que mais de 40% da população mundial está exposta ao risco de adquirir malária. A área endêmica da malária, no Brasil, possui aproximadamente 6,9 milhões de km², correspondendo a 81% do território nacional, com 61 milhões de habitantes, sendo 19 milhões na Amazônia Legal. A população mais exposta ao risco de contrair a infecção corresponde a 6 milhões de habitantes, na Amazônia Legal, e a menos de 1 milhão, no restante do país. A transmissão nessa área está relacionada à abertura de novas fronteiras, ao crescimento econômico desordenado e, principalmente, à exploração de minérios. Cerca de 99,5% dos exames parasitológicos positivos para malária são de indivíduos originários da Amazônia Legal, sendo em torno de 41% das infecções dessa área causadas por *P. falciparum*.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Estimar a magnitude da morbidade e mortalidade da malária; Identificar grupos de risco; Detectar surtos e epidemias; Impedir a reintrodução da endemia nas regiões não-malarígenas, através do diagnóstico, tratamento dos casos e eliminação de novos focos. Avaliar o impacto das medidas de controle.

Notificação

Doença de notificação compulsória em todo o país. Na área extra-amazônica, além de ser de notificação compulsória, é de investigação obrigatória.

Definição de caso

a) Suspeito

Área endêmica: toda pessoa com quadro febril, que seja residente, ou que tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias antes dos primeiros sintomas. Área não endêmica: toda pessoa que apresente quadro de paroxismo febril com os seguintes sintomas: calafrios, tremores, cansaço, mialgia e que seja procedente de área de transmissão malárica, 8 a 30 dias antes dos primeiros sintomas.

b) Confirmado por critério clínico laboratorial

Todo caso suspeito com presença de parasitas no sangue, cuja espécie e parasitemia tenham sido identificadas, através de exame laboratorial. Nas regiões extra-amazônicas, sem transmissão de malária, os casos confirmados devem ser classificados, através da investigação epidemiológica, em autóctones ou importados.

Medidas de controle

As medidas de controle são baseadas no diagnóstico imediato e tratamento oportuno dos casos, aplicação de medidas anti-vetoriais seletivas, pronta detecção de epidemias para contê-las e reavaliação periódica da situação epidemiológica de malária. As atividades antimaláricas devem estar adaptadas às condições epidemiológicas locais e seus objetivos devem ser tecnicamente viáveis e financeiramente sustentáveis. Antes de selecioná-los, é preciso avaliar a incidência e a prevalência da doença, a mortalidade e os grupos de risco locais. Sempre que possível, devem ser coletadas informações sobre os hábitos e reprodução das espécies prevalentes, sua densidade e infectividade, as condições ecológicas e sazonais, e a resposta do vetor e do parasito aos inseticidas e medicamentos, respectivamente. As ações de controle da malária consistem no controle vetorial, através do controle de larvas e de mosquitos adultos. O controle larvário pode ser realizado através do ordenamento do meio (drenagem, aterro, controle de vegetação), larvicidas químicos ou controle biológico. No controle dos vetores adultos, o programa de malária utiliza o controle químico (aplicação intradomiciliar de inseticida de efeito residual e pulverização espacial de inseticida). Atividades de saneamento ambiental poderão ser empregadas caso haja justificativa e indicação precisa, visando a eliminação de criadouros de anofelinos (drenagem, retificação de cursos d'água, pequenos aterros). Atividades de educação em saúde também são de importância para alcance do controle da endemia.

49

**MENINGITE POR
*HAEMOPHILUS
INFLUENZAE***

CID10 G00.0

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Infecção bacteriana aguda das meninges. É uma das formas mais graves de doença invasiva causada pelo *Haemophilus influenzae*, sendo mais comum na 1ª infância. Início geralmente súbito, com febre, cefaléia intensa, náuseas, vômitos e rigidez de nuca, aos quais se associam os sinais de irritação meníngea.

a) Sinal de Kerning

Resposta em flexão da articulação do joelho, quando a coxa é colocada em certo grau de flexão relativo ao tronco, pesquisa-se da seguinte forma: paciente em decúbito dorsal: eleva-se o tronco, fletindo-o sobre a bacia; há flexão da perna sobre a coxa e dessa sobre a bacia; ou paciente em decúbito dorsal; eleva-se o membro inferior em extensão, fletindo-o sobre a bacia, após pequena angulação, há flexão de perna sobre a coxa. Essa variante chama-se, também, manobra de Laségue.

b) Sinal de Brudzinski

Flexão involuntária da perna sobre a coxa e dessa sobre a bacia ao se tentar ante-fletir a cabeça. Sinais de comprometimento do sistema nervoso central, como delírio, coma, convulsões, paralisias, tremores, transtornos pupilares, hipoacusia, ptose palpebral e nistagmo. Lactentes raramente apresentam sinais de irritação meníngea, tendo-se que observar febre (ou hipotermia nos casos mais graves), irritabilidade ou agitação, grito meníngeo e recusa alimentar, acompanhada de vômitos, convulsões e abaulamento da fontanela.

Agente etiológico

Haemophilus influenzae do tipo b é o mais freqüente, podendo entretanto ocorrer meningite por outros sorotipos, a exemplo de (a, c, d, e, f). É um bacilo gram negativo, imóvel, capsulado, pleomórfico.

Reservatório

O homem doente ou portador sadio.

Modo de transmissão

Pelo contato direto pessoa a pessoa, doente ou portadora, através da via respiratória.

Período de incubação

Provavelmente curto, de 2 a 4 dias.

Período de transmissibilidade

Enquanto houver microorganismo na nasofaringe, geralmente até 24/48 horas após o início da terapêutica com antibiótico.

Complicações

As principais complicações são: perda da audição, distúrbio de linguagem, retardo mental, anormalidade motora e distúrbios visuais.

Diagnóstico

Clínico e laboratorial. O principal exame laboratorial é o do Líquido Céfalo Raquidiano, que se apresenta turvo, com cor branco leitosa ou xantocrômica. A bioquímica evidencia glicose e cloretos diminuídos, proteínas elevadas, celularidade muito aumentada devido a presença de neutrófilos polimorfonucleares. O Gram do sedimento do LCR pode evidenciar a presença de bacilo gram negativo pleomórfico. É importante a realização da cultura do líquido para diagnóstico do agente. As hemoculturas são usadas como complemento do exame do líquido. Outros exames são a contra-imuno-eletroforese cruzada (CIE), e a prova do Látex sensibilizado (anti-Hib). Ambas podem ser realizadas após o uso de antibióticos, com pouca interferência nos seus resultados. Outros testes são ELISA, Radioimunoensaio, e amplificação da cadeia de polimerase (PCR).

Diagnóstico diferencial

Com as outras meningites bacterianas (em particular com as purulentas)

Tratamento

Cloranfenicol, na dose 75 a 100mg/kg/dia, EV, até o máximo de 6g/dia, fracionadas em 4 tomadas diárias (6/6h), ou ceftriaxone, na dose de 100mg/kg/dia, EV, até o máximo de 4 g/dia, divididas em duas tomadas (de 12/12h), por 7 a 10 dias.

Características epidemiológicas

Doença endêmica, de distribuição universal, com alta incidência em crianças, principalmente nos menores de 1 ano, sendo rara acima dos cinco anos. Após a introdução da vacina conjugada contra o Hib em 1999, a incidência das meningites causadas por este agente diminuiu significativamente.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Reduzir a morbidade, letalidade e ocorrência de seqüelas através do diagnóstico e tratamento precoces; Acompanhar o comportamento da meningite por Hib e monitorar a efetividade das medidas de prevenção e controle.

Notificação

É de notificação compulsória e de investigação obrigatória.

Definição de caso

a) Suspeito

Todo paciente com sinais e sintomas de meningite (febre, cefaléia, vômitos, rigidez de nuca, sonolência, convulsões); Menores de 1 ano, em geral, não apresentam sinais de irritação meníngea, podendo apresentar vômitos, sonolência, irritabilidade, convulsões e abaulamento de fontanela;

b) Confirmado

Caso suspeito que apresente pelo menos cultura positiva para *Haemophilus influenzae* do líquido ou sangue, ou PCR positivo com detecção da cadeia genética do *Haemophilus influenzae*, ou detecção de antígeno no líquido ou sangue através de CIE ou látex. A confirmação por critério clínico epidemiológico acontece quando um caso suspeito sem diagnóstico laboratorial teve contato com um caso confirmado laboratorialmente em até 7 dias após o início dos sintomas deste.

Medidas de controle

A quimioprofilaxia está indicada para:

- a) Todos os contatos domiciliares (incluindo adultos), desde que existam crianças menores de 4 anos de idade, além do caso índice sem vacinação ou com esquema de vacinação incompleto;
- b) Para creches ou escolas onde existam crianças expostas com idade inferior a 24 meses e diante da ocorrência de um segundo caso confirmado. Indica-se, então, para os contatos íntimos, incluindo os adultos;
- c) Por ocasião da alta hospitalar, para aqueles pacientes que possuíam, entre seus contatos domiciliares, crianças menores de 48 meses de idade. Se o tratamento foi instituído com ceftriaxona, nas doses indicadas, não é necessário realizar a quimioprofilaxia. Crianças com esquema vacinal completo para Hib não necessitam fazer quimioprofilaxia. A droga de escolha é a rifampicina, por via oral: adultos 600mg/dose, a cada 24 horas, durante 4 dias; crianças de 1 mês a 10 anos: 20mg/kg/dia até uma dose máxima de 600mg; crianças menores de 1 mês de idade, a dose será de 10mg/kg/dia, todos administrados uma vez ao dia, durante 4 dias. A vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) apresenta alta eficácia quando aplicada no esquema preconizado: 3 (três) doses em

menores de 1 ano , aos 2º, 4º e 6º mês de vida. Os eventos adversos locais (dor, eritema e/ou enduração) e gerais (febre, irritabilidade e/ou sonolência) são de frequência e intensidade baixas, ocorrendo em menos de 10% dos vacinados, nas 24 horas após aplicação. As contra-indicações gerais como doenças graves ou relato de ocorrência de reação anafilática sistêmica após aplicação de dose anterior. A vacina utilizada no Brasil é a Tetravalente, consiste na combinação da vacina Hib com a vacina contra o Tétano, Difteria e Coqueluche (DPT), em um só produto, conferindo imunidade para estes quatro componentes. Outros grupos com situações clínicas especiais procurar os Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais dos estados respectivos (CRIE).

50

**MENINGITE
TUBERCULOSA**

CID10:A17.0

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

É uma das complicações mais graves da tuberculose. O seu quadro clínico é, comumente, de início insidioso, embora alguns casos possam ter um começo abrupto, marcado pelo surgimento de convulsões. É dividido em 3 estágios. O primeiro, geralmente, tem duração de 1 a 2 semanas, com sintomas inespecíficos, como: febre, mialgias, sonolência, apatia, irritabilidade, cefaléia, anorexia, vômitos, dor abdominal e mudanças súbitas do humor. A suspeita clínica é difícil e o diagnóstico é feito pelo exame do líquido. No segundo estágio, persistem os sintomas sistêmicos, mas surgem sinais de lesão de nervos cranianos, exteriorizando-se por paresias e plegias, estrabismo, ptose palpebral, irritação meníngea e hipertensão intracraniana. Podem surgir sinais de encefalite, com tremores periféricos, distúrbios da fala, trejeitos e movimentos atetóides das extremidades. No terceiro, surgem déficit neurológico focal, opistótono, rigidez de nuca, alterações do ritmo cardíaco e da respiração e graus variados de perturbação da consciência, incluindo o coma. Em qualquer estágio clínico da doença, pode-se observar convulsões focais ou generalizadas. Na maioria dos casos de meningite tuberculosa, há alteração pulmonar, observada ao exame radiológico. O teste tuberculínico pode ou não ser reator.

Agente etiológico

O complexo *Mycobacterium tuberculosis* é constituído de várias espécies, a saber: *M. tuberculosis*, *M. bovis* e *M. africanum*. O *M. tuberculosis* é um bacilo não formador de esporos, sem flagelos e que não produz toxinas. É uma espécie aeróbica estrita, necessitando de oxigênio para crescer e se multiplicar.

Reservatório

É o homem, com a forma pulmonar bacilífera, que tem a maior importância epidemiológica, embora outros animais, em especial o gado bovino, possam ser reservatórios.

Modo de transmissão

A transmissão se dá principalmente por via aérea, pela qual os bacilos penetram com o ar inspirado e vão atingir as porções mais periféricas do pulmão. Os casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia de escarro positivo constituem a principal fonte de infecção, pois eliminam grande número de bacilos, podendo provocar infecção dos contatos, com maior probabilidade de desenvolvimento de formas graves da doença, como a meningite. Outras vias são excepcionais e qualquer solução de continuidade da pele e mucosas pode servir de porta de entrada para o bacilo.

Período de incubação

De 4 a 12 semanas após a infecção, são detectadas as lesões primárias. A meningite tuberculosa, em geral, é uma complicação precoce da tuberculose primária, que ocorre, freqüentemente, nos primeiros seis meses após a primo-infecção. Pode, no entanto, só se manifestar anos depois.

Período de transmissibilidade

A meningite tuberculosa não é transmissível, a não ser que esteja associada à tuberculose pulmonar bacilífera, cuja transmissibilidade se mantém enquanto houver doença pulmonar ativa. O tratamento quimioterápico correto praticamente anula a contagiosidade.

Complicações

Existe uma relação direta entre a precocidade diagnóstica e o prognóstico, porém, infelizmente, a maioria só é diagnosticada nos estágios avançados, justificando assim a alta letalidade e a ocorrência de seqüelas, tais como: aumento do perímetro encefálico, retardamento, espasticidade e hipertonicidade muscular.

Diagnóstico

Os exames laboratoriais do líquido podem confirmar a suspeita clínica de meningite tuberculosa. São eles: Citometria e bioquímica, pesquisa de BAAR (baciloscopia com coloração de Ziehl-Neelsen) e cultura no meio Lowenstein-Jewsen.

O líquido apresenta-se límpido ou xantocrômico com celularidade: de 10 a 500 células/mm³, sendo que, na fase inicial, observa-se um predomínio de polimorfonucleares e depois linfócitos; glicose diminuída (em geral abaixo de 40mg%); proteínas aumentam gradativamente; dosagem de cloretos normal ou diminuída. Cultura de líquido é o método bacteriológico mais sensível e específico, mas demora de 30 a 60 dias para ser obtido o resultado, sendo mais útil do ponto de vista epidemiológico, mas não do clínico

Diagnóstico diferencial

A meningite tuberculosa deve ser diferenciada de outras doenças infecciosas que comprometem o sistema nervoso central, como: meningoencefalites virais, outras meningites bacterianas (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* e *Neisseria meningitidis*) e meningite fúngica (*Cryptococcus neoformans*).

Tratamento

Utiliza-se o Esquema II, padronizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, conforme quadro a seguir, inclusive nos casos de concomitância de meningite tuberculosa com qualquer outra localização de tuberculose; nos casos de meningite tuberculosa, em qualquer idade, recomenda-se o uso de corticosteróides por um prazo de 2 a 4 meses, no início do tratamento; na criança, a prednisona é administrada na dose de 1 a 2 mg/kg de peso corporal, até a dose máxima de 30mg/dia. No caso de se utilizar outro corticosteróide, aplicar a tabela de equivalência entre eles. A fisioterapia na meningite tuberculosa deverá ser iniciada, com orientação, o mais precocemente possível.

ESQUEMA II - 2 RHZ/7RH* - INDICADO NA MENINGITE TUBERCULOSA

Fases do Tratamento	Drogas	Dose para todas as idades mg/kg de peso/dia	Dose máxima (mg)
1ª fase (2 meses)	R	0	600
	H	20	400
	Z	35	2.000
2ª fase (7 meses)	R	10 a 20	600
	H	10 a 20	400

* 2RHZ - 1ª fase (2 meses), 7RH (7 meses). Obs: R - Rifampicina, H - Isoniazida e Z - Pirazinamida.

Características epidemiológicas

A distribuição guarda relação com as condições sócio-econômicas. O risco de adoecimento é mais elevado nos primeiros anos de vida, mas é pouco comum nos menores de 6 meses. A incidência é baixa na idade escolar, voltando a se elevar na adolescência e início da idade adulta. Os grupos etários mais avançados e os indivíduos HIV (+) também apresentam um maior risco de adoecimento. A incidência de meningite tuberculosa é um indicador epidemiológico importante de uma região, já que guarda estreita correlação com a incidência de casos bacilíferos na população adulta, além de indicar baixas coberturas vacinais com BCG. É a forma mais grave de tuberculose e corresponde a 5% das formas extrapulmonares dessa doença.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Identificar e investigar os casos suspeitos de meningite para identificar os comunicantes domiciliares, visando descobrir fontes de infecção.

Notificação

Doença de notificação compulsória e investigação obrigatória.

Definição de caso

a) Suspeito

Todo paciente com sinais e sintomas de meningite e história de contato com tuberculose pulmonar bacilífera no domicílio;

b) Confirmado

Paciente que apresenta os seguintes critérios: quadro clínico compatível, quadro líquórico, evidências radiológicas de tuberculose pulmonar, tuberculose miliar ou tuberculose confirmada bacteriologicamente, em outra localização que não meningoencefálica, teste tuberculínico reator em crianças menores de 5 anos, sem cicatriz da vacina BCG, contato intradomiciliar, anterior ou concomitante, com um caso de tuberculose pulmonar bacilífera. O preenchimento dos dois primeiros critérios justifica a instituição do tratamento, sendo necessário o preenchimento de um dos demais, para ser considerado caso confirmado.

Medidas de controle

Descoberta precoce e tratamento de casos bacilíferos. Orientação da população sobre sinais e sintomas da doença e sobre a importância da higiene corporal e ambiental, bem como a manutenção de ambientes domiciliares e ocupacionais ventilados. **A vacinação com BCG** reduz a incidência das formas graves de tuberculose, particularmente a meningite e a miliar. A faixa etária preconizada é de 0 a 4 anos (sendo obrigatória para menores de 1 ano), iniciar o mais precocemente possível em maternidades e salas de vacinação. Em criança que recebeu o BCG há seis meses ou mais, na qual esteja ausente a cicatriz vacinal, indica-se a revacinação, sem necessidade de realização prévia do teste tuberculínico (PPD). A revacinação é recomendada nas faixas etárias de 6 a 10 anos. Se a primeira dose for aplicada com seis anos e mais, não há necessidade de revacinação. Eventos adversos mais comuns: formação de abscesso e/ou ulceração, no local da aplicação; linfadenite regional. As Contra-indicações da vacina: Imunodeficiência congênita ou adquirida, incluindo crianças infectadas pelo vírus da Imunodeficiência humana (VIH), os quais apresentam contra-indicação absoluta. Recomenda-se adiar a vacinação com BCG em recém-nascidos com peso inferior a 2,000kg e em presença de afecções dermatológicas extensas em atividade.

51

MENINGITES VIRAIS

CID10: A87

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

As meningites virais são também chamadas assépticas ou serosas. O sistema nervoso central pode ser infectado por um variado conjunto de vírus; mas independente do agente viral, o quadro clínico caracteriza-se por aparição súbita de cefaléia, fotofobia, rigidez de nuca, náuseas, vômitos e febre. Ao exame físico, destaca-se o bom estado geral do paciente e a presença de sinais de irritação meníngea (Kerning e Brudzinski). Em geral, a evolução é rápida e benigna sem complicações; exceto nos casos de indivíduos com imunodeficiências. Quando a etiologia refere-se a enterovírus, o quadro pode ser acompanhado ou antecedido de manifestações gastrointestinais, respiratórias e ainda mialgia e erupção cutânea.

Agente etiológico

Vários vírus podem causar meningite viral, dentre estes, destacam-se: enterovírus, arbovírus, vírus do sarampo, vírus da caxumba; vírus da coriomeningite linfocítica; HIV-1; adenovírus e vírus do grupo Herpes (herpes simples tipo 1 e tipo 2; varicela zoster; Epstein –Barr, citomegalovírus).

Reservatório, Modo de transmissão, Período de incubação e de transmissibilidade

Variam de acordo com o agente infeccioso.

Complicações

Em geral, não estão associadas a complicações.

Diagnóstico

Clínico-epidemiológico e laboratorial. A realização de punção para exame do líquido cefalorraquidiano é fundamental; ele se apresenta com aspecto límpido, incolor ou opalescente; cloretos e glicose normais; proteínas ligeiramente elevadas; celularidade aumentada (entre 5 a 500, podendo chegar a 1.000 células), geralmente com predominância de linfócitos (às vezes, no início, encontra-se predomínio de polimorfonucleares), bactérias ausentes. Em boas circunstâncias, pode-se identificar o agente específico através de sorologia ou técnicas de cultivo. A história clínica e epidemiológica do paciente pode orientar o diagnóstico etiológico (caxumba, sarampo, varicela, quadro gastrointestinal etc).

Diagnóstico diferencial

Meningites e meningoencefalites causadas por outras etiologias, rickettsioses e doença de Lyme.

Tratamento

Em geral, o tratamento é de suporte; sendo orientada criteriosa avaliação e acompanhamento clínico. O tratamento antiviral específico não tem sido amplamente utilizado; exceto em casos específicos (ex.: meningite herpética).

Características epidemiológicas

Tem distribuição universal. A frequência de casos se eleva no final do verão e começo do outono. Casos podem ocorrer associados às epidemias de varicela, sarampo, caxumba e ainda relacionados a eventos adversos pós-vacinais.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Conhecer e monitorar o perfil epidemiológico dos principais vírus responsáveis por meningites no Brasil e ainda detectar surtos.

Notificação

É de notificação obrigatória, assim como as demais meningites.

Definição de caso

a) Suspeito

Todo paciente com sinais e sintomas de meningite (febre, cefaléia intensa, vômitos, rigidez da nuca, sonolência, convulsões, sinais de Kerning e Brudzinski). Em pacientes menores de um ano de idade os principais sintomas são: abaulamento de fontanela, vômito, sonolência, irritabilidade e convulsões;

b) Confirmado

- b1) Clínico laboratorial: caso suspeito com isolamento viral através de cultura, identificação de material genético por PCR e sorologia positiva;
- b2) Clínico Epidemiológico: caso suspeito comunicante de caso de meningite viral confirmado laboratorialmente.

Medidas de controle

O diagnóstico e o tratamento precoce dos casos são medidas que contribuem para o controle da doença. As medidas de controle específicas relacionam-se com o agente etiológico. Em situações de surto, a população deve ser orientada sobre os sinais e sintomas da doença, medidas gerais de higiene e ainda medidas de prevenção específicas, conforme o agente responsável.

52

**MONONUCLEOSE
INFECCIOSA**

CID10: B27

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

É uma síndrome infecciosa que acomete principalmente indivíduos entre 15 e 25 anos de idade. Esta infecção pode ser assintomática ou apresentar-se com febre alta, odinofagia, sintomas constitucionais, tosse, artralgias, adenopatia cervical posterior simétrica, que pode se generalizar, esplenomegalia, hepatomegalia discreta, raramente com icterícia, erupção cutânea, comprometimento da orofaringe sob a forma de faringo-amigdalite exudativa. O paciente pode restabelecer-se em poucas semanas, porém uma pequena proporção de doentes necessita de meses para recuperar seus níveis de energia anteriores à enfermidade. Há controvérsias sobre a cronicidade da infecção. Recentemente, tem estado associada à etiopatogenia de várias neoplasias e aumentado sua importância após o aparecimento da aids.

Sinonímia

Angina monocítica.

Agente etiológico

Vírus Epstein-Barr (VEB), da família *Herpesviridae*.

Reservatório

O homem.

Modo de transmissão

Inter-humano pelo contato íntimo de secreções orais (saliva); é rara a transmissão através de transfusão sanguínea ou contato sexual.

Período de incubação

De 30 a 45 dias.

Período de transmissibilidade

Pode durar um ano ou mais.

Complicações

Anemia hemolítica, trombocitopenia, granulocitopenia, meningite, encefalite, neurite óptica e retrobulbar, neuropatia do plexo braquial, mono-neurite multiplex, mielite transversa, síndrome de Guillain-Barré, rutura esplênica, infecção crônica pelo VEB.

Diagnóstico

Clínico, associado ao leucograma, que revela leucocitose com elevada linfocitose atípica. Para confirmação laboratorial, pode-se usar:

a) Resposta sorológica

Presença de anticorpos heterófilos e/ou presença de anticorpos específicos;

b) Demonstração do vírus, antígenos virais ou DNA viral

Cultura, hibridização com sondas de ácido nucléico, PCR.

Diagnóstico diferencial

Infecção pelo citomegalovírus, *Toxoplasma gondii*, leptospirose, infecção aguda pelo vírus da imunodeficiência, hepatite viral, rubéola, linfoma, leucemia aguda, reações de hipersensibilidade a drogas (difineldiantona, ácido paraminossalicílico, isoniazida).

Tratamento

Sintomático

O uso de corticoterapia pode ser útil no caso de complicação com obstrução de vias aéreas por hipertrofia tonsilar, na trombocitopenia grave e na anemia hemolítica.

Características epidemiológicas

É uma doença cosmopolita. No Brasil, revela uma prevalência maior em crianças do que em adultos, porém a suscetibilidade é geral. Seu reconhecimento é necessário pela forte associação com neoplasias.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Não se desenvolvem ações específicas de vigilância epidemiológica.

Notificação

Não é doença de notificação compulsória.

Medidas de controle

Não é necessário o isolamento do paciente na fase aguda; vacinas ainda estão em desenvolvimento; evitar contato com saliva de pessoas portadoras do VEB, durante o período de transmissibilidade.

53

ONCOCERCOSE

CID10: B73

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Doença parasitária humana crônica, caracterizada pelo aparecimento de nódulos subcutâneos fibrosos, sobre superfícies ósseas, em várias regiões, a exemplo de ombros, membros inferiores, pelves e cabeça. Esses nódulos são indolores, móveis e neles se encontram os vermes adultos. Esses vermes eliminam as microfílarias que, ao se desintegrarem na pele, causam manifestações cutâneas, que podem ser agudas, como o prurido intenso agravado à noite, e crônicas, caracterizadas por xerodermia, liquenificação ou pseudoictiose, despigmentação nas regiões pré-tibial e inguinal, atrofia, estase linfática (lesões típicas de uma dermatite crônica). A migração das microfílarias pode atingir os olhos, provocando alterações variadas, como: conjuntivite, edema palpebral, escleroceratite, ceratite puntiforme, irite ou iridociclite, esclerose lenticular, coriorretinite difusa degenerativa, podendo levar à cegueira. Em infecções muito intensas, podem ser encontradas microfílarias na urina, lágrima, escarro e sangue.

Sinonímia

Cegueira dos rios, doença de Robles, volvulose, erisipela da costa, mal morado.

Agente etiológico

Nematódeo do gênero *Onchocerca*. No Brasil, a espécie *Onchocerca volvulus* é a mais encontrada.

Reservatório

O homem. Experimentalmente, pode ser transmitido a chimpanzés.

Modo de transmissão

Através da picada dos vetores do gênero *Simulium*. Na América do Sul, os seguintes complexos são importantes: *S. metallicum*, *S. sanguineum/amazonicum*, *S. quadrivittatum*.

Período de incubação

Longo, cerca de um ano, podendo variar de 7 meses a mais de 2 anos.

Período de transmissibilidade

A filária permanece viva no homem por 10 a 15 anos (casos não tratados), podendo nesse período os vetores se infectar. Não há transmissão inter-humanos.

Complicações

Ceratitis, levando à cegueira, linfedema, hipertrofia ganglionar.

Diagnóstico

Através das manifestações clínicas aliadas à história epidemiológica. O diagnóstico específico é feito por: a) identificação do verme adulto ou microfilárias através de: biópsia de nódulo ou pele; punção por agulha e aspiração do nódulo; exame oftalmoscópico do humor aquoso; urina; b) testes de imunidade: intradermoreação, imunofluorescência, ELISA. O exame de PCR pode auxiliar na identificação do DNA do parasito.

Diagnóstico diferencial

Fotodermite, escabiose, boubas, hanseníase, micoses, avitaminoses, sífilis.

Tratamento

a) Específico

Microfilaricida a base de Ivermectina na dosagem de 150 (microgramas) $\mu\text{g p/Kg}$, em dose única com periodicidade semestral ou anual por um período de 10 anos. A Ivermectina não deve ser ministrada a mulheres grávidas ou na primeira semana de amamentação, pessoas gravemente enfermas e crianças com menos de 15 Kg de peso ou que tenham menos de 90 cm de altura. Ivermectina, dose única, VO, obedecendo a escala de peso corporal (15 a 25kg - 1/2 comprimido; 26 a 44kg - 1 comprimido; 45 a 64kg - 1 1/2 comprimido; 65 a 84kg - 2 comprimidos; 85 kg - 150 mg/kg). Em campanhas de distribuição em massa inseridas em programas de eliminação, o intervalo entre doses usado é de 6 meses;

b) Cirúrgico

Retirada dos nódulos.

Características epidemiológicas

A doença ocorre na África Central, estando presente em focos na Península Arábica, e na América do Norte (México) América Central (Guatemala) e América do Sul (Brasil, Colômbia, Equador, Venezuela). No Brasil, a maioria dos casos advém dos estados de Roraima e Amazonas, com ocorrência nas reservas das populações Yanomami e Makiritari. A ocorrência de oncocercose é influenciada pela proximidade dos rios e afluentes, que se constituem no local de desenvolvimento larvar do vetor. Principalmente adultos do sexo masculino são afetados nas zonas endêmicas. Constituiu-se, após a catarata e o tracoma, a terceira causa mais comum de cegueira no Brasil.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Diagnosticar e tratar as infecções, visando impedir as seqüelas da doença e reduzir o número de indivíduos infectados.

Notificação

Não é doença de notificação obrigatória nacional. Nos estados onde ocorre, deve ser notificada para as autoridades sanitárias locais.

Definição de caso

a) Suspeito

Indivíduo procedente de área endêmica, com manifestações clínicas da doença;

b) Confirmado

Indivíduo com presença de microfilária ou verme adulto, detectada através de exames laboratoriais.

Medidas de controle

Em virtude da área endêmica encontrar-se em terras indígenas, as medidas de controle devem ser realizadas dentro de parâmetros adequados aos hábitos, costumes e percepções desses povos e, também, de acordo com os critérios técnico-científicos vigentes. As medidas de controle que têm sido preconizadas são o tratamento dos portadores de microfilárias e o combate aos simulídeos. Qualquer medida de intervenção deve ser conduzida observando-se os conhecimentos antropológicos das nações indígenas.

54

PARACOCCIDIOIDOMICOSE

CID10: B41

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Micose profunda, geralmente com sintomatologia cutânea importante, grave, que, na forma crônica, é conhecida como “tipo adulto” e, na forma aguda ou sub-aguda, como “tipo juvenil”. A primeira caracteriza-se por comprometimento pulmonar, lesões ulceradas de pele, mucosas (oral, nasal, gastrointestinal), linfadenopatia; na forma disseminada, pode acometer todas as vísceras, sendo freqüentemente afetada a supra-renal. A segunda é rara e, quando ocorre, compromete o sistema fagocítico-mono-nuclear e leva à disfunção da medula óssea. Na cavidade oral, evidencia-se uma estomatite, com pontilhado hemorrágico fino, conhecida como “estomatite moriforme de Aguiar-Pupo”. A classificação abaixo apresenta a interação entre o *P. brasiliensis* e o homem, determinando infecção ou doença, assim como as formas clínicas da paracoccidioidomicose.

Infecção paracoccidióidica

Caracteriza-se apenas por contágio do indivíduo pelo fungo, sem a presença de doença clinicamente manifesta.

Paracoccidioidomicose (doença)

Caracteriza-se pela presença de manifestações clínicas relacionadas a um ou mais órgãos, dependentes das lesões fúngicas em atividade ou de suas seqüelas.

Forma regressiva

Doença benigna com manifestações clínicas discretas, em geral pulmonares. Apresenta regressão espontânea, independente de tratamento.

Forma progressiva

Ocorre comprometimento de um ou mais órgãos, podendo evoluir para óbito, caso não seja tratada de maneira adequada. É dividida nas formas aguda e crônica, de acordo com a idade, duração e manifestações clínicas.

Forma aguda ou sub-aguda (juvenil)

- a) Com adenomegalia de linfonodos superficiais;
- b) Com comprometimento abdominal ou do aparelho digestivo;
- c) Com comprometimento ósseo;
- d) Com outras manifestações clínicas.

Forma crônica (adulto)

Pode acometer todos os órgãos citados, inclusive o SNC. Pode ser:

- a) Forma leve;

- b) Forma moderada;
- c) Forma grave.

Forma seqüelar

Manifestações clínicas relacionadas à fibrose cicatricial, que se **seqüelar** segue ao tratamento específico, como hiperinsuflação pulmonar, insuficiência adrenal, estenose de traquéia e síndrome de má absorção.

Sinonímia

Antigamente conhecida como blastomicose sul-americana ou moléstia de Lutz-Splendore e Almeida.

Etiologia

Paracoccidioides brasiliensis, um fungo dimorfo.

Reservatório

O solo e poeira carregados de fungo em suspensão, normalmente em meio rural.

Modo de transmissão

Por inalação do fungo. A contaminação através de ferimentos cutâneos e nas mucosas é extremamente rara.

Período de incubação

Pode ir de 1 mês até muitos anos.

Período de transmissibilidade

Não há caso descrito de transmissão pessoa a pessoa.

Complicações

Neuroparacoccidioidomicose, caracterizada por comprometimento do parênquima e dos folhetos que revestem o sistema nervoso central. As formas pulmonares podem evoluir para insuficiência respiratória crônica.

Diagnóstico

Clínico e laboratorial. Este último é feito com o achado do parasita, que se apresenta como células arredondadas, de dupla parede, birrefringente, com ou sem gemulação. Quando há gemulação múltipla, o parasita toma aspecto de “roda de leme”. Provas sorológicas, como a imunodifusão em gel e histopatologia, podem ser empregadas.

Diagnóstico diferencial

Com as outras micoses profundas que compõem a Síndrome Verrucosa

(Tuberculose, Esporotricose, Histoplasmosose em imunodeprimidos, Leishmaniose Tegumentar Americana, Cromomicose) e Sífilis. Nas formas linfáticas, deve-se diferenciar do linfoma de Hodgkin e de outras neoplasias.

Tratamento

Uma das opções a seguir

- Sulfametoxazol + trimetoprim - 800/160mg/dia, VO, 12/12 hs, por 30 dias, passando para 400/80mg 12/12 hs, até um ano após sorologia negativa;
- Itraconazol - 100 mg/dia, por 12 meses, tem sido considerada a droga de escolha;
- Cetoconazol - 400 mg/dia, VO, por 45 dias, depois 200mg/dia até completar 12 meses;
- Fluconazol - 400mg/dia, VO, por um mês, depois 200mg/dia, por 6 meses;
- Anfotericina B - 1mg/kg/dia, IV, diluído em 50ml de soro glicosado a 5% mais acetato de delta hidrocortizona 50 - 100mg. A dose máxima de anfotericina B não deve ultrapassar 3g.

Características epidemiológicas

Doença endêmica nas regiões tropicais da América do Sul, comum no Brasil em relação a outros países. Frequente em trabalhadores rurais, agricultores, operários da construção civil. Incide mais em homens do que em mulheres, pois o fungo, sofrendo ação do hormônio feminino 17-B-estradiol, torna-se incapaz de transformar-se em levedura, essencial para induzir a doença. A faixa etária de maior incidência encontra-se entre os 30 e 50 anos de idade.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivo

Por não dispor de instrumento de prevenção, essa doença não é objeto de vigilância epidemiológica rotineiramente. No Brasil, tem-se registro acumulado de mais de 60 casos de paracoccidioidomicose associados à aids, o que coloca essa infecção como mais um dos indicadores daquela síndrome.

Notificação

Não é doença de notificação compulsória.

Medidas de controle

Não há medida de controle disponível. Deve-se tratar os doentes precoce e corretamente, visando impedir a evolução da doença e suas complicações. Indica-se desinfecção concorrente dos exudatos, artigos contaminados e limpeza terminal.

55

PAROTIDITE INFECCIOSA

CID10: B26

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Doença viral aguda caracterizada por febre e aumento de volume de uma ou mais glândulas salivares, geralmente a parótida e, às vezes, glândulas sublinguais ou submandibulares. Em homens adultos, ocorre orquitepididimite em aproximadamente 20 a 30% dos casos; em mulheres, pode ocorrer ooforite com menor frequência, acometendo cerca de 5% dos casos. Aproximadamente, 1/3 das infecções pode não apresentar aumento, clinicamente aparente, dessas glândulas. O SNC, com frequência, pode estar acometido sob a forma de meningite asséptica, quase sempre sem seqüelas. Mais raramente, pode ocorrer encefalite.

Sinonímia

Papeira, caxumba.

Agente etiológico

Vírus da família *Paramyxoviridae*, gênero *paramyxovirus*.

Reservatório

O homem.

Modo de transmissão

Contato direto com secreções das vias aéreas superiores.

Período de incubação

De 12 a 25 dias, sendo, em média, 16 a 18 dias.

Período de transmissibilidade

Varia entre 6 e 7 dias antes das manifestações clínicas, até 9 dias após o surgimento dos sintomas. O vírus pode ser encontrado na urina até 14 dias após o início da doença.

Diagnóstico

Clínico-epidemiológico. As provas sorológicas (neutralização, inibição da hemaglutinação ou ELISA) não são utilizadas na rotina. A fixação do complemento positiva sugere infecção recente.

Diagnóstico diferencial

Cálculo de dutos parotidianos, hipersensibilidade a drogas (iodetos, fenilbutazona, tiouracil, dentre outras) ingestão de amidos, sarcoidose, cirrose, diabetes, parotidite de etiologia piogênica, inflamação de linfonodos, tumores parenquimatosos, hemangioma, linfangioma.

Complicações

Meningite asséptica, pancreatite, tiroidite, neurites, miocardite e nefrite. Uma complicação rara é o desenvolvimento de encefalite, podendo levar à ocorrência de edema cerebral, manifestações neurológicas graves e óbito. Como seqüelas, podem ocorrer surdez unilateral (secundária à neurite do oitavo par craniano), atrofia testicular, sendo de ocorrência rara a esterilidade.

Tratamento

Tratamento de suporte: repouso e analgesia. Meningite asséptica: tratamento sintomático. Encefalite: tratamento do edema cerebral, manutenção das funções vitais.

a) Orquite

Suspensão da bolsa escrotal através de suspensório; aplicação de bolsas de gelo; analgesia, quando necessário;

b) Redução da resposta inflamatória

Succinato sódio de hidrocortisona: 100mg, IV, seguidas de 20mg, VO, de 6/6 horas, durante 3 a 4 dias.

Características epidemiológicas

Estima-se que, na ausência de imunização, 85% dos adultos têm parotidite infecciosa e que 1/3 dos infectados não apresentam sintomas. A doença é mais severa em adultos. As estações com maior ocorrência de casos são o inverno e a primavera. Costuma apresentar-se sob a forma de surtos, que acometem mais as crianças.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Reduzir as taxas de incidência através de vacinação de rotina; investigar surtos para a adoção de medidas de controle.

Notificação

Não é doença de notificação compulsória. Os surtos devem ser notificados.

Medidas de controle

a) Vacinação

A vacinação está indicada antes da exposição. Esquema vacinal básico: utiliza-se a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), aos 15 meses de idade, com uma dose adicional entre 4 a 6 anos.

As contra-indicações ao uso da vacina tríplice viral são: antecedente de reação anafilática sistêmica após ingestão de ovo de galinha; gravidez e administração de imunoglobulina normal, sangue total ou plasma nos três meses anteriores. Recomenda-se às mulheres vacinadas evitar a gravidez por 30 dias após a aplicação, no entanto, se alguma grávida for inadvertidamente vacinada, não há indicação de interrupção da gravidez.

56

PESTE

CID10: A20

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

A peste é uma zoonose primária de roedores silvestre que se manifesta no homem sob três formas principais: bubônica, septicêmica e pneumônica. A peste **bubônica ou ganglionar** é a mais freqüente e pode se apresentar como casos ambulatoriais abortivos, que apresentam adenopatia com ou sem supuração, até casos graves e letais. Estes têm início abrupto, com febre alta, calafrios, cefaléia intensa, dores generalizadas, anorexia, náuseas, vômitos, confusão mental, congestão das conjuntivas, pulso rápido e irregular, taquicardia, hipotensão arterial, prostração e mal-estar geral. Após dois ou três dias, aparecem as manifestações de inflamação aguda e dolorosa dos gânglios linfáticos da região que foi o ponto de entrada da bactéria (bubão pestoso), onde a pele fica brilhosa, distendida, vermelha/violácea, com ou sem hemorragias e necrose. Os bubões são bastante dolorosos e fistulam com drenagem de material purulento. A forma **septicêmica primária** cursa com bacilos no sangue: febre elevada, hipotensão arterial, grande prostração, dispnéia, fácies de estupor, hemorragias cutâneas, às vezes serosas e mucosas e até nos órgãos internos. Culmina com coma e morte no fim de dois ou três dias, se não houver tratamento. Geralmente, a peste septicêmica aparece na fase terminal da peste bubônica não tratada. A **forma pneumônica** pode ser primária ou secundária à peste bubônica ou septicêmica por disseminação hematogênica. É a forma mais grave e mais perigosa da doença, pelo seu quadro clínico, alta contagiosidade e letalidade, podendo provocar epidemias explosivas. Inicia-se com quadro infeccioso grave, de evolução rápida (febre muito alta, calafrios, arritmia, hipotensão, náuseas, vômitos, astenia, obnubilação). Depois surgem dores no tórax, respiração curta e rápida, cianose, expectoração sanguinolenta ou rósea, fluida, muito rica em bacilos. Fenômenos de toxemia, delírio, coma e morte, podem ocorrer se não houver instituição do tratamento precocemente.

Agente etiológico

Yersinia pestis, bacilo gram negativo, com coloração mais acentuada nos pólos (coloração bipolar).

Reservatórios

Roedores silvestre-campestres (*Bolomys*, *Calomys*, *Oligoryzomys*, *Oryzomys*, *Galea*, *Trichomys*) e comensais (*Rattus rattus*), e os lagomorfos (coelhos lebres).

Vetores

Pulgas infectadas: *Xenopsylla cheopis*, *Polygenis bolhsi jordani* e *Polygenis tripus* (dos roedores silvestres e comensais), *Pulex irritans* (Pulga do homem), *Ctenocephalides felis* (parasito de cães e gatos), dentre outras.

Modo de transmissão

O principal modo de transmissão da *Yersinia pestis* ao homem é a picada de pulgas infectadas. A peste nos focos naturais é transmitida aos seres humanos quando estes se introduzem no ciclo zoonótico, ou devido à interação de roedores silvestres infectados com roedores comensais. A transmissão da peste de reservatórios naturais para o homem pode ser resumida das seguintes formas: roedor silvestre ® pulga ® homem ou roedor silvestre ® pulga ® roedor comensal ® pulga ® homem. A forma mais freqüente de transmissão pessoa a pessoa é a partir das gotículas de pacientes com peste pneumônica e os fômites são transportados pelo ar. Tecidos de animais infectados, fezes de pulgas, culturas de laboratório também são fontes de contaminação para quem os manipula sem obedecer às regras de biossegurança.

Período de incubação

De 2 a 6 dias. Pode ser mais longo em indivíduos vacinados, ou de apenas 1 dia para a peste pneumônica primária.

Período de transmissibilidade

As pulgas permanecem infectadas durante vários dias e até meses. A peste bubônica não é transmitida de pessoa a pessoa, exceto se houver contato com o exsudato de bubão, já a peste pneumônica é altamente transmissível de pessoa a pessoa e seu período de transmissibilidade começa com o início da expectoração, permanecendo enquanto houver bacilos no trato respiratório. Esse período depende também do tratamento da doença.

Complicações

Choque séptico, insuficiência respiratória aguda.

Diagnóstico

Suspeita clínica-epidemiológica e exames específicos

Bacteriológicos

Bacterioscopia em esfregaços corados pelo Azul de Metileno de Loeffler, corante de Wayson, Gram ou Conjugado Fluorescente (imunofluorescência direta: IF), culturas, hemoculturas (material colhido do bubão, sputo, exsudato orofaríngeo, sangue e medula óssea (falange) nos casos de óbito); provas bioquímicas, sensibilidade ao bacteriófago antipestoso;

Sorológicos

Hemaglutinação passiva, ELISA, Dot-ELISA.

Diagnóstico diferencial

Adenites regionais supurativas, linfogranuloma venéreo, septicemias, pneumonias, forma bubônica da leishmaniose tegumentar americana.

Tratamento

Instituição precoce (se possível nas primeiras 15 horas do início dos sintomas) de antibiótico ou quimioterápico, sem aguardar resultado de exames laboratoriais. A droga de escolha é a tetraciclina, na dose de 2 a 4g/dia, VO, durante 10 dias, podendo ser usada de 4 a 6g, por via venosa, nas primeiras 48 horas, se houver gravidade. O cloranfenicol é administrado nas complicações que envolvem espaços tissulares, na dose de 50mg/Kg/dia, de 6/6 horas, durante 10 dias. Tratamento de suporte intenso. A estreptomicina é o antibiótico mais eficaz contra a *Y. pestis*, particularmente na forma pneumônica. Entretanto, atualmente, seu uso está bastante restrito devido às manifestações tóxicas.

Características epidemiológicas

Apesar de ser uma enzootia de roedores silvestres-campestres, que só esporadicamente atinge roedores comensais e o homem, a peste tem grande importância epidemiológica pelo seu potencial epidêmico, sendo por isso uma doença sujeita ao Regulamento Sanitário Internacional. Sua cadeia epidemiológica é complexa, pois envolve roedores, carnívoros domésticos (cães e gatos) e silvestres (pequenos marsupiais), pulgas e o homem. A sua persistência em focos naturais delimitados, no Brasil (estados do Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Minas Gerais e Rio de Janeiro) e em outros países do mundo, torna difícil sua erradicação e impõe a manutenção da sua vigilância e controle, mesmo com baixas incidências.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Impedir a transmissão dos focos naturais para humanos (prevenção primária); descobrir precocemente casos humanos (prevenção secundária) para evitar a letalidade da doença; e impedir a reintrodução da peste urbana no Brasil.

Notificação

A peste é uma doença de notificação compulsória internacional (deve ser comunicada imediatamente, pela via mais rápida, às autoridades sanitárias). A investigação é obrigatória.

Definição de caso

a) Suspeito

Todo paciente que apresentar quadro agudo de febre em área próxima a um foco natural de peste, que evolua com adenite (sintomático ganglionar); todo paciente proveniente (de 1 a 10 dias) de área com epidemia de peste pneumônica que apresenta febre e outras manifestações clínicas da doença, especialmente sintomatologia respiratória;

b) Confirmado

Todo paciente com quadro clínico de peste confirmado por diagnóstico clínico-epidemiológico ou laboratorial.

Medidas de controle

a) Focos naturais

Acompanhar a densidade da população de roedores nas habitações e peridomicílio da área pestígena. Realizar exames bacteriológicos dos roedores e das pulgas, e exames sorológicos em roedores, cães e gatos; evitar acesso dos roedores aos alimentos e abrigo; evitar picadas de pulgas em humanos; informar e orientar as populações quanto à existência de atividade pestosa na área; reduzir a população de roedores em situações especiais, antecedida pelo tratamento contra as pulgas (caso contrário, as pulgas, sem o seu alimento habitual, têm como alternativa invadir o ambiente doméstico);

b) Portos e aeroportos

Mantê-los livres de pulgas e roedores, através do tratamento com inseticidas e raticidas; examinar todas as aeronaves e navios oriundos de área com peste pneumônica; manter passageiros com quadro clínico suspeito sob vigilância; proceder a quimioprofilaxia indicada, sempre que houver algum caso de peste pneumônica em uma aeronave ou navio;

c) Vigilância de contatos

Manter sob vigilância pessoas que tiverem contato com peste pneumônica ou pulgas infectadas por 7 dias (período máximo de incubação);

d) Controle do paciente

Tratar precoce e adequadamente; notificar imediatamente o caso; manter em isolamento restrito os casos pneumônicos; eliminar as pulgas das roupas e habitação do paciente; realizar desinfecção do escarro, das secreções purulentas, dos objetos contaminados e a limpeza terminal; e manipular os cadáveres de acordo com as regras de assepsia;

e) Quimioprofilaxia de contatos

Indicada para contatos de pacientes com peste pneumônica ou para indivíduos suspeitos de terem tido contato com pulgas infectadas, nos focos da doença. Drogas utilizadas: sulfadiazina, 2 a 3g/dia, VO, divididas em 4 ou 6 vezes durante 6 dias; sulfametoxazol + trimetoprim: 400mg e 80mg, VO, respectivamente, de 12 em 12 horas, durante 6 dias; tetraciclina: 1g ao dia, durante 6 dias (crianças menores de 7 anos não podem fazer uso de tetraciclinas);

f) Desinfestação

O ambiente onde vivem os contatos deve ser desinfestado (despolido) através do uso de inseticidas. Se houver indicação de desratização, eliminar as pulgas antes, para que as mesmas não invadam o ambiente doméstico e adotar medidas de anti-ratização. Vacinas são pouco usadas por terem baixa eficácia.

57

POLIOMIELITE

CID10: A80

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Doença infecto-contagiosa viral aguda, que pode se manifestar como infecções inaparentes, quadro febril inespecífico, meningite asséptica, formas paralíticas e morte. O quadro clássico é caracterizado por paralisia flácida de início súbito. O déficit motor instala-se subitamente e a evolução dessa manifestação, freqüentemente, não ultrapassa três dias. Acomete, em geral, os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características: flacidez muscular, com sensibilidade conservada e arreflexia no segmento atingido. Apenas as formas paralíticas possuem características típicas: instalação súbita da deficiência motora, acompanhada de febre; assimetria, comprometendo sobretudo a musculatura dos membros, com mais freqüência os inferiores; flacidez muscular, com diminuição ou abolição de reflexos profundos na área paralisada; sensibilidade conservada e persistência de alguma paralisia residual (seqüela) após 60 dias do início da doença. Quando ocorre paralisia dos músculos respiratórios e da deglutição, a vida do paciente é ameaçada. As formas paralíticas são pouco freqüentes (1 a 1,6% dos casos) se comparadas às formas inaparentes da infecção (90 a 95%) dos casos.

Sinonímia

Paralisia infantil.

Agente etiológico

Poliovírus, vírus RNA, gênero Enterovírus, da família *Picornaviridae* com três sorotipos: I, II e III.

Reservatório

O homem.

Modo de transmissão

Principalmente por contato direto pessoa a pessoa, pelas vias fecal-oral (a principal) ou oral-oral. Essa última se faz através de gotículas de muco da orofaringe.

Período de incubação

Geralmente de 7 a 12 dias, podendo variar de 2 a 30 dias.

Período de transmissibilidade

Não se conhece com exatidão. O vírus é encontrado nas secreções da orofaringe após 36 a 72 horas a partir de quando a infecção se instaura e persiste por uma semana e, nas fezes, por cerca de 3 a 6 semanas.

Complicações

Seqüelas paralíticas. Parada respiratória devido à paralisia muscular.

Diagnóstico Laboratorial

Pode ser realizado por

a) Isolamento do vírus

A partir de amostras de fezes do caso ou de seus contatos. As fezes são tratadas e inoculadas em cultura de células.

b) O método de PCR (Polymerase Chain Reaction), introduzido no Brasil na década de 90

Permite a amplificação da seqüência alvo do genoma viral, em pelo menos cem mil vezes em poucas horas, aumentando consideravelmente a sensibilidade do diagnóstico viral, permitindo a identificação do tipo e origem do vírus isolado. O sequenciamento dos nucleotídeos identifica a quantidade das mutações e recombinação do vírus derivado vacinal. Para ser considerado derivado vacinal este vírus precisa apresentar mutações em $>$ ou $=$ a 1% podendo adquirir neurovirulência provocando portanto doença.

A sorologia deixou de ser feita no Brasil em virtude da grande quantidade de vacina anti-polio oral (VOP) administrada no país, que levou a maioria da população a apresentar altos títulos de Ac, para os três tipos de poliovírus, dificultando assim a interpretação dos resultados.

c) Exames inespecíficos

Líquor, útil no diagnóstico diferencial com a síndrome de Guillain-Barré e com as meningites que evoluem com deficiência motora. Na poliomielite, observa-se um discreto aumento do número de células, podendo haver um discreto aumento de proteínas. Na síndrome de Guillain-Barré, observa-se uma dissociação proteino-citológica (aumento acentuado de proteínas) e, nas meningites, um aumento do número de células, com alterações bioquímicas. A eletromiografia os achados são comuns a um grupo de doenças que afetam o neurônio motor inferior, no entanto pode contribuir para descartar a hipótese diagnóstica de poliomielite. A anatomopatologia não permite o diagnóstico de certeza, pois não há alterações específicas de poliomielite, porém as alterações histopatológicas podem ser extremamente sugestivas diante de um quadro clínico suspeito.

O *swab* retal somente é recomendado, naqueles casos de PFA que foram a óbito antes da coleta adequada de fezes (14º dia). Em crianças constipadas pode ser usado supositório de glicerina.

A amostra de fezes constitui o material mais adequado para o isolamento do vírus. Os melhores resultados de isolamento são alcançados em amostras de fezes coletadas na fase aguda da doença. A coleta deverá ser realizada até 14 dias após o início da deficiência motora. Todo caso conhecido tardiamente deverá ter uma amostra de fezes coletada até 60 dias após o início da deficiência motora.

A coleta do material deve ser feita em frasco plástico (uso universal) limpo e seco numa quantidade de 2 dedos polegares de adulto. As amostras deverão ser conservadas em freezer a -20°C até o momento do envio. Se não houver freezer conservar em refrigerador a $4-8^{\circ}\text{C}$ por no máximo 3 dias. **Não podem jamais ser congeladas.** O transporte deve ser feito em caixa térmica com gelo reciclável em quantidade suficiente para suportar o tempo do transporte até chegada ao LRR ou LRN. As amostras devem ser acondicionadas individualmente em sacos plásticos e a caixa térmica bem vedada com fita adesiva. O formulário de envio de amostra deve sempre acompanhar as amostras, acondicionadas em saco plástico para não apagar as informações contidas no formulário no caso de algum deramamento. O preenchimento deve estar completo e bem legível.

Crítérios para coleta de amostras de contatos

Coleta de comunicantes de caso com clínica compatível de poliomielite; quando houver suspeita de reintrodução da circulação do poliovírus selvagem (devido a viagens ou visitas relacionadas a áreas endêmicas). Contato de casos em que haja confirmação do vírus vacinal derivado (mutante).

Observar que os contatos não são necessariamente intradomiciliares, embora quando presentes devem ser priorizados para coleta de amostras de fezes, e que os mesmos não devem ter recebido a vacina oral contra polio (VOP) nos últimos 30 dias.

Toda e qualquer coleta de comunicantes deverá ser discutida previamente com o nível nacional.

Diagnóstico diferencial

Polineurite pós-infecciosa e outras infecções que causam paralisia: síndrome de Guillain-Barré (SGB), mielite transversa, meningite viral, meningoencefalite e outros enterovírus (ECHO, tipo 71, e coxsackie, especialmente, do grupo A, tipo 7).

Tratamento

Não há tratamento específico, mas todos os casos com manifestações clínicas devem ser internados para tratamento de suporte.

Características epidemiológicas

Esta doença foi de alta incidência no Brasil e em outros países americanos,

deixando centenas de indivíduos com seqüelas paralíticas. Em 1989, registrou-se o último caso no país, após um período de realização de grandes campanhas vacinais. Em 1994, o poliovírus selvagem foi considerado erradicado do Brasil e das Américas. Entretanto, continua circulando em outros continentes, o que impõe a manutenção de uma vigilância ativa para impedir a reintrodução do agente nas áreas erradicadas.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Detectar precocemente a reintrodução do poliovírus selvagem no território brasileiro, pela vigilância ativa das paralisias flácidas agudas, para garantir maior agilidade das medidas de prevenção e controle.

Notificação

Doença com sistema de vigilância ativa que exige a notificação compulsória e investigação das paralisias flácidas agudas (PFA).

Crítérios para inclusão de um caso no Sistema de Vigilância Epidemiológica das PFA

Deve ser investigado todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito: em pessoas menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica de poliomielite; em pessoas de qualquer idade, que apresentam hipótese diagnóstica de poliomielite.

Definição de caso

a) Confirmado: todos os pacientes com PFA em que houve isolamento de poliovírus selvagem na(s) amostra(s) de fezes do caso ou de um de seus comunicantes, independentemente de haver ou não seqüela após 60 dias do início da deficiência motora; b) Poliomielite associada à vacina: casos de PFA em que há isolamento de vírus vacinal na(s) amostra(s) de fezes e presença de seqüela compatível com poliomielite, 60 dias após o início da deficiência motora. Para que um caso seja classificado como associado à vacina, as amostras de fezes não precisam ser oportunas (coleta nos primeiros quinze dias); c) Não-poliomielite: casos de PFA com amostras de fezes adequadas (duas amostras coletadas até quatorze dias do início da deficiência motora, com intervalo mínimo de 24 horas), nos quais não houve isolamento de poliovírus. Qualquer paciente que apresenta seqüela após 60 dias do início da deficiência motora, que evolua para óbito ou de forma ignorada, deve ter suas amostras de fezes originais reexaminadas em outro laboratório da rede. Se os resultados forem negativos para poliovírus, o caso deve ser descartado; d) Pólio-compatível: casos de PFA que não tiveram coleta adequada de amostras de fezes e que apresentam seqüela aos 60 dias ou evoluíram para óbito ou de forma ignorada.

Medidas de controle

Em virtude das características de transmissão do poliovírus, silenciosa e rápida, e da ocorrência de um grande número de infecções sem manifestações clínicas, a vigilância deve ser intensificada com a finalidade de detectar a ocorrência de outros casos de PFA. A manutenção dessa vigilância deve abranger, além do local de residência do doente, as localidades visitadas nos 30 dias anteriores ao início da paralisia, em caso de viagem, como também os locais de residência de possíveis visitas recebidas no mesmo período, onde pode estar a provável fonte de infecção. Além da intensificação da vigilância, as medidas de controle compreendem: mini-inquérito, inquérito de cobertura vacinal, visita às unidades de saúde e contato com profissionais de saúde. Vacinação: a única medida eficaz para manter erradicada a circulação do poliovírus selvagem nas Américas é a vacinação, portanto deverão ser mantidas a vacinação de rotina nos serviços de saúde e as campanhas nacionais de vacinação. Vacinação de rotina: compreende as atividades realizadas de forma contínua, através dos serviços permanentes de saúde e visa assegurar, o mais precocemente possível, a imunização das crianças nascidas, para evitar a formação de bolsões populacionais suscetíveis à doença. Esquema vacinal: vacina antipólio oral (VPO-Sabin), 1ª dose aos 2 meses; 2ª dose, aos 4 meses; 3ª dose, aos 6 meses; reforço aos 15 meses. Campanhas de vacinação: as campanhas se constituem em ação complementar para a vacinação de rotina quando a rede de serviços de saúde for insuficiente para assegurar uma satisfatória cobertura de vacinação. É importante salientar que a vacina oral contra a poliomielite, aplicada em campanhas, apresenta um mecanismo de ação peculiar. A vacinação em massa produz extensa disseminação do vírus vacinal no meio ambiente, capaz de competir com a circulação do vírus selvagem, interrompendo abruptamente a cadeia de transmissão da doença. Em ambas as atividades, devem ser alcançadas coberturas vacinais altas (90%) e uniformes, nos municípios, até que se certifique que o mundo esteja livre da poliomielite. Definição de criança adequadamente vacinada: é aquela que recebeu três ou mais doses de vacina oral contra a poliomielite, com um intervalo mínimo de 30 dias entre cada dose. Indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica pós-certificação: permanecerão sendo utilizados quatro indicadores para avaliar a qualidade da vigilância epidemiológica das PFA, no período de pós-certificação: no mínimo 80% das Unidades de Notificação Negativa implantadas devem notificar semanalmente; a taxa de notificação de casos de PFA deve ser de, no mínimo, 1 caso por 100.000 habitantes menores de 15 anos; pelo menos 80% dos casos notificados devem ser investigados dentro das 48 horas posteriores à notificação; pelo menos 80% dos casos de PFA notificados devem ter duas amostras de fezes para cultivo de vírus, coletadas nas duas semanas seguintes ao início da deficiência motora.

58

PSITACOSE

CID10: A70

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Doença infecciosa aguda produzida por clamídias, que cursa com febre, prostração, tosse, cefaléia, calafrios, acompanhados de acometimento das vias aéreas superiores ou inferiores. Os pacientes acometidos podem apresentar epistaxe, esplenomegalia, sendo o quadro pulmonar compatível com o de pneumonia atípica. Ocorre, ainda, distensão abdominal, obstipação ou diarreia, delírio e lesões cutâneas sob a forma de roséolas, similares à febre tifóide. A enfermidade, em geral, é leve ou moderada no homem, podendo ser mais grave em idosos que não recebam tratamento adequado.

Sinonímia

Ornitose.

Agente etiológico

Chlamydia psittaci.

Reservatório

Os pássaros, principalmente os psitacídeos (papagaios, araras, periquitos), podendo ser acometidas outras espécies, como pombos, perus e gansos; algumas espécies de mamíferos também podem ser afetados, como caprinos e ovinos.

Modo de transmissão

Via respiratória, através da aspiração de poeira contaminada por dejetos dos animais doentes ou portadores. Apesar de rara, é possível a transmissão via respiratória, de pessoa a pessoa, na fase aguda da doença.

Período de incubação

De 1 a 4 semanas.

Período de transmissibilidade

Dura semanas ou meses.

Complicações

Pericardite, miocardite, endocardite, tromboflebite superficial, hepatites encefalopatia são complicações não muito frequentes.

Diagnóstico

Clínico-epidemiológico e sorológico, através da reação de fixação do

complemento e/ou ELISA. Títulos aumentados em quatro vezes entre a fase aguda e a convalescença, obtidos com intervalo de duas a três semanas entre cada coleta, confirmam o diagnóstico. Na presença de quadro clínico sugestivo, o achado de títulos de 1:32 pode ser considerado evidência de infecção. O isolamento do agente no sangue ou em secreções, além de cultura de tecidos, apesar de possível, é de difícil execução, requerendo laboratórios especializados para a sua realização. Ao exame radiográfico observamos uma pneumonia com infiltrados densos, bilaterais e amplos.

Diagnóstico diferencial

Pneumonia atípica causada por outras chlamydia, legionella, rickettsia ou mycoplasma, endocardite com cultura negativa. Havendo alterações cutâneas, deverá ser feito diagnóstico diferencial com febre tifóide.

Tratamento

Adultos: tetraciclina, 20 a 40mg/kg/dia, VO, de 6/6 horas, durante 14 a 21 dias. Em crianças menores de 7 anos, deve ser utilizada eritromicina, 30-40mg/kg/dia, VO, de 6/6 horas.

Características epidemiológicas

Doença de distribuição universal, ocorrendo em qualquer estação do ano. Acomete, principalmente, indivíduos que mantêm contato direto com aves e animais, a exemplo de trabalhadores em abatedouros de aves, lojas de animais ou proprietários de pássaros e outros animais domésticos, o que lhe dá um caráter de doença ocupacional nessas situações. Os surtos estão associados a locais onde existam animais confinados, como zoológicos e em situações envolvendo transporte de animais. Infecções em crianças são raras. Há relato da ocorrência da doença grave em gestante, seguida de aborto, após contato com ovelha infectada.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivo

Não se desenvolve ações específicas de vigilância epidemiológica. Os casos devem ser diagnosticados e tratados precocemente para evitar complicações e transmissão da doença.

Notificação

Não é doença de notificação compulsória e não se encontra sob vigilância epidemiológica, sendo obrigatória apenas a investigação de surtos.

Medidas de controle

a) Gerais

Educação em saúde para alertar a população sobre os riscos de exposição aos reservatórios, regulamentação da importação, criação e transporte de aves, utilização de antibioticoterapia ou quarentena desses animais, quando indicado. Vigilância dos locais de venda de animais, aviários, granjas. As aves suspeitas de fonte de infecção para o homem devem ser avaliadas por veterinário e eliminadas em caso de infecção;

b) Específicas

Desinfecção concorrente de todas as secreções. Limpeza termina;

c) Eliminação das fontes de infecção

Nos locais com aves domésticas infectadas, pode-se eliminá-las ou tratá-las e fazer a desinfecção local;

d) Investigação dos contatos

Identificação da procedência das aves infectadas. O corpo do animal acometido deve ser submetido à desinfecção antes de eliminado. Pessoas expostas à infecção devem ser observadas quanto ao desenvolvimento de febre ou outros sintomas.

59

RAIVA

CID10: A82

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

A raiva é uma moléstia infecciosa aguda, com prognóstico fatal, causada por um vírus que se propaga no sistema nervoso central, passa para as glândulas salivares, onde também se replica, dali sendo eliminado na saliva das pessoas ou animais enfermos. Penetra no organismo através de soluções de continuidade produzidas por mordeduras ou arranhaduras. Após um período variável de incubação, aparece um pródromo inespecífico de dois a quatro dias, com o paciente apresentando mal-estar geral, pequeno aumento de temperatura corpórea, anorexia, cefaléia, náuseas, dor de garganta, entorpecimento, irritabilidade, inquietude e sensação de angústia. Podem ocorrer hiperestesia e parestesia nos trajetos de nervos periféricos, próximos ao local da mordedura, e alterações de comportamento. A infecção progride, surgindo manifestações de ansiedade e hiperexcitabilidade crescentes, febre, delírios, espasmos musculares involuntários generalizados e/ou convulsões. Ocorrem espasmos dos músculos da laringe, faringe e língua, quando o paciente vê ou tenta ingerir líquido, apresentando sialorréia intensa. Os espasmos musculares evoluem para quadro de paralisia, levando a alterações cárdio-respiratórias, retenção urinária e obstipação intestinal. O paciente se mantém consciente, com período de alucinações, até a instalação do quadro comatoso e evolução para óbito. São ainda observadas disfagia, aerofobia, hiperacusia, fotofobia. O período de evolução do quadro clínico, depois de instalados os sinais e sintomas, até o óbito, varia de 5 a 7 dias.

Agente etiológico

É um vírus RNA, do gênero *Lyssavirus*, da família *Rhabdoviridae*.

Reservatório

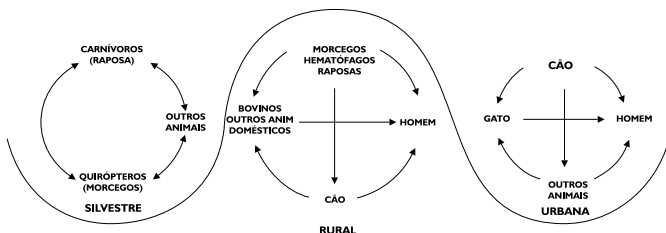
Cão, gato, morcego, raposa, coioote, chagal, gato do mato, jaritaca, guaxinim, mangusto, e macaco etc.

Modo de transmissão

A transmissão da raiva se dá pela inoculação do vírus contido na saliva do animal infectado, principalmente pela mordedura e, mais raramente, pela arranhadura e lambedura de mucosas. Existe o relato, na literatura, de oito casos de transmissão inter-humana, que ocorreram através de transplante de córnea. A via respiratória também é aventada, mas com possibilidade remota.

Período de incubação

É extremamente variável, desde dias até um ano, com uma média de 45 dias, no homem, e de 10 dias a 2 meses, no cão. Em crianças, existe uma tendência para um período de incubação menor que no indivíduo adulto. O período de incubação está intrinsecamente ligado a: localização e gravidade da mordedura, arranhadura ou lambedura de animais infectados, proximidade de troncos nervosos e quantidade de partículas virais inoculadas.



Período de transmissibilidade

Nos cães e gatos, a eliminação de vírus pela saliva se dá de 2 a 5 dias antes do aparecimento dos sinais clínicos, persistindo durante toda evolução da doença. A morte do animal ocorre, em média, entre 5 a 7 dias após a apresentação dos sintomas. Em relação aos animais silvestres, há poucos estudos sobre o período de transmissão, sabendo-se que varia de espécie para espécie. Por exemplo: especificamente os quirópteros podem albergar o vírus por longo período, sem sintomatologia aparente.

Diagnóstico diferencial

Os principais são: tétano, pasteurelose por mordedura de gato e de cão; infecção por vírus B (*Herpesvirus simiae*) por mordedura de macaco; botulismo; febre por arranhadura de gato (linforreticulose benigna de inoculação); quadros psiquiátricos; outras encefalites virais, especialmente as encefalites causadas por arbovírus existentes no meio brasileiro. Ao exame, considerar para a suspeita clínica: o facies, a hiperacusia, a hiperosmia, a fotofobia, a aerofobia, a hidrofobia e as alterações de comportamento.

Diagnóstico laboratorial

A suspeita é feita com base em dados clínicos e epidemiológicos, sendo a confirmação laboratorial. O diagnóstico laboratorial “In vivo” pode ser realizado através de imunofluorescência direta (IFD) da amostra de saliva (esfregaço), impressão de córnea (extremamente

doloroso para o paciente), raspado de mucosa lingual, tecido bulbar de folículos pilosos e biópsia de pele da nuca, sendo que, um diagnóstico negativo por estas técnicas não é definitivo, face a baixa sensibilidade desses testes. A realização de necropsia é fundamental para a confirmação diagnóstica. O diagnóstico laboratorial pós-morte é realizado em fragmentos de cérebro através das técnicas de imunofluorescência direta (IFD) e inoculação em camundongos de 21 dias. O SNC (cérebro, cerebelo e medula) deverá ser encaminhado para o laboratório, preferencialmente refrigerado, em até 24 horas, ou congelado após esse prazo. Na falta de condições adequadas de refrigeração, conservar em solução salina com glicerina a 50%, misturada em partes iguais com água destilada. **Não usar formol.**

Tratamento

O paciente deve ser atendido na unidade de saúde mais próxima, devendo ser evitada sua remoção. Quando imprescindível, ela deve ser cuidadosamente planejada. Deve-se mantê-lo em isolamento, em quarto com pouca luminosidade, evitar ruídos, proibir visitas e somente permitir a entrada de pessoal da equipe de atendimento. As equipes de enfermagem e de higiene e limpeza devem estar devidamente capacitadas para lidar com o paciente e o seu ambiente. Recomenda-se o uso de equipamentos de proteção individual. Não existe tratamento específico. Indica-se como tratamento de suporte: dieta por sonda nasogástrica; hidratação; correção de distúrbios eletrolíticos e ácido-básicos; controle de febre e do vômito; uso de beta bloqueadores na hiperatividade simpática; instalação de PVC, correção da volemia e tratamento das arritmias.

Características epidemiológicas

É uma doença cosmopolita. Está em todos os continentes mas muitos países já eliminaram o seu ciclo urbano. No Brasil, a região Sul eliminou esse ciclo. Nas outras regiões, a raiva urbana e silvestre são endêmicas, entretanto, o coeficiente de morbimortalidade vem se reduzindo gradativamente nos últimos 5 anos. Sua letalidade é de 100%. Todos os animais de sangue quente são suscetíveis à infecção pelo vírus rábico. Não se tem relato de casos de imunidade natural no homem. A imunidade é conferida através de vacinação pré e pós-exposição.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Eliminação do ciclo urbano do vírus da raiva através de campanhas de vacinação de rotina de animais; impedir a ocorrência de casos humanos através da indicação do tratamento profilático anti-rábico para indivíduos com suspeita de exposição ao vírus.

Notificação

Todo caso humano suspeito de raiva tem que ser compulsoriamente notificado, imediatamente, por telefone, aos níveis regional, central e federal.

Definição de caso

a) Caso suspeito

Todo doente que apresenta quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição ao vírus rábico;

b) Caso confirmado

Todo aquele comprovado laboratorialmente e todo indivíduo com quadro clínico compatível de **encefalite rábica associada** a antecedentes de agressão ou contato com animal suspeito, evoluindo para óbito.

Medidas de controle

- a) Prevenção da raiva transmitida em áreas urbanas, domésticas ou rurais transmitidas por animais domésticos é feita através da manutenção de altas coberturas vacinais nesses animais através de estratégias de rotina ou campanhas;
- b) A profilaxia da raiva humana é feita mediante o uso de vacinas e soro, quando os indivíduos são expostos ao vírus rábico através da mordedura, lambedura de mucosas ou arranhadura, provocada por animais transmissores da raiva. A vacinação não tem contra-indicação, devendo ser iniciada o mais breve possível para a profilaxia contra a raiva. A seguir, encontra-se o esquema para tratamento profilático anti-rábico humano.

ESQUEMA PARA TRATAMENTO PROFILÁTICO ANTI-RÁBICO HUMANO

Condições do animal Agressor Natureza da exposição	Clinicamente sadio (cão e gato)	Raivoso, suspeito, desaparecido, silvestre e outros animais domésticos
Contato Indireto Manipulação de utensílios contaminados	Não tratar. Lavar com água e sabão.	Não tratar. Lavar com água e sabão.
Acidentes Leves Arranhadura Lambadura em pele Mordedura única e superficial em tronco ou membros (com exceção das mãos)	Observar o animal durante 10 dias após a exposição. 1) Se o mesmo permanecer sadio, encerrar o caso. 2) Se o animal adoecer, morrer ou desaparecer durante o período de observação, aplicar o tratamento: 1 (uma) dose diária de vacina até completar 7 (sete), mais 2 (duas) doses de reforço, sendo a primeira no 10 ^o dia e a segunda no 20 ^o dia após a última dose da série. Esquema: 7 + 2	Iniciar, o mais precoce possível, o tratamento com 1 (uma) dose diária de vacina até completar 7 (sete) mais 2 (duas) doses de reforço, uma no 10 ^o dia e outra no 20 ^o dia após a última dose da série. Esquema: 7 + 2
Acidentes Graves Lambadura em mucosa Mordedura em cabeça, pescoço e mãos Mordedura múltipla e/ou Profunda em qualquer parte do corpo Arranhadura profunda provocada por gato	Iniciar o tratamento o mais precoce possível com: 1 (uma) dose da vacina nos dias 0, 2 e 4, contados a partir do primeiro dia da vacina. Se o animal estiver sadio no 5o dia, interromper o tratamento e continuar a observação do animal até o 10o dia da exposição. Permanecendo sadio, encerrar o caso. Se o animal adoecer, morrer ou desaparecer durante o período de observação, aplicar soro e vacina: completar a vacinação para 10 (dez) doses e mais 3 (três) doses de reforço no 10o, 20o e 30o dia após a última dose da série.	Iniciar o tratamento com soro e 1 (uma) dose diária de vacina até completar 10 (dez), mais 3 (três) doses de reforço, sendo a primeira no 10o dia, a segunda no 20o e a terceira no 30o dia após a última dose da série. Esquema: Soro e 10 + 3

Obs: Nas agressões por morcegos, deve-se proceder à soro-vacinação, salvo nos casos em que o paciente relate tratamento anterior. Nesse último caso não se indicará soro.

60

RUBÉOLA

CID10: B06

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Doença exantemática viral aguda, caracterizada por exantema máculo-papular, que se inicia na face, couro cabeludo e pescoço, espalhando-se para o tronco e membros. Apresenta febre baixa e linfadenopatia generalizada, principalmente suboccipital, pós-auricular e cervical posterior, geralmente precedendo o exantema, em 5 a 10 dias. Adolescentes e adultos podem apresentar poliartralgia, poliartrite, conjuntivite, coriza e tosse.

Agente etiológico

Vírus RNA, gênero Rubivírus, família *Togaviridae*.

Reservatório

O homem.

Modo de transmissão

Direto, através do contato com secreções nasofaríngeas de pessoas infectadas.

Período de incubação

De 14 a 21 dias, com duração média de 17 dias, podendo variar de 12 a 23 dias.

Período de transmissibilidade

De 5 a 7 dias antes do início do exantema e de 5 a 7 dias após.

Diagnóstico

Clínico, laboratorial e epidemiológico. A leucopenia é um achado frequente. O diagnóstico laboratorial é realizado por meio da sorologia para detecção de anticorpos IgM específicos para rubéola, desde o início até o 28º dia após o exantema. A sua presença indica infecção recente. A detecção de anticorpos IgG ocorre, geralmente, após o desaparecimento do exantema, alcançando pico máximo entre 10 e 20 dias, permanecendo detectáveis por toda a vida. São utilizadas as seguintes técnicas: inibição da hemaglutinação, que apesar do baixo custo e simples execução, seu uso vem sendo substituído por outras técnicas mais sensíveis, como aglutinação do látex, imunofluorescência, hemaglutinação passiva, ensaio imunoenzimático (ELISA). Os laboratórios de referência para o diagnóstico da rubéola, realizam de rotina, somente a pesquisa de anticorpos IgM, pelo método ELISA, no caso de rubéola pós-natal.

Coletar uma amostra de sangue no primeiro contato com o caso suspeito.

As amostras de sangue coletadas após 28 dias são consideradas tardias, mas mesmo assim, devem ser aproveitadas e encaminhadas ao laboratório de referência estadual para a realização da pesquisa de IgM. É importante ressaltar que resultados não reagentes para IgM não descartam a possibilidade de infecção recente pelo vírus da rubéola.

Interpretação dos resultados do exame sorológico

RUBÉOLA PÓS-NATAL (EXCETO GESTANTE)

Coleta da amostra	Resultado	Classificação do caso
Até 28 dias	IgM +	Confirmar o caso
	IgM -	Descartar o caso
Após 28 dias	IgM +	Confirmar o caso
	IgM -	Embora não se possa afirmar que não houve infecção recente, descartar o caso

A conduta para gestante é diferenciada

RUBÉOLA EM GESTANTE SINTOMÁTICA

Coleta da amostra	Resultado	Classificação do caso
Do 1º ao 4º dia	IgM +	Confirmar o caso
	IgM -	Realizar pesquisa de IgG
	IgG +	Descartar o caso
	IgG -	Colher 2ª amostra após 7 a 21 dias da 1ª
Do 5º ao 28º dia	IgM +	Confirmar o caso – acompanhar
	IgM -	Descartar o caso
Após 28 dias	IgM +	Confirmar o caso
	IgM -	Não se pode afirmar que não houve infecção, realizar IgG
	IgG +	Confirmar o caso
	IgG -	Descartar o caso

GESTANTE ASSINTOMÁTICA CONTATO DE RUBÉOLA

Coleta da amostra	Resultado	Classificação do caso
Até 27 dias	IgM +	Acompanhar - RN suspeito de SRC
	IgM -	Realizar pesquisa de IgG
	IgG +	Gestante não suscetível
	IgG -	Colher 2ª amostra entre a 4ª e 6ª semanas (29 a 42 dias) após o contato
	2ª amostra	
	IgM +	Acompanhar - RN suspeito de SRC
Entre 28 e 42 dias	IgM -	Vacinar após o parto
	IgM +	Acompanhar – RN suspeito de SRC
	IgM -	Realizar pesquisa de IgG
Após 42 dias	IgM +	Acompanhar – RN suspeito de SRC
	IgM -	Realizar pesquisa de IgG
	IgG +	Não se pode afirmar que houve infecção. Acompanhar RN suspeito de SRC
	IgG -	Vacinar após o parto

Não existem indicações para solicitar e realizar exame de rotina no pré-natal para rubéola em gestantes. Caso seja necessário ser feito o exame e a gestante além de ser assintomática, não tenha história de contato prévio com alguma doença exantemática e não apresente registro da vacina na carteira de vacinação, deverá ser realizada a pesquisa de IgG que sendo negativa orienta vacinação pós-natal e sendo positiva indica imunidade.

O material a ser colhido é o sangue venoso sem anticoagulante na quantidade de 5 a 10 ml. Quando se tratar de criança muito pequena e não for possível coletar o volume estabelecido, obter no mínimo 3 ml. Após a separação do soro, conservar o tubo em refrigerador a 4°- 8°C, por no máximo 48 hs.

O tubo deve ser acondicionado em embalagem térmica ou caixa de isopor com gelo ou gelox e enviado ao laboratório num prazo máximo de 2 dias. Caso não possa ser enviado neste período conservar a amostra no freezer a -20°C até o momento do envio ao laboratório que deverá ser num prazo máximo de 5 dias.

Para o **isolamento viral** a secreção nasofaríngea é o melhor material. Deve ser coletada através de uma sonda nasofaríngea por aspiração à vácuo após instilação nasal de 3 a 5 ml de solução salina. O *swab* também pode ser usado. Devem ser realizadas tres amostras, uma amostra em cada narina e uma da garganta friccionando para obter células de mucosa, uma vez que o vírus está estreitamente associado as células. Colocar os 3 *swab* em um tubo contendo meio de transporte fornecido pelo laboratório. Este tubo pode ser conservado em geladeira por 24-48 hs. Não podem ser congelados. Enviar em gelo recicláveis ao LACEN estadual. No LACEN colocar a SNF em freezer -70°C. Encaminhar a amostra ao LRN – FIOCRUZ em gelo seco.

Critérios para a coleta de espécimes para isolamento viral

Surtos de rubéola independente da distância do laboratório central estadual.

Deve obedecer ao critério de 5 a 10 casos suspeitos por área geográfica, em situações de surtos ou epidemias.

O período da coleta do material deve ser até o 5º dia do aparecimento do exantema, (preferencialmente nos três primeiros dias do início do exantema).

Tratamento

De suporte.

Características epidemiológicas

Distribuição universal, com maior frequência no final do inverno e início da primavera. Observa-se a ocorrência de epidemias cíclicas, a depender da existência de suscetíveis. Nas populações não imunizadas, a rubéola pós-natal ocorre com frequência em crianças de 5 a 9 anos, sendo uma doença benigna e com baixa letalidade, atingindo também adolescentes e adultos.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivo

Imunizar a população, visando evitar a ocorrência de novos casos de síndrome da rubéola congênita.

Notificação

Doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória.

Definição de caso

Rubéola pós-natal:

a) Suspeito

Toda pessoa com febre, exantema máculopapular e linfadenopatia que o profissional de saúde suspeite do diagnóstico de rubéola, independentemente da situação vacinal;

b) Confirmado

Por um dos seguintes critérios:

- 1) Indivíduo com exame laboratorial positivo para IgM;
- 2) Vínculo epidemiológico a caso confirmado laboratorialmente no período de 12 a 23 dias do aparecimento dos sintomas;
- 3) Clínico: quando houver suspeita clínica, sem coleta de sangue para sorologia;
- 4) Falta de acompanhamento: caso suspeito sem realização ou conclusão de investigação epidemiológica e exames laboratoriais;
- 5) Descartado: quando o exame sorológico for negativo para pesquisa de IgM do 1º ao 4º dia ou após o 28º dia do início do exantema; ou tiver vínculo epidemiológico e clínica compatível com outra doença exantemática.

Medidas de controle

Para diminuir a circulação do vírus da rubéola e, conseqüentemente, a prevenção adequada da SRC, devem ser mantidas altas coberturas vacinais homogêneas com a vacina tríplice viral.

a) Esquema vacinal básico

A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) está recomendada na rotina, a partir dos 12 meses de idade;

b) Vacinação de bloqueio

Apesar da vacinação de exposto ao risco não prevenir a doença, recomenda-se vacinação seletiva com o objetivo de aproveitar a oportunidade para vacinar os contatos suscetíveis. Contra-indicada a vacinação em gestantes; as mulheres vacinadas devem ser aconselhadas a evitar gestação no 1º mês seguinte à vacinação;

c) Comunicantes

Gestantes expostas devem ser avaliadas sorologicamente, acompanhadas e orientadas, quando necessário (vide capítulo da Síndrome da Rubéola Congênita);

d) Isolamento

Crianças e adultos com rubéola pós-natal devem ser afastados de atividades habituais durante o período de transmissibilidade. Gestantes suscetíveis devem ser afastadas do contato com casos e comunicantes, durante o período de transmissibilidade e incubação da doença. Pessoas hospitalizadas: isolamento de contato.

61

SARAMPO

CID10: B05

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Doença infecciosa aguda, de natureza viral, transmissível e extremamente contagiosa, muito comum na infância. A viremia decorrente da infecção provoca uma vasculite generalizada, responsável pelo aparecimento das diversas manifestações clínicas. A evolução apresenta três períodos bem definidos: a) Período prodrômico ou catarral: tem duração de 6 dias; no início da doença surge febre, acompanhada de tosse produtiva, corrimento seromucoso do nariz e dor nos olhos, conjuntivite e fotofobia. Os linfonodos estão pouco aumentados na região cervical e, algumas vezes, os intra-abdominais dão reações dolorosas no abdome. Nas últimas 24 horas do período, surge na altura dos pré-molares, na região gemiana, o sinal de Koplik - pequenas manchas brancas com halo-eritematoso, consideradas sinal patognomônico do sarampo; b) Período exantemático: ocorre a acentuação de todos os sintomas já descritos, com prostração importante do paciente e surgimento do exantema característico. O rash exantemático é máculo-papular, de cor avermelhada, com distribuição em sentido céfalo-caudal. No primeiro dia, surge na região retro-articular e face; no tronco, no segundo dia; e no terceiro dia, nas extremidades, persistindo por 5-6 dias; c) Período de convalescença ou de descamação furfurácea: as manchas tornam-se escurecidas e aparecem descamações finas, lembrando farinha, daí o nome furfurácea.

Agente etiológico

Vírus do sarampo, RNA, pertencente ao gênero *Morbillivirus*, família *Paramyxoviridae*.

Reservatório e fonte de infecção

O homem.

Modo de transmissão

É transmitido diretamente de pessoa a pessoa, através das secreções nasofaríngeas, expelidas ao tossir, espirros, falar ou respirar.

Período de incubação

Geralmente dura 10 dias (variando de 7 a 18 dias), desde a data da exposição até o aparecimento da febre, e cerca de 14 dias até o início do exantema.

Período de transmissibilidade

É de 4 a 6 dias antes do aparecimento do exantema, até 4 dias após. O

período de maior transmissibilidade ocorre 2 dias antes e 2 dias após o início do exantema. O vírus vacinal não é transmissível.

Complicações

Pneumonias, encefalites, otites médias, laringites, larinfotraqueobronquites, diarréias, dentre outras.

Diagnóstico

Clínico, laboratorial e epidemiológico. No momento atual com a diminuição da prevalência, o laboratório é de fundamental importância, tornando-se imprescindível o exame de todos os casos suspeitos. É realizado por meio da sorologia para detecção de Ac específicos. É imprescindível a coleta de espécimes clínicos para o isolamento viral a fim de conhecer o genotipo do vírus, principalmente nos casos importados. Necessário, portanto, assegurar logo no primeiro atendimento de um caso suspeito, a coleta de sangue para sorologia e de urina para isolamento viral. As técnicas utilizadas no diagnóstico laboratorial para a detecção de Ac são:

- a) (EIE/ELISA) Ensaio imunoenzimático para dosagem de IgM e IgG;
- b) (HI) Inibição da hemaglutinação para dosagem de Ac totais;
- c) Imunofluorescência para dosagem de IgM e IgG e d) Neutralização em placa. Todos os testes têm sensibilidade e especificidade entre 85 a 100%. No Brasil a rede de laboratórios de saúde pública de referência para o sarampo utiliza somente a técnica de ELISA para detecção de IgM e IgG.

A amostra de sangue do caso suspeito deve ser colhida sempre no primeiro atendimento entre o 1º e o 28º dia do aparecimento do exantema. Os resultados IgM+ ou indeterminado independente da suspeita devem ser comunicados imediatamente a VE estadual para a realização da reinvestigação e da coleta da segunda amostra de sangue que é obrigatória e que deverá ser realizada entre 2-3 semanas após a data da primeira coleta. O Isolamento do vírus em cultura de células, pode ser realizado a partir de material colhido na orofaringe (até o 3º dia), sangue ou urina (até o 7º dia), a partir do início do exantema.

Os Ac específicos da classe IgM podem ser detectados no sangue, na fase aguda da doença, desde os primeiros dias até quatro semanas após o aparecimento do exantema. A presença de Ac IgM indica infecção recente pelo vírus do sarampo. Os Ac específicos da classe IgG também podem aparecer na fase aguda da doença, desde os primeiros dias e geralmente são detectados muitos anos após a infecção.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DOS EXAMES SOROLÓGICOS**AMOSTRA S1**

Coleta oportuna da amostra	Resultado da Sorologia	Classificação do Caso
Amostra colhida no período oportuno (até 28 dias do início do exantema)	Reagente ou positiva para IgM	Coletar a 2ª amostra (obrigatória)
	Não Reagente ou negativa para IgM	Descartar o caso de sarampo
	Inconclusiva	Coletar a 2ª amostra (obrigatória)

Coletar uma 2ª amostra de sangue: esta deverá ser coletada de 2 – 3 semanas após a coleta da 1ª amostra (verificar a data da coleta de S1 para análise dos resultados). Estas duas amostras deverão ser testadas simultaneamente na mesma placa, no LACEN e enviado a FIOCRUZ (RJ). Testar também IgM na S2.

O material a ser colhido é o sangue venoso sem anticoagulante na quantidade de 5 a 10 ml. Quando se tratar de criança muito pequena e não for possível coletar o volume estabelecido, obter no mínimo 3 ml. Após a separação do soro, conservar o tubo em refrigerador a 4°- 8°C, por no máximo 48 hs. O tubo deve ser acondicionado em uma estante que é colocada em uma embalagem térmica ou caixa de isopor com gelo ou gelox e enviado ao laboratório num prazo máximo de 2 dias. Caso não possa ser enviado neste período conservar a amostra no freezer a -20°C até o momento do envio ao laboratório que deverá ser num prazo máximo de 5 dias.

Para o isolamento viral: colher sangue total com anticoagulante 4 a 10 ml; secreção de nasofaringe: com uma sonda nasofaríngea instila no nariz 3 a 5 ml de solução salina e em seguida aspira o máximo de quantidade que for possível. O mais fácil no entanto é a coleta de urina que é feita na quantidade de 15 a 100 ml em frasco estéril. Deve ser colhida a primeira urina da manhã, de preferência o jato médio e nos 3 primeiros dias do aparecimento do exantema podendo a coleta ser feita até o 5º dia para o sangue e as secreções nasofaríngeas, e o 7º dia para urina.

Critérios para coleta de material para isolamento viral:

Casos importados independente da suspeita e do país de origem, na ocorrência de surtos de sarampo independente da distância do LACEN do estado, na ocorrência de surtos de doenças exantemáticas, casos com resultado IgM + ou indeterminado para o sarampo, observando o período de coleta.

Diagnóstico diferencial

Doenças exantemáticas febris agudas: rubéola, exantema súbito, dengue, enterovirose, escabiose e sífilis secundária, evento adverso à vacina.

Tratamento

O tratamento é sintomático, podendo ser utilizados antitérmicos, hidratação oral, terapia nutricional com incentivo ao aleitamento materno e higiene adequada dos olhos, da pele e das vias aéreas superiores. As complicações bacterianas do sarampo são tratadas especificamente com antibióticos adequados para o quadro clínico e, se possível, com a identificação do agente bacteriano. Nas populações onde a deficiência de vitamina A é um problema reconhecido, a OMS e o UNICEF recomendam o uso de uma dose elevada e única de vitamina A nas pessoas acometidas pelo sarampo e suas complicações, nos indivíduos com imunodeficiências, com evidência de xerofthalmia, desnutrição e problemas de absorção intestinal. A suplementação de vitamina A é indicada na seguinte dosagem:

- a) Crianças de 6 a 12 meses: 100.000UI, VO, em aerossol;
- b) Crianças de 1 ano ou mais: 200.000UI, VO, em cápsula ou aerossol. Quando se detectar xerodermia, repetir a dose de Vitamina A, no dia seguinte.

Características epidemiológicas

Doença de distribuição universal, endêmica nos grandes conglomerados urbanos podendo produzir epidemias a cada 2 ou 4 anos, quando a cobertura vacinal é baixa. A distribuição geográfica do sarampo depende da relação do grau de imunidade e suscetibilidade da população e da circulação do vírus na área. Atualmente, no Brasil, a incidência encontra-se bastante reduzida em virtude das atividades do Programa de Erradicação dessa doença. Em 1991, foram notificados 42.532 casos, representando um coeficiente de incidência de 29,1 por 100 mil habitantes. Em 1992, com a implantação do referido Programa, duas estratégias foram priorizadas: a realização da Campanha Nacional de Vacinação Contra o Sarampo e a implementação das ações de Vigilância Epidemiológica. Com isso ocorreu significativa redução do número de notificações (7.934 casos, em 1992). No ano de 1993, a doença permaneceu sob controle, tendo sido notificados 6.814 casos. A seguir, foram notificados 4.934, 4.792 e 4.786 casos, em 1994, 1995 e 1996, respectivamente. O sarampo recrudescer em 1997, praticamente em todo o país, sobretudo em São Paulo e algumas cidades do Nordeste. Essa epidemia caracterizou-se pelo deslocamento da faixa etária para menores de 9 meses de

idade e no grupo de 20 a 30 anos. Em 1998 e 1999, a situação voltou a ser controlada em virtude das intensificações vacinais que estão sendo executadas nos estados.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivo

Desenvolver atividades de vacinação de rotina, em massa, e de vigilância ativa da doença, visando a sua erradicação.

Notificação

Doença de notificação compulsória nacional e de investigação epidemiológica obrigatória imediata.

Definição de caso

a) Suspeito

Todo paciente que, independente da idade e da situação vacinal, apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite;

b) Confirmado

Todo paciente considerado como caso suspeito e que foi comprovado como um caso de sarampo, a partir de, pelo menos, um dos seguintes critérios:

1) Laboratorial

Exame “reagente” ou “positivo para IgM”, indicando infecção recente pelo vírus do sarampo;

2) Vínculo epidemiológico

Paciente que em um período máximo de sete a 18 dias teve contato com um ou mais casos de sarampo confirmados pelo laboratório; ou com exame laboratorial “não reagente” ou “negativo para IgM” em amostra de sangue colhida precocemente (1º e 3º dia a partir do aparecimento do exantema) mas que teve contato com um ou mais casos de sarampo confirmados pelo laboratório (dentro de um período de sete a 18 dias antes do aparecimento dos sinais e sintomas);

3) Clínico

Quando se fez a suspeita clínica mas não houve coleta de amostra para sorologia; ou resultado do exame laboratorial é inconclusivo; ou não foi investigado, isto é, faltou acompanhamento; ou evoluiu para óbito sem a realização de qualquer exame laboratorial;

c) Descartado

Todo paciente que foi considerado como caso suspeito e não foi comprovado como um caso de sarampo, a partir de, pelo menos, um dos critérios acima definidos.

Medidas de controle

Todos os países das Américas estão desenvolvendo ações no sentido de erradicar esta virose. As principais atividades são:

a) Vacinação

Principal medida de controle do sarampo. Esquema básico: uma dose da vacina anti-sarampo a partir dos 9 meses, dose adicional a partir dos 12 meses (preferencialmente aos 15 meses, junto com o reforço da tríplice bacteriana (DTP) e da Sabin ou com a tríplice viral (sarampo, rubéola, caxumba), também aos 15 meses. Em situação com alto risco de infecção (suspeita de surtos ou contatos intra-familiares com caso suspeito), a vacina deverá ser administrada em todas as faixas etárias. Via de administração: a vacina contra o sarampo é administrada por via sub-cutânea, de preferência na face externa da parte superior do braço (região deltóide), podendo também ser administrada na região glútea (quadrante superior externo). Falsas contra-indicações: não constituem contra-indicações à vacinação de Sarampo: alergia e intolerância, que não sejam de natureza anafilática à ingestão de ovo; contato íntimo com pacientes imunodeprimidos; vacinação recente com a vacina oral contra a poliomielite; exposição recente ao sarampo. Situações em que se recomenda o adiamento da vacinação: tratamento com imunodepressores (corticoterapia, quimioterapia, radioterapia etc.). Adiar até 3 meses após a suspensão de seu uso, pela possível inadequação da resposta; vigência de doença aguda febril grave, atribuída ou confundida com possíveis efeitos adversos da vacina;

b) Investigação epidemiológica

- A investigação dos casos suspeitos de sarampo tem como objetivo: obter informações detalhadas e uniformes para todos os casos, através do preenchimento da ficha epidemiológica;
- Visitar imediatamente o domicílio para coleta de sangue, complementar dados da ficha; identificar outros possíveis casos suspeitos realizando extensa busca ativa;
- Apraziar e realizar a revisita para avaliar a evolução do caso;
- Classificar o caso conforme os critérios estabelecidos;

- E avaliar a cobertura vacinal e desencadear imediatamente as ações de controle:

Bloqueio vacinal

A partir de todo caso suspeito, abrangendo as pessoas do mesmo domicílio, vizinhos, creches, salas de aula, alojamentos, sala de trabalho etc;

Operação limpeza

Deve ser realizada a partir de todo caso confirmado, devendo ser ampliado para a vizinhança, bairro ou até município conforme avaliação realizada. Tanto para o bloqueio, como para a operação limpeza, a faixa etária prioritária para a sua realização deverá ser de 6 meses a 39 anos de idade;

Isolamento de casos

O isolamento domiciliar ou hospitalar dos casos pode diminuir a intensidade dos contágios. Deve-se evitar, principalmente, a frequência a escolas ou creches, agrupamentos, ou qualquer contato com pessoas suscetíveis, até 4 dias após o início do período exantemático, entretanto, deve haver a vigilância dos contatos por um período de 7 a 18 dias.

62

SHIGELOSE

CID10: A03

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Infecção bacteriana de expressão clínica pleomórfica, que pode se manifestar através de formas assintomáticas ou sub-clínicas, ou formas graves e tóxicas. Nas formas graves, a shigelose é doença aguda toxêmica, caracterizada por febre, diarréia aquosa, que pode ser volumosa e com dor abdominal. Esta tem característica de cólica difusa, geralmente precedendo a diarréia, que se constitui no sintoma mais freqüente, presente em cerca de 90% dos casos. De 1 a 3 dias após, as fezes se tornam mucossangüinolentas, a febre diminui e aumenta o número de evacuações, geralmente de pequeno volume e freqüentes, com urgência fecal e tenesmo (colite exsudativa). Além da febre alta, outras manifestações podem estar presentes, tais como: anorexia, náuseas, vômitos, cefaléia, calafrios, estados totêmicos, convulsões e sinais meningíticos. Ao exame físico, pode-se observar hipertermia, desidratação, hipotensão, dor à palpação abdominal e ruídos hidroaéreos exacerbados. Nas formas leves ou moderadas, a shigelose pode se manifestar apenas por diarréia aquosa, sem aparecimento de fezes disentéricas.

Sinonímia

Disenteria bacilar clássica.

Agente etiológico

Bactérias gram negativas do gênero *Shigella*, constituídas por quatro espécies *S. dysenteriae* (grupo A), *S. flexneri* (grupo B) *S. boydii* (grupo C) e *S. sonnei* (grupo D).

Reservatório

Trato gastrointestinal do homem, água e alimentos contaminados.

Modo de transmissão

A infecção é adquirida pela ingestão de água contaminada ou de alimentos preparados com água contaminada. Também está demonstrado que as Shigelas podem ser transmitidas por contato pessoal.

Período de incubação

Variam de 12 a 48 horas.

Diagnóstico

Clínico, epidemiológico e laboratorial. Esse último é feito pela semeadura das fezes do paciente em meios de cultura, como Mac Conckey e SS,

com posterior identificação das colônias suspeitas por meio de provas bioquímicas e sorológicas, destacando-se a excelência dos métodos imunoenzimáticos e o PCR para realização do RX.

Diagnóstico diferencial

Gastroenterites virais e salmonelose.

Complicações

As complicações neurológicas (convulsão, meningismo, encefalopatias, letargia, alucinações, cefaléia, confusão mental etc.) constituem as manifestações extra-intestinais mais freqüentes da shigelose, ocorrendo mais em crianças que em adultos. Outras complicações: sepse, peritonite secundária à perfuração intestinal, SRA, SHU e hemorragia digestiva, pneumonia, conjuntivite, uveíte, prolapso retal, osteomielite, artrite séptica e S. de Reiter.

Tratamento

Semelhante ao indicado para todos os tipos de diarreias. Reidratação oral (SRO), que simplificou o tratamento, pois se sabe que o esquema de tratamento adequado independe do diagnóstico etiológico, já que o objetivo da terapêutica é reidratar ou evitar a desidratação. Esse esquema não é rígido, administrando-se líquidos e o SRO de acordo com as perdas. Se houver **sinais de desidratação**, administrar o SRO de acordo com a sede do paciente. Inicialmente, a criança deve receber de 50 a 100ml/Kg, no período de 4 a 6 horas; as crianças amamentadas devem continuar recebendo leite materno, junto com SRO. Se o paciente vomitar, deve-se reduzir o volume e aumentar a freqüência da administração; manter o paciente na unidade de saúde até a reidratação; o uso de sonda nasogástrica-SNG é indicado apenas em casos de perda de peso após as 2 primeiras horas de tratamento oral e em face a vômitos persistentes, distensão abdominal com ruídos hidroaéreos presentes ou dificuldade de ingestão. Nesses casos, administrar 20 a 30ml/Kg/hora de SRO. Só é indicada a **hidratação parenteral** quando houver alteração da consciência, vômitos persistentes (mesmo com uso de sonda nasogástrica) e íleo paralítico. Nos casos graves em que houver indicação de uso de antimicrobianos (que pode ser feito independente de comprovação por coprocultura e antibiograma), utiliza-se sulfametoxazol (50mg/kg/dia) + trimetoprim (10/mg/kg/dia), em 2 tomadas diárias, de 12/12 horas, durante 5 a 7 dias. No caso de resistência bacteriana, utiliza-se as quinolonas (essas são contra-indicadas em gestantes e crianças).

Características epidemiológicas

A frequência das infecções por *Shigella* aumenta com a idade da criança. No Brasil, a prevalência dessa bactéria é de 8 a 10% em crianças com menos de um ano de idade e de 15 a 18% em crianças com mais de 2 anos. Os índices de prevalência nos adultos são semelhantes aos encontrados em crianças com mais de dois anos.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivo

Monitorar a sua incidência, visando a realização de intervenções em surtos e a manutenção de atividades de educação em saúde com o propósito de diminuir sua frequência e letalidade.

Notificação

Não é doença de notificação compulsória. Entretanto, como explicitado no capítulo das doenças diarréicas agudas, tem-se instituído o monitoramento das diarréias através de sistemas de notificações sentinelas.

Definição de caso

Indivíduo que apresentar fezes cuja consistência revele aumento do conteúdo líquido (pastosas, aquosas, que podem ser mucossangüinolentas), com aumento do número de dejeções diárias e duração inferior a 2 semanas. A confirmação é feita através de culturas agente.

Medidas de controle

Melhoria da qualidade da água, destino adequado de lixo e dejetos, controle de vetores, higiene pessoal e alimentar. Educação em saúde, particularmente em áreas de elevada incidência. Locais de uso coletivo, tais como colégios, creches, hospitais, penitenciárias, que podem apresentar riscos maximizados quando as condições sanitárias não são adequadas, devem ser alvo de orientações e campanhas específicas. Ocorrências em crianças de creches devem ser seguidas de isolamento entérico, além de reforçadas as orientações às manipuladoras de alimentos e às mães. Considerando a importância das causas alimentares na diarréia das crianças menores de um ano, é fundamental o incentivo ao prolongamento do tempo de aleitamento materno, prática essa que confere elevada proteção a esse grupo populacional.

63

SÍFILIS CONGÊNITA

**CID10:
A50 A A53**

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

Sífilis adquirida

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, provocadas por uma espiroqueta. A evolução da sífilis é dividida em recente e tardia. A transmissão da sífilis adquirida é sexual e na área gênitó-anal, na quase totalidade dos casos. Na sífilis congênita, há infecção fetal via hematogênica, em geral a partir do 4o mês de gravidez.

Sífilis adquirida recente

Essa forma compreende o primeiro ano de evolução, período de desenvolvimento imunitário na sífilis não-tratada e inclui sífilis primária, secundária e latente. A sífilis primária caracteriza-se por apresentar lesão inicial denominada cancro duro ou protossifiloma, que surge em 1 a 2 semanas, ocorrendo adenite satélite. O cancro duro, usualmente, desaparece em 4 semanas, sem deixar cicatrizes. As reações sorológicas para sífilis tornam-se positivas entre a 2ª e a 4ª semanas do aparecimento do cancro. A sífilis secundária é marcada pela disseminação dos treponemas pelo organismo. Suas manifestações ocorrem de 4 a 8 semanas do aparecimento do cancro. A lesão mais precoce é constituída por exantema morbiliforme não pruriginoso: a roséola. Posteriormente, podem surgir lesões papulosas palmo-plantares, placas mucosas, adenopatia generalizada, alopecia em clareira e os condilomas planos. As reações sorológicas são sempre positivas. No período de sífilis recente latente, não existem manifestações visíveis, mas há treponemas localizados em determinados tecidos. Assim, o diagnóstico só é obtido pelas reações sorológicas. Pode ocorrer com frequência polimicro-adenopatia, particularmente de linfonodos cervicais, epitrocleanos e inguinais.

Sífilis adquirida tardia

É considerada tardia após o primeiro ano de evolução e ocorre em doentes que não receberam tratamento adequado ou que não foram tratados. Suas manifestações clínicas surgem depois de um período variável de latência e compreendem as formas cutânea, óssea, cardiovascular, nervosa e outras. As reações sorológicas são positivas. A sífilis tardia cutânea caracteriza-se por lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo. Na sífilis óssea, pode haver osteíte gomosa, periostite osteíte esclerosante, artralguas, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares. O quadro mais freqüente de comprometimento car-

diovascular é a aortite sífilítica (determinando insuficiência aórtica), aneurisma e estenose de coronárias. A sífilis do sistema nervoso é assintomática ou sintomática com as seguintes formas: meningo-vascular, meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, crise epileptiforme, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par, paralisia geral e tabes dorsalis.

Sífilis congênita

É conseqüente à infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, por via placentária. A transmissão faz-se no período fetal a partir de 4 a 5 meses de gestação. Antes dessa fase, a membrana celular das vilosidades coriais parece constituir obstáculo intransponível para o treponema. Após sua passagem transplacentária, o treponema ganha os vasos do cordão umbilical e se multiplica rapidamente em todo o organismo fetal.

Sífilis congênita precoce

É aquela em que as manifestações clínicas se apresentam logo após o nascimento ou pelo menos durante os primeiros 2 anos. Na maioria dos casos, estão presentes já nos primeiros meses de vida. Assume diversos graus de gravidade, sendo sua forma mais grave a sepsis maciça com anemia intensa, icterícia e hemorragia. Apresenta lesões cutâneo-mucosas, como placas mucosas, lesões palmo-plantares, fissuras radiadas periorificiais e condilomas planos anogenitais; lesões ósseas, manifestas por periostite e osteocondrite, lesões do sistema nervoso central e lesões do aparelho respiratório, hepatoesplenomegalia, rinites sanguinolentas, pseudo-paralisia de Parrot (paralisia dos membros), pancreatite e nefrite.

Sífilis congênita tardia

É a denominação reservada para a sífilis que se declara após o segundo ano de vida. Corresponde, em linhas gerais, à sífilis terciária do adulto, por se caracterizar por lesões gomosas ou de esclerose delimitada a um órgão ou a pequeno número de órgãos: fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, tríada de Hutchinson (dentes de Hutchinson + cenatite intersticial + lesão do VIII par de nervo craniano), nariz em sela e tibia em lâmina de sabre.

Sinonímia

Lues, doença gálica, lues venérea, mal gálico, sífilose, doença britânica, mal venéreo, peste sexual.

Agente etiológico

Treponema pallidum, um espiroqueta de alta patogenicidade.

Reservatório

O homem.

Modo de transmissão

Da sífilis adquirida é sexual, na área genital, em quase todos os casos. O contágio extragenital é raro. Na sífilis congênita, há infecção fetal por via hematogênica, em geral a partir do 4º mês de gravidez. A transmissão não sexual da sífilis é excepcional, havendo poucos casos por transfusões de sangue e por inoculação acidental.

Período de incubação

Geralmente, de 1 a 3 semanas.

Diagnóstico

Clínico, epidemiológico e laboratorial. A identificação do *Treponema pallidum* confirma o diagnóstico. A microscopia de campo escuro é a maneira mais rápida e eficaz para a observação do treponema, que se apresenta móvel. O diagnóstico sorológico baseia-se fundamentalmente em reações não treponêmicas ou cardiolipínicas e reações treponêmicas. A prova de escolha na rotina é a reação de VDRL, que é uma microaglutinação que utiliza a cardiolipina. O resultado é dado em diluições, e esse é o método rotineiro de acompanhamento da resposta terapêutica, pois nota-se uma redução progressiva dos títulos. Sua desvantagem é a baixa especificidade, havendo reações falso-positivas e numerosas patologias. Rotineiramente, é utilizado o FTA-abs, que tem alta sensibilidade e especificidade, sendo o primeiro a positivar na infecção. O comprometimento do sistema nervoso é comprovado pelo exame do líquido, podendo ser encontradas pleocitose, hiperproteinorraquia e a positividade das reações sorológicas. O RX de ossos longos é muito útil como apoio ao diagnóstico da sífilis congênita.

Diagnóstico diferencial**Cancro primário**

Cancro mole, herpes genital, linfogranuloma venéreo e donovanose.

Lesões cutâneas na sífilis secundária

Sarampo, rubéola, pitíriase rósea de Gilbert, eritema polimorfo, hanseníase wirochoviana e colagenoses.

Sífilis tardia

Se diferencia de acordo com as manifestações de cada indivíduo.

Sífilis congênita

Outras infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes).

Tratamento

Sífilis adquirida

Sífilis primária: penicilina G benzatina, 2.400.000UI, IM, dose única (1.200.000, VI, em cada glúteo); sífilis secundária: penicilina G benzatina, 2.400.000UI, IM, 1 vez por semana, 2 semanas (dose total 4.800.000UI); sífilis terciária: penicilina G benzatina, 2.400.000UI, IM, 1 vez por semana, 3 semanas (dose total 7.200.000UI).

Sífilis congênita no período neonatal

Para todos os casos, toda gestante terá VDRL à admissão hospitalar ou imediatamente após o parto; todo recém-nascido cuja mãe tenha sorologia positiva para sífilis deverá ter VDRL de sangue periférico.

Recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente

Tratada (terapia não penicilínica, ou penicilínica incompleta, ou tratamento penicilínico dentro dos 30 dias anteriores ao parto), independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, realizar RX de ossos longos, punção lombar (se for impossível, tratar o caso como neurosífilis) e outros exames quando clinicamente indicados; se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas, o tratamento deverá ser feito com penicilina cristalina na dose de 100.000U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 7 a 10 dias; ou penicilina G procaína, 50.000U/kg, IM, por 10 dias; se houver alteração liquórica, prolongar o tratamento por 14 dias com penicilina G cristalina na dose de 150.000 U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade; se não houver alterações clínicas, radiológicas, liquóricas e a sorologia for negativa no recém-nascido, dever-se-á proceder ao tratamento com penicilina benzatina, IM, na dose única de 50.000U/kg. Acompanhamento clínico e com VDRL (1 e 3 meses).

Recém-nascidos de mães adequadamente tratadas:

VDRL em sangue periférico do RN; se for reagente ou na presença de alterações clínicas, realizar RX de ossos longos e punção lombar. Se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, tratar com penicilina cristalina, na dose de 100.000U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 7 a 10 dias; ou penicilina G procaína, 50.000U/kg, IM, por 10 dias; se a sorologia (VDRL) do recém-nascido for 4

vezes maior (ou seja 2 diluições) que a da mãe, tratar com penicilina cristalina na dose de 100.000U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 7 a 10 dias, ou penicilina G procaína, 50.000U/kg IM, por 10 dias; se houver alteração liquórica, prolongar o tratamento por 14 dias com penicilina G cristalina, na dose de 150.000U/kg/dia, IV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade; se não houver alterações clínicas, radiológicas, liquóricas e a sorologia for negativa no recém-nascido, acompanhar o paciente, mas na impossibilidade, tratar com penicilina benzatina, IM, na dose única de 50.000U/kg. .

Observações

No caso de interrupção por mais de 1 dia de tratamento, o mesmo deverá ser reiniciado. Em todas as crianças sintomáticas, deverá ser efetuado exame oftalmológico (fundo de olho).

Seguimento

Ambulatorial mensal; realizar VDRL com 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses, interrompendo quando negativar; diante das elevações de títulos sorológicos ou não-negativação desses até os 18 meses, reinvestigar o paciente.

Sífilis congênita após o período neonatal

Fazer o exame do LCR e iniciar o tratamento com penicilina G cristalina, 100.000 a 150.000 U/kg/dia, administrada a cada 4 a 6 horas, durante 10 a 14 dias.

Sífilis e aids

A associação de sífilis e aids é atualmente relatada. De acordo com o grupo social, essa associação pode ocorrer em 25% dos doentes. Na maioria dos doentes com sífilis e infecção pelo HIV, as lesões ulcerosas são mais numerosas e extensas, com fácil sangramento e tempo de cicatrização maior, sugerindo um quadro que ocorria no passado, denominado de sífilis maligna precoce. Os títulos sorológicos pelo VDRL são, em média, mais elevados nos doentes co-infectados pelo HIV.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Deteção ativa e precoce dos casos de sífilis congênita para tratamento adequado das mães e crianças, para adoção das medidas de controle visando sua eliminação; interromper a cadeia de transmissão da sífilis adquirida (deteção e tratamentos precoces dos casos e dos parceiros).

Notificação

A sífilis congênita é doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória. A sífilis adquirida deve ser notificada de acordo com as normas estaduais e/ou municipais. A Coordenação Nacional de DST e AIDS, do Ministério da Saúde, selecionou fontes de informações específicas em conjunto com estados e municípios para as DST, visando o aprimoramento da sua vigilância.

Definição de caso

Em 2003, a definição de caso de sífilis congênita foi revisada, a principal modificação está no agrupamento dos critérios da definição anterior em um único bloco, não mais utilizando a classificação final de confirmado, presumível ou suspeito. Assim, todos os casos nos quais a definição se aplica serão notificados como caso de sífilis congênita.

Será considerado caso de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica e assim deverá ser notificado:

Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Todo indivíduo com menos de 13 anos com as seguintes evidências sorológicas:

- Titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou
- Testes não treponêmicos reagentes após 6 meses (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses; e/ou
- Títulos em teste não treponêmico quatro vezes maiores do que os da mãe.

Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não treponêmico reagente e: evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Toda situação de evidência de *T. pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

MEDIDAS DE CONTROLE

O Ministério da Saúde é signatário de acordo internacional que busca a “eliminação da sífilis congênita”. Para alcançar esse objetivo está em andamento a implantação de **atividades especiais para eliminação**, em aproximadamente 6.000 maternidades brasileiras. Deve-se observar a correta forma de tratamento dos pacientes; a plena integração de atividades com outros programas de saúde; o desenvolvimento de sistemas de vigilância locais ativos;

Interrupção da cadeia de transmissão (diagnóstico e tratamento adequados).

Aconselhamento (confidencial): orientações ao paciente com DST para que discrimine as possíveis situações de risco em suas práticas sexuais; desenvolva a percepção quanto à importância do seu tratamento e de seus parceiros sexuais e de comportamentos preventivos.

Promoção do uso de preservativos.

Aconselhamento aos parceiros.

Educação em saúde, de modo geral.

Observação

As associações entre diferentes DST são frequentes, destacando-se, atualmente a relação entre a presença de DST e aumento do risco de infecção pelo HIV, principalmente na vigência de úlceras genitais. Desse modo, se o profissional estiver capacitado a realizar aconselhamento, pré e pós teste para detecção de anticorpos anti-HIV, quando do diagnóstico de uma ou mais DST, deve ser oferecida essa opção ao paciente. **Portanto, toda DST constitui-se em evento sentinela para busca de outra doença sexualmente transmissível e possibilidade de associação com o HIV.** É necessário, ainda, registrar que o Ministério da Saúde vem implementando a “abordagem sindrômica” aos pacientes de DST, visando aumentar a sensibilidade no diagnóstico e tratamento dessas doenças, o que resultará em um maior impacto na redução dessas infecções.

64

SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

CID10: P33.0

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

A Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) geralmente é grave e pode acometer 40 a 60% dos recém-nascidos (RN) cujas mães foram infectadas durante os dois primeiros meses de gestação; 30 a 35% dos RN, no 3º mês de gestação, 10% dos RN quando a infecção na gestação se dá durante o 4º mês, sendo mais raro o acometimento após a 20ª semana. Os principais sinais e sintomas da infecção intrauterina são o aborto espontâneo, malformação congênita de grandes órgãos e sistemas, como: oculares (microftalmia, retinopatia, glaucoma e catarata), cardíaca (persistência de ducto arterial, defeitos do tabique interauricular e interventricular, estenose da artéria pulmonar), deficiência auditiva e alterações neurológicas (meningoencefalite, retardo mental), púrpura, esplenomegalia, osteopatia radiolúcida. É possível a ocorrência de formas leves, com surdez parcial ou pequenas deficiências cardíacas, que só serão diagnosticadas muitos anos após o nascimento.

Agente etiológico

Vírus RNA, gênero Rubivírus, família *Togaviridae*.

Reservatório

O homem.

Modo de transmissão

A infecção é adquirida através da via intra-uterina.

Período de incubação

Na SRC, não há período de incubação definido.

Período de transmissibilidade

Lactentes com SRC podem eliminar vírus através das secreções nasofaríngeas, sangue, urina e fezes por longos períodos.

Diagnóstico

É clínico, epidemiológico e laboratorial. O feto infectado é capaz de produzir anticorpos específicos da classe IgM e IgG para rubéola antes mesmo do nascimento.

A presença de anticorpos IgM específicos para rubéola no sangue do RN é evidência de infecção congênita, uma vez que os anticorpos IgM maternos não ultrapassam a barreira placentária. Os anticorpos IgM

podem ser detectados em 100% das crianças com SRC até o 5º mês, em 60% de 6 a 12 meses e em 40% de 12 a 18 meses. Raramente são detectados após o 18º mês.

Os Ac maternos da classe IgG podem ser transferidos passivamente ao feto através da placenta, sendo encontrados também nos RN normais, nascidos de mães imunes à rubéola.

Não é possível detectar os Ac IgG maternos daqueles produzidos pelo próprio feto, quando infectados na vida intra-uterina. Como a quantidade de IgG maternos diminui com o tempo, desaparecendo por volta do 6º mês, a persistência dos níveis de Ac IgG no sangue do RN é altamente sugestiva de infecção intra-uterina.

Para a investigação de casos suspeitos de SRC, deve ser colhida uma amostra de sangue, logo após o nascimento, quando há suspeita ou confirmação de infecção materna durante a gestação; ou logo após a suspeita diagnóstica, nos menores de um ano.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE CASO SUSPEITO DE SRC*

Período da Coleta	Pesquisa	Resultado	Conduta
Logo após o nascimento ou quando da suspeita de SRC	IgM	Positivo	Confirmar o caso
		Negativo	Realizar pesquisa de IgG com o mesmo soro
	IgG	Positivo	Coletar 2ª amostra após 3 meses
		Negativo	Descartar o caso
Após 3 meses da 1ª coleta	IgG	Se o IgG mantiver o título anterior ou for maior.	Confirmar o caso
		Se houver queda acentuada do título de IgG, comparado com o anterior	Descartar o caso

*RN cuja mãe teve diagnóstico confirmado de rubéola, durante a gestação, ou lactente com suspeita de SRC.

Observação: Quando a mãe não foi investigada anteriormente, realizar na mesma a pesquisa de IgM e IgG.

Recomendação – Isolamento viral: se a sorologia for IgM reagente (+), fazer coleta de espécime clínica (swab nasofaríngeo) para identificação do genótipo do vírus.

Tempo e técnica de coleta da secreção nasofaríngea *vide rubéola*.

b) Diagnóstico SRC

A sorologia é realizada através da detecção de IgM no recém-nascido ou pelo acompanhamento dos níveis de IgG durante tempo mais prolongado (alguns meses até 2 anos de idade). O achado de níveis de IgG estáveis ou elevados confirmam o diagnóstico. A queda de anticorpos IgG na criança sugere a presença de anticorpos maternos em declínio;

c) Isolamento do vírus

Pode ser realizado a partir de secreções nasais, sangue, urina e líquor com inoculação em cultura celular.

Diagnóstico diferencial

Com outras infecções congênicas: toxoplasmose, sífilis, malária, citomegalovírus, herpes, varicela-zoster, HIV, hepatite B, parvovirus B19, dentre outras.

Tratamento

Não há tratamento específico.

Características epidemiológicas

A vacina tríplice viral foi implantada no Brasil de forma gradativa, iniciando-se em 1992, no estado de São Paulo, alcançando a totalidade das Unidades Federadas do país em 2000. Em 1992, ocorreram 2286 (1.5/100,000) casos de rubéola. Em 1997, a incidência de rubéola atingiu 20.6 por 100,000 declinando em 1999-2000 para 9.9 por 100,000. Até o ano de 1999 a maior incidência foi observada em <15 anos. Nos anos de 1999-2000, a incidência elevou-se entre 15 a 29 anos, possivelmente relacionado à introdução gradual da vacinação e às elevadas coberturas vacinais (95%) atingidas na faixa etária de 1 a 11 anos, entre 1992 e 2000. Por outro lado, o número de casos suspeitos e confirmados da SRC vem aumentando gradativamente no país, conseqüente à identificação de casos de rubéola em gestantes e elevação da sensibilidade do sistema de vigilância em detectar recém nascidos com suspeita de SRC.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**Objetivo**

Conhecer a magnitude da SRC e avaliar o impacto das estratégias de vacinação. Detecção, notificação e investigação de casos suspeitos, orientação quanto a medidas de controle adequadas e divulgação de informações.

Notificação

Doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória.

Definição de caso**a) Caso suspeito**

Todo recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito ou confirmado de rubéola durante a gestação, ou toda criança de até 12 meses que apresente sinais clínicos compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola, independente da história materna;

b) Caso confirmado por laboratório

O caso suspeito é confirmado quando há presença de malformações congênitas e, pelo menos, uma das seguintes condições: presença de anticorpos IgM específicos; título de anticorpos da classe IgG, detectados através de ensaio imunoenzimático (ELISA), mantidos persistentemente elevados ou acima do esperado pela transferência passiva de anticorpos maternos;

c) Caso confirmado pela clínica

O caso é compatível quando os resultados laboratoriais forem insuficientes para confirmação do diagnóstico e o recém-nascido apresentar duas das complicações relacionadas no Grupo 1 ou, uma do Grupo 1 associada a outra do Grupo 2, ou ainda, uma das complicações do grupo 1, associada à história de infecção materna comprovada por laboratório ou através vínculo epidemiológico durante a gestação:

Grupo 1) Catarata/glaucoma (interpretar como uma só manifestação), cardiopatia congênita, surdez, retinopatia pigmentar.

Grupo 2) Púrpura trombocitopênica, hepatoesplenomegalia, icterícia, microcefalia, retardo mental, meningoencefalite, radioluscências ósseas;

d) Caso de infecção congênita

Criança submetida a uma avaliação minuciosa na qual não foi observada nenhuma das alterações permanentes ou progressivas, embora haja evidência laboratorial de infecção pelo vírus da rubéola, podendo ou não apresentar manifestações transitórias. De fato, não se trata de um caso de SRC;

e) Aborto ou perda fetal

Caso de abortamento ou de natimorto resultante de gestação durante a qual se comprovou a ocorrência de rubéola, independente de confirmação de afecção no feto;

f) Caso descartado

Quando cumprir uma das seguintes condições: - títulos de IgM e IgG ausentes em crianças menores de 12 meses; - títulos de IgG ausentes na mãe; - títulos de IgG diminuindo em velocidade compatível com a transferência de anticorpos maternos detectados por ensaio imunoenzimático, a partir do nascimento. - Quando, por qualquer motivo, os resultados do exame sorológico do recém-nascido não estiverem disponíveis e os dados clínicos forem insuficientes para confirmar o caso pela clínica.

65

**TENÍASE /
CISTICERCOSE**

**CID10:
B68 - B69**

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

O complexo teníase/cisticercose constitui-se de duas entidades mórbidas distintas, causadas pela mesma espécie de cestódeo, em fases diferentes do seu ciclo de vida. A teníase é provocada pela presença da forma adulta da *Taenia solium* ou da *Taenia saginata*, no intestino delgado do homem. A cisticercose é causada pela larva da *Taenia solium* nos tecidos, ou seja, é uma enfermidade somática. A **teníase** é uma parasitose intestinal que pode causar dores abdominais, náuseas, debilidade, perda de peso, flatulência, diarréia ou constipação. Quando o parasita permanece na luz intestinal, o parasitismo pode ser considerado benigno e só, excepcionalmente, requer intervenção cirúrgica por penetração em apêndice, colédoco, ducto pancreático, devido ao crescimento exagerado do parasita. A infestação pode ser percebida pela eliminação espontânea nas fezes de proglotes do verme. Em alguns casos, podem causar retardo no crescimento e no desenvolvimento das crianças, e baixa produtividade no adulto. As manifestações clínicas da **cisticercose** (larvas da *Taenia solium*) dependem da localização, tipo morfológico, número de larvas que infectaram o indivíduo, da fase de desenvolvimento dos cisticercos e da resposta imunológica do hospedeiro. As formas graves estão localizadas no sistema nervoso central e apresentam sintomas neuro-psiquiátricos (convulsões, distúrbio de comportamento, hipertensão intracraniana) e oftálmicos.

Sinonímia

Solitária, lombriga na cabeça.

Agente etiológico

Taenia solium é a tênia da carne de porco e a *Taenia saginata* é a da carne bovina. Esses dois cestódeos causam doença intestinal (teníase) e os ovos da *T. solium* desenvolvem infecções somáticas (cisticercose).

Reservatório

O homem é o único hospedeiro definitivo da forma adulta da *Taenia solium* e da *Taenia saginata*. O suíno ou o bovino são os hospedeiros intermediários, por apresentarem a forma larvária nos seus tecidos.

Modo de transmissão

A teníase é adquirida através da ingestão de carne de boi ou de porco mal cozida, que contém as larvas. Quando o homem ingere, acidentalmente, os ovos de *T. solium*, adquire a cisticercose.

Período de incubação

Da cisticercose humana, varia de 15 dias a anos após a infecção. Para a teníase, em torno de 3 meses após a ingestão da larva, o parasita adulto já é encontrado no intestino delgado humano.

Período de transmissibilidade

Os ovos das têniás permanecem viáveis por vários meses no meio ambiente, que é contaminado pelas fezes de humanos portadores de teníase.

Complicações

Da teníase: obstrução do apêndice, colédoco, ducto pancreático. Da cisticercose: deficiência visual, loucura, epilepsia, entre outros.

Diagnóstico

É clínico, epidemiológico e laboratorial. Como a maioria dos casos de teníase é oligossintomático, o diagnóstico comumente é feito pela observação do paciente ou, quando crianças, pelos familiares. Isso porque os proglotes são eliminados espontaneamente e, nem sempre, são detectados nos exames parasitológicos de fezes. Para se fazer o diagnóstico da espécie, em geral, coleta-se material da região anal e, através do microscópio, diferencia-se morfológicamente os ovos da tênia dos demais parasitas. Os estudos sorológicos específicos (fixação do complemento, imunofluorescência e hemaglutinação) no soro e líquido cefalorraquiano confirmam o diagnóstico da neurocisticercose, cuja suspeita é feita através de exames de imagem (RX, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética de cisticercos calcificados). A biópsia de tecidos, quando realizada, possibilita a identificação microscópica da larva.

Diagnóstico diferencial

Na neurocisticercose, tem-se que fazer diagnóstico diferencial com distúrbios psiquiátricos e neurológicos (principalmente epilepsia por outras causas).

Tratamento

a) Teníase

Mebendazol - 200mg, 2 vezes ao dia, por 3 dias, VO; niclosamida ou clorossalicilamida - adulto e criança com 8 anos ou mais, 2g e crianças de 2 a 8 anos, 1g, VO, dividido em duas tomadas; praziquantel, VO, dose única, 5 a 10mg/kg de peso corporal; albendazol, 400mg/dia, durante 3 dias.

b) Neurocisticercose

Praziquantel, na dose de 50mg/kg/dia, durante 21 dias, associado à dexametasona para reduzir a resposta inflamatória, conseqüente à morte dos cisticercos. Pode-se usar também albendazol, 15 mg/dia, durante 30 dias, dividido em 3 tomadas diárias, associado a 100mg de metilprednisolona, no primeiro dia de tratamento, a partir do qual se mantém 20mg/dia, durante os 30 dias. O uso de anticonvulsivantes, às vezes, se impõe, pois cerca de 62% dos pacientes são portadores de epilepsia associada.

Características epidemiológicas

A América Latina tem sido apontada por vários autores como área de prevalência elevada de neurocisticercose, que está presente em 18 países desta área, com uma estimativa de 350.000 pacientes. A situação da cisticercose suína nas Américas não está bem documentada. O abate clandestino destes animais, sem inspeção e controle sanitário, é muito elevado na maioria dos países da América Latina e Caribe, sendo a causa fundamental a falta de notificação. No Brasil, a cisticercose tem sido cada vez mais diagnosticada, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, tanto em serviços de neurologia e neurocirurgia quanto em estudos anátomo-patológicos. A baixa ocorrência de cisticercose em algumas áreas, como por exemplo nas regiões Norte e Nordeste, pode ser explicada pela falta de notificação ou porque o tratamento é realizado em grandes centros, como São Paulo, Curitiba, Brasília e Rio de Janeiro, o que dificulta a identificação da procedência do local da infecção. O Ministério da Saúde registrou um total de 937 óbitos por cisticercose no período de 1980 a 1989. Até o momento não existem dados disponíveis para que se possa definir a letalidade do agravo.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivo

Manter permanente articulação entre a vigilância sanitária do setor saúde e das secretarias de agricultura, visando adoção de medidas sanitárias preventivas.

Notificação

Não é doença de notificação compulsória. Entretanto, os casos diagnosticados de teníase e neurocisticercose devem ser informados aos serviços de saúde, visando mapear as áreas afetadas, para que se possa adotar as medidas sanitárias indicadas.

Definição de caso

Teníase

Indivíduo que elimina proglotes de tênia.

Cisticercose

Paciente suspeito, com ou sem sintomatologia clínica, que apresenta imagens radiológicas suspeitas de cisticercos; paciente suspeito com sorologia positiva para cisticercose e/ou exames por imagem sugestivos da presença dos cistos.

Medidas de controle

a) Trabalho educativo da população

Uma das medidas mais eficazes no controle da teníase/cisticercose é a promoção de extenso e permanente trabalho educativo nas escolas e nas comunidades. A aplicação prática dos princípios básicos de higiene pessoal e o conhecimento dos principais meios de contaminação constituem medidas importantes de profilaxia. O trabalho educativo da população deve visar à conscientização, ou seja, a substituição de hábitos e costumes inadequados e adoção de outros que evitem as infecções;

b) Bloqueio de foco do complexo teníase/cisticercose

O foco do complexo teníase/cisticercose pode ser definido como sendo a unidade habitacional com pelo menos: indivíduos com sorologia positiva para cisticercose; um indivíduo com teníase; um indivíduo eliminando proglotides; um indivíduo com sintomas neurológicos suspeitos de cisticercose; animais com cisticercose (suína/bovina). Serão incluídos no mesmo foco outros núcleos familiares que tenham tido contato de risco de contaminação. Uma vez identificado o foco, os indivíduos deverão receber tratamento com medicamento específico;

c) Fiscalização da carne

Essa medida visa reduzir, ao menor nível possível, a comercialização ou o consumo de carne contaminada por cisticercos e orientar o produtor sobre medidas de aproveitamento da carcaça (salga, congelamento, graxaria, conforme a intensidade da infecção), reduzindo perdas financeiras e dando segurança para o consumidor;

d) Fiscalização de produtos de origem vegetal

A irrigação de hortas e pomares com água de rio e córregos, que recebam esgoto ou outras fontes de águas contaminadas, deve ser coibida através de rigorosa fiscalização, evitando a comercialização ou o uso de vegetais contaminados por ovos de *Taenia*;

e) Cuidados na suinocultura

Evitar o acesso do suíno às fezes humanas e à água e alimentos contaminados com material fecal: essa é a forma de evitar a cisticercose suína;

f) Isolamento

Para os indivíduos com cisticercose ou portadores de teníase, não há necessidade de isolamento. Para os portadores de teníase, entretanto, recomenda-se medidas para evitar a sua propagação: tratamento específico, higiene adequada;

g) Desinfecção concorrente

É desnecessária, porém é importante o controle ambiental através da deposição correta dos dejetos (saneamento básico) e rigoroso hábito de higiene (lavagem das mãos após evacuações, principalmente).

66

TÉTANO ACIDENTAL

CID10: A35

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

É uma toxinfecção grave causada pela toxina do bacilo tetânico, introduzido no organismo através de ferimentos ou lesões de pele. Clinicamente, o tétano acidental se manifesta por: hipertonia mantida dos músculos masseteres (trismo e riso sardônico) e dos músculos do pescoço (rigidez de nuca), ocasionando dificuldade de deglutição (disfagia), que pode chegar à contratura muscular generalizada (opistótono); rigidez muscular progressiva, atingindo os músculos reto-abdominais (abdome em tábua) e o diafragma, levando à insuficiência respiratória; também ocorrem crises de contraturas desencadeadas, em geral, por estímulos luminosos, sonoros ou manipulação do doente.

Agente etiológico

Clostridium tetani, bacilo gram positivo, anaeróbico esporulado, produtor de várias exotoxinas, sendo a poderosa tetanospasmina a responsável pelo quadro clínico.

Reservatório

O bacilo se encontra no trato intestinal do homem e dos animais, solos agriculturados, pele e/ou qualquer instrumento pérfuro-cortante contendo poeira e/ou terra.

Modo de transmissão

A transmissão ocorre pela introdução dos esporos em uma solução de continuidade (ferimento), geralmente do tipo perfurante, contaminado com terra, poeira, fezes de animais ou humanas. Queimaduras podem ser a porta de entrada devido à desvitalização dos tecidos. A presença de tecidos necrosados favorece o desenvolvimento do agente anaeróbico.

Período de incubação

Varia de 2 a 21 dias, geralmente em torno de 10 dias. Quanto menor o tempo de incubação, maior a gravidade.

Período de transmissibilidade

O tétano não é doença contagiosa, portanto não é transmitida diretamente de um indivíduo a outro.

Complicações

Parada respiratória e/ou cardíaca, disfunção respiratória, infecções secundárias, diasautonomia; crise hipertensiva, taquicardia, fratura de vértebras, hemorragia intracraniana, edema cerebral, flebite e embolia pulmonar.

Diagnóstico

Clínico-epidemiológico, não dependendo de confirmação laboratorial.

Diagnóstico diferencial

Trismo e tetania por outras causas, raiva, histeria.

Tratamento

Internamento em quarto silencioso e em penumbra, com redução máxima dos estímulos auditivos, visuais, táteis e outros; sedativos (benzodiazepínicos) e miorelaxantes; soro antitetânico (SAT) ou gamaglobulina (IGAT); antibioticoterapia; debridamento e limpeza dos focos suspeitos; cuidados para manutenção da via respiratória livre; vacinar sistematicamente o paciente na admissão no momento da alta hospitalar. **Esquema terapêutico:** uso de soro antitetânico após teste de sensibilidade, administrar 20.000UI, IM, distribuídos em 2 massas musculares ou, IV, diluídos para 100ml de soro fisiológico, transfundir em 1 hora; usar gamaglobulina humana hiperimune antitetânica, IM (única via de administração), de 3.000 a 6.000UI, distribuídas em 2 ou mais massas musculares. **Antibioticoterapia:** penicilina cristalina, 200.000UI/kg/dia, de 4 em 4 horas, IV, (9 a 12 milhões de UI/dia), durante 10 dias. Nos casos de alergia à penicilina, o cloranfenicol, 100mg/kg/dia, de 6 em 6 horas, IV, máximo de 4 gramas ao dia. No momento da admissão hospitalar, deve ser aplicada a vacina toxóide tetânica em massa muscular diferente do SAT. Manutenção das vias aéreas devidamente desimpedidas. Lembrar que o paciente tetânico, particularmente nas formas mais graves, deve ser, de preferência, tratado em unidades de terapia intensiva, sendo tomadas medidas terapêuticas que impeçam ou controlem as complicações (respiratórias, infecciosas, circulatórias, metabólicas), que comumente levam o paciente ao óbito.

Características epidemiológicas

A distribuição anual da doença não apresenta variação sazonal definida. Apesar da incidência universal, o tétano é relativamente mais comum em países subdesenvolvidos, com baixa cobertura vacinal, ocorrendo indistintamente em área urbana e rural. Sua ocorrência está relacionada com as atividades profissionais ou de lazer, mas pode afetar todos os indivíduos não vacinados.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivo

Reduzir a incidência da doença através da vacinação adequada da população.

Notificação

Doença de notificação compulsória.

Definição de caso

Todo paciente que apresenta **trismo** e ou contraturas musculares localizadas ou generalizadas, que não se justifiquem por outras etiologias, deve ser suspeito de tétano, particularmente na ausência de história vacinal adequada. A falta de ferimento sugestivo de porta de entrada não afasta a suspeita, pois nem sempre se detecta a porta de entrada do bacilo.

Medidas de Controle

a) Vacinação

Manutenção de níveis adequados de cobertura vacinal da população e, especificamente, crianças e adultos da 3ª idade e/ou pessoas portadoras de úlceras de pernas crônicas, mal perfurante plantar decorrente de hanseníase e os trabalhadores de risco, tais como agricultores e operários da construção civil. **Esquema vacinal de rotina**: usar vacina DTP no 2º, 4º e 6º meses, com reforço aos 15 meses e aos 10 anos. Posteriormente, os reforços serão feitos a cada 10 anos com a vacina dT;

b) Profilaxia

Em relação à necessidade de imunização ativa e passiva, o quadro a seguir resume os procedimentos recomendados.

Observações

São focos em potencial de contaminação pelo bacilo: ferimentos de qualquer natureza contaminados por poeira, terra, fezes de animais ou humanas; fraturas expostas, com tecidos dilacerados e corpos estranhos; queimaduras; mordeduras de animais peçonhentos. Todo ferimento suspeito deve ser limpo com água e sabão, além de ser debridado amplamente. Após a remoção de tecido necrosado e de corpos estranhos, deve-se fazer limpeza com água oxigenada ou solução de permanganato de potássio a 1:5000. Deve ser ressaltado que o uso de Penicilina Benzatina, na profilaxia do tétano acidental, não é eficaz.

ORIENTAÇÃO PARA PROFILAXIA DO TÉTANO EM CASO DE FERIMENTOS

História de imunização com o toxóide tetânico (DPT, dT, DT, TT) Tipo de ferimento	Menos de 3 doses ou ignorada	3 ou mais doses
FERIMENTO LEVE NÃO CONTAMINADO	<p>APLICAR O TOXÓIDE TETÂNICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se menor de 7 anos, aplicar DPT, completando 3 doses, com intervalos de 2 meses; • Se tiver 7 anos ou mais, aplicar toxóide tetânico (TT) ou dupla (dT), completando 3 doses, com intervalo de 2 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Só aplicar o toxóide tetânico se decorridos mais de 10 anos da última dose.
	NÃO APLICAR O SORO ANTITETÂNICO (SAT)	NÃO APLICAR O SORO ANTITETÂNICO (SAT)
TODOS OS OUTROS FERIMENTOS INCLUSIVE PUNCTÓRICOS	<p>APLICAR TOXÓIDE TETÂNICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se menor de 7 anos, aplicar DPT, completando 3 doses, com intervalo de 2 meses. • Se tiver 7 anos ou mais, aplicar o toxóide tetânico (TT) ou dupla (dT), completando 3 doses, com intervalo de 2 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Só aplicar o toxóide tetânico se decorridos mais de 10 anos da última dose.
	<p>APLICAR O SORO ANTITETÂNICO (SAT) OU IMUNOGLOBULINA ANTITETÂNICA (IGAT)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar 5.000 unidades, por via intramuscular, após teste intradérmico de sensibilidade ou usar imunoglobulina antitetânica (IGAT), via intramuscular, 250 unidades (com título de 1:400, ou dosagem equivalente com outro título). 	

67

TÉTANO NEONATAL

CID10: A33

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

É uma doença infecciosa aguda, grave, não transmissível e imunoprevenível. Acomete recém-nascidos com maior frequência na primeira semana de vida (60%) e nos primeiros quinze dias de vida (90%). Os casos de tétano neonatal (TNN), em geral, estão associados a problemas de acesso a serviços de saúde de qualidade.

Sinonímia

Mal de 7 dias, tétano umbilical,

Agente etiológico

Clostridium tetani, bacilo gram positivo, anaeróbico e esporulado, produtor de várias toxinas, sendo a tetanospasmina a responsável pelo quadro de contratura muscular.

Reservatório

O bacilo é encontrado no trato intestinal dos animais, especialmente do homem e do cavalo. Os esporos encontram-se no solo contaminado por fezes, na pele, poeira, entre outros.

Modo de transmissão

Contaminação durante a secção do cordão umbilical ou ao cuidar do coto umbilical em virtude do uso de substâncias e instrumentos contendo esporos do bacilo e/ou pela própria falta de higiene nos cuidados do recém-nascido.

Período de incubação

Aproximadamente 7 dias, podendo ser de 2 a 28 dias de vida.

Período de transmissibilidade

Não é doença contagiosa. Portanto, não é transmitida de pessoa a pessoa.

Complicações

Disfunção respiratória, infecções secundárias, disautonomia, taquicardia, crise de hipertensão arterial, parada cardíaca, miocardite tóxica, embolia pulmonar, hemorragias, fraturas de vértebras, dentre outras.

Diagnóstico

Eminentemente clínico-epidemiológico, não depende de confirmação laboratorial.

Diagnóstico diferencial

Septicemia, meningites, hipoparatiroidismo, hipocalcemia, hipoglicemia, alcalose, intoxicação por estricnina, encefalite, peritonites, distúrbios metabólicos transitório, lesão intracraniana secundária ao parto.

Tratamento

Manter o paciente sob vigilância em unidade de terapia intensiva ou enfermaria apropriada que devem dispor de isolamento acústico e redução da luminosidade e da temperatura ambiente; sedar antes de qualquer procedimento (uso de sedativos e miorrelaxantes de ação central ou periférica); medidas gerais que incluem manutenção de vias aéreas permeáveis (entubar para facilitar a aspiração de secreções), hidratação, redução de qualquer tipo de estímulo externo, alimentação por sonda. Limpeza do coto umbilical com água oxigenada a 10% ou permanganato de potássio a 1/5.000 (1 comprimido diluído em meio litro de água), analgésicos; uso de antihistamínico prévio à administração do soro antitetânico (SAT) 10.000 a 20.000UI, IV, diluídos em soro glicosado a 5%, em gotejamento por 2 a 4 horas, após teste intradérmico para verificar hipersensibilidade ou, imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT), 500 a 1.000UI, dose única, somente via IM, (devido à existência de conservante). Antibioticoterapia é de uso controverso; no caso de infecção do coto umbilical, a escolha é penicilina G cristalina, 200.000UI/kg/dia, IV, 6/6 horas, por 10 dias.

Características epidemiológicas

O tétano neonatal é uma doença praticamente eliminada nos países desenvolvidos, mas ainda permanece como importante problema de saúde pública nos países subdesenvolvidos, principalmente no continente africano e sudeste asiático onde se concentram cerca de 74% dos casos. Nos últimos anos a letalidade no Brasil tem estado em torno de 60%. Desde 1989, após resolução da Organização Mundial da Saúde - OMS para eliminação do tétano neonatal no mundo (menos de 1 caso/1.000 Nascidos Vivos), o Brasil elaborou e implantou o Plano Nacional de Eliminação, tendo por estratégias principais a vacinação de 100% das mulheres em idade fértil, de 15 a 49 anos, que moram em áreas de risco, melhora da cobertura e qualidade do pré-natal, parto e puerpério e o cadastramento e capacitação das parteiras curiosas atuantes em locais de difícil acesso visando eliminar a ocorrência dessa doença.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivo

Eliminar a doença no país.

Notificação

Doença de notificação e investigação obrigatórias.

Definição de caso

a) Suspeito

Todo recém-nascido que nasceu bem, sugou normalmente nas primeiras horas e que entre o 2º e o 28º dias após o nascimento, apresenta dificuldade de mamar, independente do estado vacinal da mãe, do local e das condições do parto. Considera-se também suspeito todos os óbitos nessa mesma faixa etária com as mesmas características com diagnóstico indefinido ou ignorado;

b) Confirmado

Todo recém-nascido que nasceu bem, sugou bem nas primeiras horas e a partir do 2º ao 28º dia de vida deixa de mamar e apresenta dois ou mais dos seguintes sinais/sintomas: trismo, contratura dos músculos da mímica facial, olhos cerrados, pele da fronte pregueada, lábios contraídos, hiperflexão dos membros superiores junto ao tórax, hiperextensão dos membros inferiores, crises de contraturas musculares, com inflamação ou não do coto umbilical;

c) Descartado

Todo caso suspeito, que após a investigação não preencher os critérios de confirmação de caso

Busca Ativa

Sistematicamente deve-se realizar a busca ativa, particularmente em áreas consideradas de risco, silenciosa, onde há rumores, onde a notificação é inconsistente e irregular ou que não tem notificado caso. Atividades de busca ativa devem incluir revisão de prontuários de hospitais e clínicas, registros de igrejas, cemitérios e cartórios, conversas com pediatras, ginecologistas, obstetras, enfermeiros, parteiras e líderes comunitários.

Conduta frente a um caso

Encaminhar a mãe para vacinação; divulgar a ocorrência do caso aos gestores, aos profissionais de saúde (avaliar as falhas que favoreceram

a manifestação da doença, após corrigi-las) e líderes comunitários e envolvê-los na vigilância e prevenção permanente da doença; promover vacinação em MIF esquema completo; cadastramento e treinamento de parteiras; fazer busca ativa de possíveis outros casos investigando todos os óbitos ocorridos em menores de 28 dias de vida, sem diagnóstico definido.

Medidas de controle

A assistência adequada durante o pré-natal, que inclui a vacinação das gestantes, o atendimento higiênico ao parto e ao coto umbilical são medidas fundamentais na profilaxia do Tétano Neonatal.

a) Vacinação

A primeira medida de importância do tétano neonatal é a vacinação das MIF e especialmente as gestantes, pois os anticorpos contra a toxina tetânica atravessam a barreira placentária protegendo passivamente o recém nascido contra o tétano. A vacina utilizada no país é a dupla adulto (dT), contra a difteria e tétano, com a eficácia de 100% (Conforme o esquema do quadro III- Vacinação de Mulheres em idade Fértil) As contra-indicações específicas é a reação anafilática á dose anterior. Os eventos adversos: Dor, endureção, rubor e abscesso local; febre raramente; Síndrome de Guillain Barré; anafilaxia e neuropatia periférica. É essencial a vacinação de 100% das mulheres em idade fértil (gestantes e não gestantes não vacinadas); intensificar as ações de vigilância epidemiológica; melhorar a qualidade do pré-natal, parto e puerpério, cadastrar e treinar parteiras em atividades onde a população tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde e divulgar, junto à população em geral, sobre a prevenção do tétano neonatal;

b) Assistência ao Parto

Atendimento higiênico ao parto é medida fundamental na profilaxia do tétano. O material utilizado incluindo instrumentos cortantes, fios e outros, devem ser estéreis para o cuidado do cordão umbilical e do coto. Tal medida será conseguida com atendimento médico adequado, ensinamento de práticas de higiene às parteiras e educação em saúde. As mães e os responsáveis em todas as oportunidades devem ser orientados com relação aos cuidados com os recém-nascidos e o tratamento higiênico do coto umbilical. É importante enfatizar que a consulta do puerpério se constitui em oportunidade para orientações sobre a atualização e rotina do calendário vacinal tanto da mãe quanto da criança.

QUADRO III – VACINAÇÃO DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL

História de vacinação prévia contra tétano	Mulheres em idade fértil	
	Gestantes ¹	Não Gestantes
Sem nenhuma dose registrada	Iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível com 3 doses, intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias	Esquema vacinal com 3 doses, intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias
Menos de 3 doses registradas	Completar as 3 doses o mais precocemente possível, intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias	Completar o esquema vacinal com 3 doses, intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias
3 doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos	Não é necessário vacinar	Não é necessário vacinar
3 doses ou mais, sendo a última dose há mais de 5 anos e menos 10 anos	1 dose de reforço	Não é necessário vacinar
3 doses ou mais, sendo a última dose há mais de 10 anos	1 dose de reforço	1 dose de reforço

¹Se a gestante não tiver o esquema básico completo, o serviço de saúde deverá assegurar pelo menos 2 doses, devendo a 2ª dose ser aplicada até 20 dias antes da data provável do parto. O esquema vacinal deverá ser completado no puerpério ou em qualquer outra oportunidade.

68

TOXOPLASMOSE

CID10: B-58

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

A toxoplasmose é uma zoonose cosmopolita, causada por protozoário. Apresenta quadro clínico variado, desde infecção assintomática a manifestações sistêmicas extremamente graves. Do ponto de vista prático, é importante fazer uma distinção entre as manifestações da doença, quais sejam:

Toxoplasmose febril aguda

Na maioria das vezes a infecção inicial é assintomática, ou apresenta-se sob a forma de síndrome gripal, podendo cursar com linfadenopatia, com evolução benigna, geralmente em pacientes imunocompetentes. Porém, em muitos casos, a infecção pode generalizar-se e ser acompanhada de exantema. Pode ocorrer pneumonia difusa, miocardite, miosite, hepatite, encefalite e exantema máculo-papular.

Linfadenite toxoplásmica

Geralmente, o quadro se caracteriza por linfadenopatia localizada, especialmente em mulheres e, em geral, envolvendo os nódulos linfáticos cervicais posteriores ou, mais raramente, linfadenopatia generalizada. Este quadro é capaz de persistir por uma semana ou um mês e pode assemelhar-se à mononucleose infecciosa acompanhada por linfócitos atípicos no sangue periférico. A linfadenite regional pode estar relacionada à porta de entrada, durante a síndrome febril aguda.

Toxoplasmose ocular

A coriorretinite é a lesão mais freqüentemente associada à toxoplasmose, podendo-se atribuir a etiologia ao toxoplasma em 30 a 60% dos pacientes com esta enfermidade. Dois tipos de lesões de retina podem ser observados:

- a) retinite aguda, com intensa inflamação; e
- b) retinite crônica com perda progressiva de visão, algumas vezes chegando à cegueira.

Toxoplasmose congênita

Resulta da infecção intra-uterina, variando de assintomática à letal, dependendo da idade fetal e de fatores não conhecidos. Os achados comuns são prematuridade, baixo peso, coriorretinite pós-maturidade, estrabismo, icterícia e hepatomegalia. Se a infecção ocorreu no último trimestre da gravidez, o recém-nascido pode apresentar, principalmente, pneumonia, miocardite ou hepatite com icterícia,

anemia, plaquetopenia, coriorretinite, ausência de ganho de peso ou pode permanecer assintomático. Se ocorreu no segundo trimestre, o bebê pode nascer prematuramente, mostrando sinais de encefalite com convulsões, pleocitose do líquido e calcificações cerebrais. Pode apresentar a Tétrade de Sabin: microcefalia com hidrocefalia, coriorretinite, retardo mental e calcificações intracranianas.

Toxoplasmose no paciente imunodeprimido

Os cistos do toxoplasma persistem por um período indefinido e qualquer imunossupressão significativa pode ser seguida por um recrudescimento da toxoplasmose. As lesões são focais e vistas com maior frequência no cérebro e, menos frequentemente, na retina, miocárdio e pulmões. As condições mais comumente associadas a essa forma são: aids, doença de Hodgkin e uso de imunossupressores.

Toxoplasmose e gravidez

Uma vez que a infecção da mãe é usualmente assintomática, geralmente não é detectada. Por isso, tem-se sugerido a realização de testes sorológicos na gestação, porém é uma medida dispendiosa e com pouca aplicabilidade prática. Resta, assim, apenas a instituição da quimioterapia adequada, quando o diagnóstico é realizado.

Sinonímia

Doença do gato.

Diagnóstico

Baseia-se na associação das manifestações clínicas com a confirmação através de estudos sorológicos, ou da demonstração do agente em tecidos ou líquidos corporais por biópsia ou necrópsia, ou pela identificação em animais ou em cultivos celulares. A detecção de anticorpos IgM específicos ou aumento dos níveis de anticorpos da classe IgG acima de 1:2048 indica a presença de infecção ativa.

Agente etiológico

Toxoplasma gondii, um protozoário coccídeo intracelular, e pertencente à família *Soncocystidae*, na classe *Sporozoa*.

Reservatório

Os hospedeiros definitivos para a forma sexuada do *T. gondii* são os gatos, os quais são os principais reservatórios da infecção. Os hospedeiros intermediários são os homens e mamíferos não felinos.

Modo de transmissão

O homem adquire a infecção por três vias:

- A ingestão de oocistos por meio de água, solo, areia, latas de lixo contaminados com fezes de gatos infectados;
- Ingestão de carne infectada, crua e mal cozida, contendo cistos, especialmente carne de porco e carneiro;
- Infecção transplacentária, ocorrendo em 40% dos fetos de mães que adquiriram a infecção durante a gravidez (vide figura da página 107);
- Transfusão sanguínea ou transplante de órgãos de doador infectado.

Período de incubação

De 10 a 23 dias, quando a fonte é a ingestão de carne; de 5 a 20 dias quando se relaciona com o contato com animais.

Período de transmissibilidade

Não se transmite diretamente de uma pessoa a outra, com exceção das infecções intra-uterina.

Diagnóstico diferencial

Citomegalovírus, malformações congênitas, sífilis, rubéola, herpes, aids, kernicterus, neurocisticercose, outras doenças febris.

Tratamento

O tratamento específico nem sempre é indicado nos casos em que o hospedeiro é imunocompetente, exceto em infecção inicial durante a gestação ou na vigência de comprometimento de outros órgãos como coriorretinite, miocardite. Recomenda-se o tratamento em gestantes, recém nascidos e pacientes imunodeprimidos.

ESQUEMA TERAPÊUTICO

	Nos 3 primeiros dias de tratamento	Do 4º dia em diante	Tempo de Tratamento
Adultos Pirimetamina Sulfadiazina	75 a 100mg 500 a 1.000mg, 2-4x/dia	25-50mg 500-1.000mg, 2-4x/dia	4 a 6 semanas
Ácido folínico	5-10mg/dia	5-10mg/dia	
Crianças: Pirimetamina Sulfadiazina	2 mg/kg 100 A 200 mg/kg/dia	1-25 mg/dia	4 semanas
Ácido folínico	5-10mg a cada 3 dias		

Gestante

Espiramicina, 750 a 1.000mg, VO, a cada 8 horas, para evitar a infecção placentária; a clindamicina, VO, na dose de 600mg a cada 6 horas. Na forma ocular para reduzir a necrose e inflamação e minimizar a cicatriz, utiliza-se 40mg/dia de prednisona, por 1 semana, e 20mg/dia, por outras 7 semanas. Está contra-indicado o uso de pirimetamina no 1º trimestre, pois é teratogênica, e de sulfadiazina, no 3º trimestre, pelo risco de desenvolver kernicterus.

Características epidemiológicas

Doença universal, estima-se que 70% a 95% da população estão infectados.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivo

Não é doença objeto de ações de Vigilância Epidemiológica, entretanto, tem, hoje, grande importância para a saúde pública devido à sua associação com a aids e pela gravidade dos casos congênitos.

Notificação

Não é doença de notificação compulsória.

Medidas de controle

Evitar o uso de produtos animais crus ou mal cozidos (caprinos e bovinos); incinerar as fezes dos gatos; proteger as caixas de areia, para que os gatos lá não defequem; lavar as mãos após manipular carne crua ou terra contaminada; evitar contatos de grávidas com gatos.

Recomendação

Em virtude dos altos índices de infecção pelo *T. gondii* na população em geral, onde geralmente os indivíduos imunocompetentes não desenvolvem a doença, é imperativo que, na vigência da toxoplasmose doença, o paciente seja avaliado quanto a possível associação com imunodeficiência. Com o surgimento da aids, tem aumentado o número de casos de toxoplasmose. Esses pacientes, após o tratamento específico e a cura clínica, devem receber tratamento profilático pelo resto da vida.

69

TRACOMA

CID10: A71

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

É uma afecção inflamatória ocular crônica, ceratoconjuntivite crônica recidivante, de começo insidioso ou súbito, que pode persistir durante anos se não for tratada. Em áreas hiperendêmicas, em decorrência de infecções repetidas, produz cicatrizes na conjuntiva palpebral superior. No início, o paciente apresenta fotofobia, blefaropasma, lacrimejamento e sensação de “areia nos olhos”, com ou sem secreção. Evolui para hipertrofia papilar como consequência da presença de folículos e inflamação difusa da mucosa, principalmente da conjuntiva tarsal, que cobre a pálpebra inferior. Essa inflamação crônica resulta em vascularização superficial da córnea (pannus) e cicatrizes na conjuntiva (traduzidas por estrias brancas em forma de rede), que se intensificam com a gravidade e duração da infecção. Essas cicatrizes evoluem para deformidades palpebrais e dos cílios (entrópico e triquíase) que, por sua vez, determinam a abrasão crônica da córnea, com diminuição progressiva da visão e, caso não sejam tratadas, evoluem até a cegueira. As infecções bacterianas secundárias são freqüentes e as secreções que se formam contribuem para aumentar a transmissibilidade da doença.

Sinonímia

Conjuntivite granulomatosa.

Agente etiológico

Bactéria Gram-negativa, *Chlamydia trachomatis*, das sorovariedades A, B, Ba e C.

Reservatório

O homem com infecção ativa na conjuntiva ou outras mucosas.

Modo de transmissão

Contato direto, pessoa a pessoa, ou contato indireto, através de objetos contaminados (toalhas, lenços, fronhas). As moscas podem contribuir para a disseminação da doença por meio de transporte mecânico.

Período de incubação

De 5 a 12 dias.

Período de transmissibilidade

Enquanto existirem lesões ativas nas conjuntivas, que podem durar anos.

Complicações

Entrópico (inversão da borda da pálpebra na direção da córnea) e triquíase (implantação defeituosa dos cílios nas bordas das pálpebras), simbléfaro

(bridas entre a conjuntiva bulbar e palpebral), ulcerações de córnea, astigmatismo irregular, ptose palpebral, xerose (síndrome do olho seco), cegueira.

Diagnóstico

É essencialmente clínico-epidemiológico. O exame oftalmológico deve ser feito através de lupa binocular, com 2,5 vezes de aumento. Na presença de sinais oculares característicos, é importante saber a procedência do paciente para se fazer o vínculo epidemiológico. O diagnóstico laboratorial do tracoma é utilizado para a constatação do agente etiológico na comunidade e não tem objetivos de confirmação de casos, a nível individual. A técnica laboratorial padrão é a cultura, não sendo utilizado de rotina. Recentemente, tem-se utilizado a imunofluorescência direta com anticorpos monoclonais, que apresenta alta especificidade e baixa sensibilidade, disponível em laboratórios da rede pública.

Diagnóstico diferencial

No início com as conjuntivites foliculares agudas e crônicas, de qualquer etiologia, conjuntivite folicular tóxica, conjuntivite flictenular, herpes simples da córnea, dentre outras doenças oculares.

Tratamento

Tratamento tópico: pomada de tetraciclina a 1%, 2 vezes ao dia, durante 6 semanas consecutivas. Na ausência de tetraciclina ou por hipersensibilidade à mesma, recomenda-se utilizar colírio de sulfa, usado 4 vezes ao dia, durante seis semanas. Tratamento sistêmico: Pacientes com Tracoma Intenso (TI) ou Tracoma Folicular (TF), ou Tracoma Inflamatório (TF/TI), que não respondam bem ao tratamento tópico: Eritromicina: 250 mg, quatro vezes ao dia, durante 3 semanas (50 mg/kg/dia) ou Tetraciclina: 250 mg, 4 vezes ao dia, durante 3 semanas, em maiores de 10 anos; Doxaciclina: 100 mg/dia, duas vezes ao dia, durante 3 semanas (maiores de 10 anos); Sulfa: dois tabletes ao dia, durante 3 semanas; Azitromicina: 20 mg/kg peso, dose única oral. Em áreas endêmicas, onde a proporção de crianças com tracoma inflamatório for maior ou igual a 20%, e/ou a proporção de Tracoma Intenso (TI) for maior ou igual a 5%, recomenda-se o tratamento em massa de toda a população com tetraciclina 1% tópica. Os casos de entrópio palpebral e triquíase tracomatosa devem ser encaminhados para avaliação e cirurgia corretiva das pálpebras. Todos os casos de opacidade corneana, devem ser encaminhados a um serviço de referência oftalmológica para medida de sua acuidade visual.

Características epidemiológicas

O tracoma é endêmico em quase todas as regiões do Brasil. Existem focos ativos da doença na região Nordeste (Bahia, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Maranhão) e na região Norte (Tocantins e Amazônia).

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Controlar a ocorrência do tracoma, mediante a realização de busca ativa dos casos, visita domiciliar dos contatos e adoção de medidas de controle. Acompanhar os focos da doença para verificar a tendência de expansão da infecção.

Notificação

Não é uma doença de notificação compulsória nacional. É de notificação obrigatória em algumas unidades federadas (S. Paulo, Ceará e Mato Grosso). É recomendável a realização de registros sistemáticos de casos detectados e tratados, o que permite avaliar a situação epidemiológica, evolução e impacto das ações de controle.

Definição de caso

a) Suspeito

Todo paciente com história de conjuntivite prolongada, ou que referem sintomatologia ocular de longa duração (ardor, prurido, sensação de corpo estranho, fotofobia, lacrimejamento e secreção ocular), especialmente na faixa etária de 1 a 10 anos;

b) Confirmado

Qualquer paciente que, ao exame ocular, apresentar um ou mais dos seguintes sinais: Inflamação Tracomatosa Folicular (TF), Inflamação Tracomatosa Intensa (T!), Cicatrização Conjuntival Tracomatosa (TS), Triquíase Tracomatosa (TT) ou Opacificação Corneana (CO).

Medidas de controle

a) Relativa à fonte de infecção

Diagnóstico e tratamento individual e em massa, quando indicado; Busca ativa de casos nas escolas, casas e principalmente na família, a partir de um caso índice visando tratamento e conscientização da população. Investigação epidemiológica de casos, prioritariamente em instituições educacionais e/ou assistenciais, e domicílios que constituem locais de maior probabilidade de transmissão da doença;

b) Educação em saúde

Planejar ações educativas. Buscar apoio dos meios de comunicação de massa, como meio de divulgação e prevenção da doença. Orientar quanto ao uso correto da medicação, observação dos prazos de tratamento, e do comparecimento às consultas clínicas subsequentes;

c) Articulação intersetorial visando melhoria sanitária domiciliar e acesso ao abastecimento de água.

70

TUBERCULOSE

**CID10:
A15 A A19**

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

A tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil, que, juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, alberga 80% dos casos mundiais da doença. O agravo atinge a todos os grupos etários, com maior predomínio nos indivíduos economicamente ativos (15-54 anos); Os homens adoecem duas vezes mais do que as mulheres. Doença infecciosa, atinge principalmente o pulmão. Após a inalação dos bacilos estes atingem os alvéolos (primoinfecção), onde provocam uma reação inflamatória e exsudativa do tipo inespecífico. A infecção benigna pode atingir linfonodos e outras estruturas; em 95% dos indivíduos infectados o sistema imunológico consegue impedir o desenvolvimento da doença. Em 5% dos indivíduos, observa-se a implantação dos bacilos no parênquima pulmonar ou linfonodos, iniciando-se a multiplicação, originando-se o quadro de tuberculose primária. A tuberculose pós-primária ocorre em indivíduos que já desenvolveram alguma imunidade, através da reativação endógena ou por reinfeção exógena, sendo a forma pulmonar a mais comum. Os sinais e sintomas mais freqüentes são: comprometimento do estado geral, febre baixa vespertina com sudorese, inapetência e emagrecimento. Na forma pulmonar apresenta-se dor torácica, tosse inicialmente seca e posteriormente produtiva, acompanhada ou não de escarros hemoptóicos. Nas crianças é comum o comprometimento ganglionar mediastínico e cervical (forma primária) que se caracteriza por lesões bipolares: parênquima e gânglios. Nos adultos, a forma pulmonar é a mais freqüente. Pode afetar qualquer órgão ou tecido, como pleura, linfonodos, ossos, sistema urinário, cérebro, meninges, olhos, entre outras. A forma extra-pulmonar é mais comum nos hospedeiros com pouca imunidade, surgindo com maior freqüência em crianças e indivíduos com infecção por HIV.

Agente Etiológico

Mycobacterium tuberculosis.

Reservatório

O homem (principal) e o gado bovino doente em algumas regiões específicas.

Modo de transmissão

Através da tosse, fala e espirro.

Período de incubação

A maioria dos novos casos de doença ocorre em torno de 6 a 12 meses após a infecção inicial.

Período de transmissibilidade

Enquanto o doente estiver eliminando bacilos e não houver iniciado o tratamento. Com o início do esquema terapêutico recomendado, a transmissão é reduzida, gradativamente em algumas semanas (duas).

Complicações

Distúrbio ventilatório; infecções respiratórias de repetição; formação de bronquiectasias; hemoptise; atelectasias; empiemas.

Diagnóstico

São fundamentais os seguintes métodos:

Exame clínico

Baseado nos sintomas e história epidemiológica.

Exame bacteriológico

Baciloscopia de escarro deverá ser indicada para todos os **sintomáticos respiratórios** (indivíduo com tosse e expectoração por três semanas a mais), pacientes que apresentem alterações pulmonares na radiografia de tórax e os contatos de tuberculose pulmonar bacilíferos. Recomenda-se, para o diagnóstico, a coleta de duas amostras de escarro: a primeira amostra é coletada quando o sintomático respiratório procura o atendimento na unidade de saúde, para aproveitar a presença dele e garantir a realização deste exame (não é necessário estar em jejum), e a segunda amostra é coletada na manhã do dia seguinte, assim que o paciente despertar. Também é utilizada para acompanhar, mensalmente, a evolução bacteriológica do paciente pulmonar bacilífero, para isso é indispensável que seja realizado pelo menos, ao final do 2º, do 4º e do 6º mês de tratamento.

Cultura

É indicada para suspeitos de tuberculose pulmonar com baciloscopia repetidamente negativa, diagnóstico de formas extrapulmonares, como meníngea, renal, pleural, óssea e ganglionar e também para o diagnóstico de todas as formas de tuberculose em pacientes HIV positivo. Também está indicada para os casos de tuberculose com suspeita de falência de tratamento e em casos de retratamento para verificação da farmacorresistência nos testes de sensibilidade.

Exame Radiológico de Tórax

Auxiliar no diagnóstico. Permite medir a extensão das lesões e avaliação da evolução clínica do paciente ou de patologias concomitantes.

Prova tuberculínica (PPD)

Auxiliar no diagnóstico de pessoas não vacinadas com BCG. Indica apenas a presença da infecção e não é suficiente para diagnóstico da doença.

Exame anátomo-patológico

(histológico e citológico): indicado nas formas extrapulmonares, através realização de biópsia.

Exames bioquímicos

Mais utilizados nas formas extrapulmonares, em derrame pleural, derrame pericárdico e LCR em meningoencefalite tuberculosa.

Outros

Os exames sorológicos e de biologia molecular são úteis, mas seus altos custos e complexidade os inviabilizam como exames de rotina.

Diagnóstico diferencial

Abscesso pulmonar por aspiração, pneumonias, micoses pulmonares (paracoccidioidomicose, histoplasmose), sarcoidose e carcinoma brônquico, dentre outras. Em crianças, causas de adenomegalia mediastino-pulmonar devem ser investigadas.

Tratamento

O tratamento da tuberculose deve ser feito em regime ambulatorial, no serviço de saúde mais próximo à residência do doente. A hospitalização é indicada apenas para os casos graves ou naqueles em que a probabilidade de abandono do tratamento é alta, em virtude das condições sociais do doente. O esquema de tratamento da tuberculose está sintetizado nos quadros a seguir.

ESQUEMA I**2RHZ/4RH* - INDICADO NOS CASOS NOVOS DE TODAS AS FORMAS DE TUBERCULOSE PULMONAR E EXTRAPULMONAR, EXCETO MENINGITE.**

Fases do Tratamento	Drogas	Peso do Doente			
		Até 20kg mg/kg/dia	Mais de 20kg e até 35kg mg/dia	Mais de 35kg e até 45kg mg/dia	Mais de 45kg mg/dia
1ª fase (2 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1.000	1.500	2.000
2ª fase (4 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

Siglas: R - Rifampicina H - Isoniazida Z - Pirazinamida

Obs.: a) As drogas deverão ser administradas preferencialmente em jejum, em uma única tomada, ou, em caso de intolerância digestiva, junto com uma refeição.

b) Em casos individualizados, cuja evolução clínica inicial não tenha sido satisfatória, ou ainda nos casos de TB extrapulmonar, com a orientação de especialistas, o tempo de tratamento poderá ser prolongado, na sua 2ª fase, por mais três meses (2RHZ/7RH)

c) Os casos de tuberculose, associados ao HIV, devem ser encaminhados para unidades de referência em seu município ou em municípios vizinhos, para serem tratados para os dois agravos (TB/HIV).

ESQUEMA IR***2RHZE/4RHE* - CASOS DE RECIDIVA APÓS CURA* OU RETORNO APÓS ABANDONO DO ESQUEMA I**

Fases do Tratamento	Drogas	Peso do Doente			
		Até 20kg mg/kg/dia	Mais de 20kg e até 35kg mg/dia	Mais de 35kg e até 45kg g/dia	Mais de 45kg mg/dia
1ª fase (2 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1.000	1.500	2.000
	E	25	600	800	1.200
2ª fase (4 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	E	25	600	800	1.200

*Casos de recidiva após cura com o esquema básico; considera-se retratamento a prescrição de um esquema de drogas para o doente já tratado por mais de 30 dias, que venha a necessitar de nova terapia ou recidiva após cura, retorno após abandono, ou falência do esquema I ou esquema IR (esquema básico etambutol).

R - Rifampicina H - Isoniazida Z - Pirazinamida E - Etambutol

Obs.: 1) Levantar em consideração as indicações de retratamento, discutidas anteriormente.

2) Os recidivantes de esquemas alternativos por toxicidade ao Esquema I devem ser avaliados em unidade de referência, para prescrição de esquema individualizado.

3) Havendo alteração visual durante o tratamento, o paciente deverá ser encaminhado para uma unidade de referência, com o objetivo de avaliar o uso do etambutol.

ESQUEMA II**2RHZ/7RH* - INDICADO PARA TUBERCULOSE MENINGOENCEFÁLICA**

Fases do Tratamento	Drogas	Peso do Doente			
		Até 20kg mg/kg/dia	Mais de 20kg e até 35kg mg/dia	Mais de 35kg e até 45kg g/dia	Mais de 45kg mg/dia
1ª fase (2 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1.000	1.500	2.000
2ª fase (4 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

R - Rifampicina H - Isoniazida Z - Pirazinamida

Obs.: 1) Nos casos de concomitância de tuberculose meningoencefálica com qualquer outra localização de tuberculose, usar o Esquema II.

2) A internação é mandatória, sempre que se suspeitar de tuberculose meningoencefálica.

3) Nos casos de tuberculose meningoencefálica, em qualquer idade, recomenda-se o uso de corticosteróides (prednisona, dexametasona ou outros) por um período de 1 a 4 meses, no início do tratamento.

4) Na criança, a prednisona é administrada na dose de 1 a 2mg/kg de peso corporal, até a dose máxima de 30mg/dia. No caso de se utilizar outro corticosteróide, aplicar a tabela de equivalência entre eles.

5) A fisioterapia na tuberculose meningoencefálica deverá ser iniciada o mais cedo possível.

ESQUEMA III**3SETEZ/9EtE* - INDICADO NOS CASOS DE FALÊNCIA DO TRATAMENTO COM O ESQUEMA I E ESQUEMA IR (ESQUEMA I REFORÇADO)**

Fases do Tratamento	Drogas	Peso do Doente			
		Até 20kg mg/kg/dia	Mais de 20kg e até 35kg Dose total/dia	Mais de 35kg e até 45kg Dose total/dia	Mais de 45kg Dose total/dia
1ª fase (3 meses)	S	20	500	1.000	1.000
	Z	35	1000	1.500	2.000
	E	25	600	800	1.200
	Et	12	250	500	750
2ª fase (9 meses)	E	25	600	800	1.200
	Et	12	250	500	750

*3SEtEZ - 1a fase (3 meses), 9EtE - 2a fase (9 meses).

S - Estreptomina Et - Etionamida Z - Pirazinamida E - Etambutol

Obs.: 1) Os casos de suspeita de falência, aos esquemas I ou IR, devem ser encaminhados à unidade de referência para avaliação 2) A estreptomina deve ser usada por via intramuscular (IM). Em situações especiais pode ser aplicada por via endovenosa (EV), diluída a 50 ou 100 ml de soro fisiológico, correndo por um mínimo de ½ hora. 3) Em casos especiais, com dificuldades de aceitação de droga injetável, ou para facilitar seu uso supervisionado na unidade de saúde, o regime de uso da estreptomina pode ser alterado para aplicações de 2ª a 6ª feira, por dois meses, e duas vezes semanais, por mais quatro meses. 4) Em pessoas maiores de 60 anos, a estreptomina deve ser administrada na dose de 500mg/dia. 5) Havendo alteração visual durante o tratamento, o paciente deverá ser encaminhado para um serviço de referência, com o objetivo de avaliar o uso do Etambutol. 6) É importante que o paciente tratado com o Esquema III, realize seu tratamento de forma supervisionada.

Características epidemiológicas

Doença de distribuição universal. No Brasil, estima-se que, do total da população, mais de 50 milhões de pessoas estão infectados pelo *M. tuberculosis*, com aproximadamente 85 mil novos casos por ano e 5 a 6 mil óbitos anuais. Ocorre, com maior frequência, em áreas de grande concentração populacional e precárias condições sócio-econômicas e sanitárias.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivo

Reduzir a transmissão do bacilo da tuberculose na população, através das ações de diagnóstico precoce e tratamento. Busca de bacilíferos dentro da população de sintomáticos respiratórios e contatos de casos.

Notificação

Doença de notificação compulsória e investigação obrigatória.

Definição de caso

a) Suspeito

Indivíduo com sintomatologia clínica sugestiva

Tosse com expectoração por 3 ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, ou suspeito ao exame radiológico. Paciente com imagem compatível com tuberculose ao exame radiológico;

b) Confirmado, por critério clínico laboratorial

b1) Tuberculose **Pulmonar Bacilífera**

Paciente com duas baciloscopias diretas positivas, ou uma baciloscopia direta positiva e cultura positiva, ou uma baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose;

b.2) **Escarro negativo**

Paciente com duas baciloscopias negativas, com imagem radiológica sugestiva e achados clínicos ou outros exames complementares que permitam ao médico efetuar um diagnóstico de tuberculose;

b.3) **Extrapulmonar**

Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, em que o médico toma a decisão de tratar com esquema específico; ou paciente com, pelo menos, uma cultura positiva para *M. tuberculosis*, de material proveniente de localização extrapulmonar;

c) **Confirmado por critério clínico epidemiológico**

A partir dos dados clínicos e epidemiológicos e da interpretação dos resultados dos exames solicitados;

d) **Descartado**

Caso suspeito que, apesar de sintomatologia compatível, apresenta resultados negativos aos exames laboratoriais.

Medidas de controle

As medidas de controle baseiam-se, principalmente, na busca de sintomas respiratórios, seu diagnóstico e tratamento.

a) **Controle de Contatos**

Indicado, prioritariamente, para contatos que convivam com doentes bacilíferos e adultos que convivam com doentes menores de 5 anos, para identificação da possível fonte de infecção. **Pacientes internados:** Medidas de isolamento respiratório.

b) **Vacinação com BCG**

A faixa etária preconizada é de 0 a 4 anos (obrigatória para menores de 1 ano), iniciar o mais precocemente possível em maternidades e salas de vacinação. Está indicada nas crianças HIV-Positivas assintomáticas e filhos de mães HIV-positivas. Pacientes adultos sintomáticos ou assintomáticos, não deverão ser vacinados, se apresentarem contagem de linfócitos T (CD4) abaixo de 200 células/mm³. Em criança que recebeu o BCG há seis meses ou mais, na qual esteja ausente a cicatriz vacinal, indica-se a revacinação, sem necessidade de realização prévia do teste tuberculínico (PPD). A revacinação é recomendada nas faixas etárias de 6 a 10 anos. Se a primeira dose for aplicada com seis anos e mais, não há necessidade de revacinação. É contra indicada a vacina nos indivíduos HIV-positivos sintomáticos, e nos portadores de imunodeficiências congênitas ou adquiridas. Os trabalhadores de saúde, não reatores à prova tuberculínica, que atendam habitualmente tuberculose e AIDS, deverão também ser vacinados com BCG. Recomenda-se adiar a vacinação com BCG em recém-nascidos com peso inferior a 2 kg; reações dermatológicas na área da aplicação, doenças graves e uso de drogas imunossupressoras. Há contra-indicação absoluta para aplicar a vacina BCG, nos portadores de imunodeficiências congênitas ou adquiridas. Os eventos adversos são raros, podendo ocorrer formação de abscesso e/ou ulceração, no local da aplicação; linfadenite regional, dentre outros.

c) Quimioprofilaxia

Consiste na administração de isoniazida em infectados pelo bacilo (quimioprofilaxia secundária) ou não infectados (quimioprofilaxia primária), na dosagem de 10 mg/kg/dia (até 300 mg), diariamente, por um período de 6 meses. Recomendada em contactantes de bacilíferos, menores de 15 anos, não vacinados com BCG, reatores à prova tuberculínica (10 mm ou mais), com exame radiológico normal e sem sintomatologia clínica compatível com tuberculose; Recém-nascidos coabitantes de foco bacilífero: administra-se a quimioprofilaxia por três meses e, após esse período, faz-se a prova tuberculínica na criança. Se ela for reatora, mantém-se a isoniazida até completar 6 meses; se não for reatora, suspende-se a droga e aplica-se a vacina BCG; Indivíduos com viragem tuberculínica recente (até 12 meses), isto é, que tiveram aumento na resposta tuberculínica de, no mínimo, 10 mm; População indígena: neste grupo, a quimioprofilaxia está indicada em todo o contato de tuberculose bacilífera, reator forte ao PPD, independente da idade e do estado vacinal, após avaliação e afastada a possibilidade de tuberculose doença, através da baciloscopia e do exame radiológico. Imunodeprimidos por uso de drogas, ou por doenças imunossupressoras, e contatos intradomiciliares de tuberculosos, sob criteriosa decisão médica. Reatores fortes a tuberculina, sem sinais de tuberculose ativa, mas com condições clínicas associadas a alto risco de desenvolvê-las, como: alcoolismo, diabetes insulino-dependente, silicose, nefropatias graves, sarcoidose, linfomas, pacientes com uso prolongado de corticosteróides em doses de imunossupressão, pacientes submetidos a quimioterapia antineoplásica, paciente submetido a tratamento com imunossupressores, portadores de imagens radiológicas compatíveis com tuberculose ativa, sem história de quimioterapia prévia. Estes casos deverão ser encaminhados a uma unidade de referência para a tuberculose. Coinfectados HIV e *M. Tuberculosis*. Este grupo deve ser submetido à prova tuberculínica, sendo de 5mm em vez de 10mm, o limite da reação ao PPD, para considerar-se uma pessoa infectada pelo *M. Tuberculosis*. A quimioprofilaxia será aplicada segundo as indicações do quadro a seguir:

Indicações ⁽¹⁾⁽²⁾	<p>Indivíduo sem sinais, ou sintomas sugestivos de tuberculose:</p> <p>A. Com radiografia de tórax normal e:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Reação ao PPD maior ou igual a 5mm⁽³⁾; 2) Contatos intradomiciliares ou institucionais de tuberculose bacilífera, ou 3) PPD não reator ou com endureção entre 0-4 mm, com registro documental de ter sido reator ao teste tuberculínico e não submetido a tratamento ou quimioprofilaxia na ocasião. <p>B. Com radiografia de tórax anormal:</p> <p>presença de cicatriz radiológica de TB sem tratamento anterior (afastada a possibilidade de TB ativa, através de exames de escarro e radiografias anteriores) independentemente do resultado do teste tuberculínico (PPD).</p>
Esquema ⁽⁴⁾	Isoniazida, VO, 5-10 mg/kg/dia (dose máxima 300 mg/dia) por 6 meses consecutivos.

- (1) O teste tuberculínico (PPD) deve ser sempre realizado na avaliação inicial do paciente HIV+, independentemente do seu estado clínico ou laboratorial (contagem de células CD4+ e carga viral), devendo ser repetido anualmente nos indivíduos não reatores. Nos pacientes não reatores, e em uso de terapia anti-retroviral, recomenda-se fazer o teste a cada seis meses no primeiro ano de tratamento, devido à possibilidade de restauração da resposta tuberculínica.
- (2) A quimioprofilaxia com isoniazida (H) reduz o risco de adoecimento, a partir da reativação endógena do bacilo, mas não protege contra exposição exógena após sua suspensão. Portanto, em situações de possível re-exposição ao bacilo da tuberculose, o paciente deverá ser reavaliado quanto à necessidade de prolongamento da quimioprofilaxia (caso esteja em uso de isoniazida), ou de instauração de nova quimioprofilaxia (caso esta já tenha sido suspensa).
- (3) Pacientes com imunodeficiência moderada/grave e reação ao PPD >10 mm, sugere-se investigar cuidadosamente tuberculose ativa (pulomar ou extrapulmonar), antes de se iniciar a quimioprofilaxia.
- (4) Indivíduos HIV+, contatos de pacientes com bacilíferos com tuberculose isoniazida – resistente documentada, deverão ser encaminhados a uma unidade de referência, para realizar quimioprofilaxia com rifampicina.

Observações

- Não se recomenda a quimioprofilaxia nos HIV positivos, não reatores à tuberculina, com ou sem evidências de imunodeficiência avançada. Deve-se repetir a prova tuberculínica a cada seis meses.
- Em pacientes com raios-X normal, reatores à tuberculina, deve-se investigar outras patologias ligadas à infecção pelo HIV, antes de iniciar a quimioprofilaxia, devido à concomitância de agentes oportunistas/manifestações atípicas de tuberculose mas frequentes nessas coortes.

d) Educação em Saúde

Esclarecimento quanto aos aspectos importantes da doença, sua transmissão, prevenção e tratamento.

71

**VARICELA /
HERPES
ZOSTER**

CID10
B01 A B02

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição

A Varicela é uma infecção viral primária, aguda, caracterizada por surgimento de exantema de aspecto máculo-papular, de distribuição centrípeta, que, após algumas horas, adquire aspecto vesicular, evoluindo rapidamente para pústulas e, posteriormente, formando crostas em 3 a 4 dias. Pode ocorrer febre moderada e sintomas sistêmicos. A principal característica clínica é o polimorfismo das lesões cutâneas, que se apresentam nas diversas formas evolutivas, acompanhadas de prurido. Em crianças, geralmente, é uma doença benigna e auto-limitada.

Herpes Zoster, geralmente, é decorrente da reativação do vírus da varicela em latência, em adultos e pacientes imunocomprometidos, como portadores de doenças crônicas, neoplasias, aids e outras. O herpes zoster tem quadro pleomórfico, causando desde doença benigna até outras formas graves, com êxito letal. Excepcionalmente, há pacientes que desenvolvem herpes zoster após contato com doentes de varicela e, até mesmo, com outro doente de zoster, o que indica a possibilidade de uma reinfecção em paciente já previamente imunizado. É também possível uma criança adquirir varicela por contato com doente de zoster. O quadro clínico do herpes zoster é, quase sempre, típico. A maioria dos doentes refere, antecedendo às lesões cutâneas, dores nevrálgicas, além de parestesias, ardor e prurido locais, acompanhados de febre, cefaléia e mal-estar. A lesão elementar é uma vesícula sobre base eritematosa. A erupção é unilateral, raramente ultrapassando a linha mediana, seguindo o trajeto de um nervo. Surgem de modo gradual, levando de 2 a 4 dias para se estabelecerem. Quando não ocorre infecção secundária, as vesículas se dissecam, formam-se crostas e o quadro evolui para a cura em 2 a 4 semanas. As regiões mais comprometidas são a torácica (53% dos casos), cervical (20%), trigêmeo (15%) e lombossacra (11%). Em pacientes imunossuprimidos, as lesões surgem em localizações atípicas e, geralmente, disseminadas. O envolvimento do VII par craniano leva a uma combinação de paralisia facial periférica e rash no pavilhão auditivo, denominado síndrome de Haysay-Hurt, com prognóstico de recuperação pouco provável. O acometimento do nervo facial (paralisia de Bell) apresenta a característica de distorção da face. Lesões na ponta e asa do nariz sugerem envolvimento do ramo oftálmico e trigêmio, com possível acometimento ocular. Nos pacientes com herpes Zoster disseminado e/ou recidivante é aconselhável fazer sorologia para HIV, além de pesquisar neoplasias malignas e outras causas de imunossupressão.

Sinonímia

Catapora, fogo de salita (varicela).

Cobreiro (herpes Zoster).

Agente etiológico

É um vírus RNA. Vírus *Varicella-Zoster*, família *Herpetoviridae*.

Reservatório

O homem.

Modo de transmissão

Pessoa a pessoa, através do contato direto ou através de secreções respiratórias e, raramente, através do contato com lesões. Transmitida indiretamente através de objetos contaminados com secreções de vesículas e membranas mucosas de pacientes infectados.

Período de incubação

Entre 14 a 16 dias, podendo variar entre 10 a 20 dias após o contato. Pode ser mais curto em pacientes imunodeprimidos e mais longo após imunização passiva.

Período de transmissibilidade

Varia de 1 a 2 dias antes da erupção até 5 dias após o surgimento do primeiro grupo de vesículas. Enquanto houver vesículas, a infecção é possível.

Complicações

Infecção bacteriana secundária de pele: impetigo, abcesso, celulite, erisipela, causadas por *S. aureus*, *Streptococcus pyogenes*, que podem levar a quadros sistêmicos de sepse, com artrite, pneumonia, endocardite. Encefalite ou meningite e glomerulonefrite. Pode ocorrer Síndrome de Reye, caracterizada por quadro neurológico de rápida progressão e disfunção hepática, associado ao uso de ácido acetil-salicílico principalmente em crianças. Infecção fetal, durante a gestação, pode levar à embriopatia, com síndrome da varicela congênita (varicela neonatal, em recém nascidos expostos). Imunodeprimidos podem ter a forma de varicela disseminada, varicela hemorrágica. Nevralgia pós-herpética: definida como dor persistente em mais que 4 a 6 semanas após a erupção cutânea. Sua incidência é claramente associada à idade, atingindo cerca de 40% dos indivíduos acima de 50 anos. É mais freqüente em mulheres e após comprometimento do trigêmeo.

Diagnóstico

Principalmente através do quadro clínico-epidemiológico. O vírus pode ser isolado das lesões vesiculares durante os primeiros 3 a 4 dias de erupção ou identificado através de células gigantes multinucleadas em lâminas preparadas a partir de material raspado da lesão, pela inoculação do líquido vesicular em culturas de tecido. Há aumento em quatro vezes da titulação de anticorpos por diversos métodos (imunofluorescência, fixação do complemento, ELISA), que, também, são de auxílio no diagnóstico. O PCR tem sido empregado.

Diagnóstico diferencial

Varíola (erradicada), coxsackioses, infecções cutâneas, dermatite herpética de Dunning Brocq, riquetsioses.

Tratamento

Varicela em crianças é uma doença benigna, não sendo necessário tratamento específico.

Tópico

Compressas de permanganato de potássio (1:40.000) e água boricada a 2%, várias vezes ao dia.

Específico

- Antivirais
Aciclovir

Em crianças, quando indicado, 20mg/kg/dose, VO, 4 vezes ao dia, dose máxima 800mg/dia, durante 5 dias. Adultos: aciclovir, em altas doses, 800mg, VO, 5 vezes ao dia, durante 7 dias. Seu uso está indicado apenas para casos de varicela de evolução moderada ou grave em maiores de 12 anos, com doença cutânea ou pulmonar crônica. Não está indicado seu uso em casos de varicela não complicada, sendo discutível a utilização em gestantes. **Crianças imunocomprometidas não devem fazer uso de aciclovir oral.** Aciclovir intravenoso é recomendado, em pacientes imunocomprometidos ou em casos graves, na dosagem de 10mg/kg, a cada 8 horas, infundido durante uma hora, durante 7 a 14 dias. Seu uso está indicado, com restrições, em gestantes com complicações graves de varicela. Outros antivirais têm sido indicados. A nevralgia pós-herpética (NPH) é uma complicação freqüente (até 20%) da infecção pelo herpes zoster, que se caracteriza pela refratariedade ao tratamento. A terapia antiviral específica, iniciada dentro de 72 horas após o

surgimento do rash, reduz a ocorrência da NPH. O uso de corticosteroídes, na fase aguda da doença, não altera a incidência e a gravidade do NPH, porém reduz a neurite aguda, devendo ser adotada em pacientes sem imunocomprometimento. Uma vez instalada a NPH, o arsenal terapêutico é enorme, porém não há uma droga eficaz para seu controle. São utilizados: creme de capsaicina, 0,025% a 0,075%; lido-caína gel, a 5%; amitriplina, em doses de 25 a 75mg, VO; carbamazepina, em doses de 100 a 400mg, VO; benzodiazepínicos; rizotomia, termo coagulação e até simpactetomia.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

A varicela é uma doença benigna, mas altamente contagiosa, que ocorre principalmente em menores de 15 anos de idade. É mais freqüente no final do inverno e início da primavera. Indivíduos imunocomprometidos, quando adquirem varicela primária ou recorrente, possuem maior risco de doença grave. A taxa de ataque para síndrome de varicela congênita em recém-nascidos de mães com varicela no primeiro semestre de gravidez foi 1,2%; e entre a 13ª e 20ª semanas, 2%. Recém-nascidos que adquirem varicela entre 5 a 10 dias de vida, cujas mães infectaram-se dentro do período de cinco dias antes do parto até dois dias depois, têm maior risco de varicela grave, com letalidade de até 30%. A infecção intrauterina e a ocorrência de varicela antes dos 2 anos de idade estão relacionadas à ocorrência de zoster em idades mais jovens.

Herpes Zoster e aids

A partir de 1981, o herpes zoster passou a ser reconhecido como uma infecção freqüente em pacientes portadores de HIV. Posteriormente, observações epidemiológicas demonstraram ser uma manifestação inicial de infecção pelo HIV, cuja ocorrência é preditiva de soropositividade para HIV, em populações de risco. A incidência de herpes zoster é significativamente maior entre indivíduos HIV positivos que entre os soro negativos (15 vezes mais freqüente nos primeiros). A incidência cumulativa de zoster por 12 anos após a infecção pelo HIV foi de 30%, ocorrendo segundo uma taxa relativamente constante, podendo ser manifestação precoce ou tardia da infecção pelo HIV. Complicações, como retinite, necrose aguda de retina e encefalite progressiva fatal, têm sido relatadas com mais freqüência em pacientes HIV positivos.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Conhecer os padrões de ocorrência da doença (distribuição por tempo, pessoa e lugar) e detectar surtos em sua fase inicial para fazer isolamento

dos casos visando impedir a disseminação da doença, bem como monitorar a intensidade da circulação viral e fatores associados à gravidade e óbito.

Notificação

Não é doença de notificação compulsória, mas os surtos devem ser notificados às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Recomenda-se a notificação de casos agregados por faixa etária através do módulo de surtos do SINAN. Para avaliar os fatores associados à gravidade e óbito, recomenda-se também a vigilância de casos graves e óbitos.

MEDIDAS DE CONTROLE

A vacina contra varicela, ainda não faz parte do calendário básico de vacinações, estando disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) recomendada a seguir:

- Em caso de surto a partir dos 6 meses e em qualquer idade, nos indivíduos suscetíveis até 96 horas de contato;
- Imunocomprometidos (leucemia linfocítica aguda e tumores sólidos em remissão (pelo menos 12 meses), desde que apresentem maior ou igual 1200 linfócitos/mm³, sem radioterapia);
- Caso esteja em quimioterapia, suspendê-la sete dias antes e sete dias depois da vacinação;
- Profissionais de saúde, familiares suscetíveis a doença, imunocompetentes que estejam em convívio comunitário ou hospitalar com imunocomprometidos;
- Suscetíveis a doença que serão submetidos a transplante de órgãos sólidos, pelo menos três semanas antes do ato cirúrgico;
- Pessoas suscetíveis à doença, imunocompetentes, no momento da internação em enfermaria onde haja caso de varicela;
- HIV – positivos, assintomáticos ou oligossintomático. Administração da vacina é subcutânea e a dose varia de acordo com o laboratório produtor.

Eventos adversos

A literatura refere que os eventos adversos desta vacina são pouco significativos, observando-se em torno de 6% em crianças e de 10 a 21% em adultos suscetíveis, as manifestações como dor, calor e rubor.

Contra-indicação

- Pacientes imunocomprometidos, exceto nos casos previstos nas indicações.
- Durante o período de três meses após terapia imunodepressora.

- Durante um mês após o uso de corticosteróides em dose imunodepressora (equivalente a 2mg/kg/dia ou mais de prednisona durante 14 dias ou mais).
- Na gestação, após a vacinação, mulheres em idade fértil devem evitar a gravidez durante um mês.
- Reação anafilática a dose anterior da vacina ou a algum de seus componentes.

Precauções

Não utilizar salicilatos durante seis semanas após a vacinação, por ter sido temporariamente associado à ocorrência de Síndrome de Reye.

Imunoglobulina Humana Antivaricela-Zóster (IGHAVZ)

Sua utilização também deve ser de no máximo até 96 horas depois de ter ocorrido o contato, o mais precocemente possível. Estando disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) recomendada a seguir:

- Nas crianças menores de 6 meses de idade (em situações de surto);
- Crianças e adultos imunocomprometidos em qualquer idade;
- Gestantes;
- Recém-nascidos de mães nas quais a varicela surgiu nos últimos 5 dias de gestação ou nos 2 primeiros dias após o parto; e cuja mãe não teve varicela;
- Recém-nascidos prematuros, com menos de 28 semanas de gestação (ou com menos de 1000g. ao nascimento) independente de história materna de varicela.

Administração

Intramuscular.

Dose

Única de 125U/10kg. (mínima de 125U e máxima de 625U).

Contra indicações e Eventos Adversos

Não há contra- indicação ao uso de IGHAVZ, e, o evento adverso mais observado é a dor local.

Nota

Crianças vacinadas com menos de 6 meses de idade devem receber uma 2ª dose após completar os 12 meses.

A vacina contra varicela, consta da rotina de toda população indígena, face a situação de risco acrescido que está população vive, bem como a alta letalidade observada nestes povos.

Medidas gerais

- Lavar as mãos após tocar lesões potencialmente infecciosas.

Medidas específicas**Isolamento**

Crianças com varicela não complicada podem retornar à escola no 6º dia após o surgimento do rash cutâneo. Crianças imunodeprimidas ou que apresentam curso clínico prolongado só deverão retornar às atividades após o término da erupção vesicular. Pacientes internados: isolamento. .

Desinfecção

Concorrente dos objetos contaminados com secreções nasofaríngeas.

ANEXOS

ANEXO I

LISTA NACIONAL DE
AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
COMPULSÓRIA

PORTARIA Nº 2325 GM

PORTARIA Nº 2325/GM Em, 08 DE DEZEMBRO DE 2003**Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional.**

O MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o disposto no art. 8º, inciso I, do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976 e na Portaria nº 95/2001 do Ministério da Saúde, que regulamentam a notificação compulsória de doenças no País e ainda, considerando a necessidade de regulamentar os fluxos e a periodicidade dessas informações, resolve:

Art. 1º Os casos suspeitos ou confirmados das doenças, constantes no Anexo I desta Portaria são de notificação compulsória às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e ao Ministério da Saúde.

Parágrafo único. A ocorrência de agravo inusitado à saúde, independentemente de constar desta relação, deverá também ser notificada imediatamente às autoridades sanitárias mencionadas no caput deste artigo.

Art. 2º A definição de caso, o fluxo e instrumentos de notificação para cada doença relacionada no Anexo I desta Portaria, deverão obedecer à padronização definida pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde – SVS/MS.

Art. 3º Os gestores municipais e estaduais do Sistema Único de Saúde poderão incluir outras doenças e agravos no elenco de doenças de notificação compulsória, em seu âmbito de competência, de acordo com o quadro epidemiológico local.

Parágrafo único. A inclusão de outras doenças e agravos deverá ser definida conjuntamente entre os gestores estaduais e municipais e a SVS/MS.

Art. 4º Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar normas regulamentadoras desta Portaria.

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 1943/GM, de 18 de outubro de 2001, publicada no DOU nº 204, Seção 1, pág. 35, de 24 de outubro de 2001.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

Ministro da Saúde

ANEXO I - LISTA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Botulismo
Carbúnculo ou “antraz”
Cólera
Coqueluche
Dengue
Difteria
Doenças de Chagas (casos agudos)
Doenças Meningocócica e outras Meningites
Esquistosomose (em área não endêmica)
Febre Amarela
Febre do Nilo
Febre Maculosa
Febre Tifóide
Hanseníase
Hantavirose
Hepatites Virais
Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
Leishmaniose Tegumentar Americana
Leishmaniose Visceral
Leptospirose
Malária
Meningite por Haemophilus influenzae
Peste
Poliomielite
Paralisia Flácida Aguda
Raiva Humana
Rubéola
Síndrome da Rubéola Congênita
Sarampo
Sífilis Congênita
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
Síndrome Respiratória Aguda Grave
Tétano
Tularemia
- Tuberculose
- Varíola

ANEXO II

CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO

PORTARIA Nº 597 GM

PORTARIA Nº 597/GM EM 8 DE ABRIL DE 2004.

**Institui, em todo território nacional,
os calendários de vacinação.**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos arts 27 e 29 do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e

Considerando a necessidade de estabelecer normas sobre o Programa Nacional de Imunizações, resolve:

Art. 1º Instituir, em todo território nacional, os calendários de vacinação visando o controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis por intermédio do Programa Nacional de Imunizações, vinculado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica – DEVEP, da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Art. 2º Estabelecer que a partir de 2004 serão adotados o Calendário Básico de Vacinação da Criança, o Calendário de Vacinação do Adolescente e Calendário de Vacinação do Adulto e Idoso, conforme disposto nos Anexos I, II e III desta Portaria, respectivamente.

Art. 3º Determinar que as vacinas e períodos estabelecidos nos calendários constantes dos Anexos I, II e III desta Portaria são de caráter obrigatório.

Art. 4º O cumprimento da obrigatoriedade das vacinações será comprovado por meio de atestado de vacinação a ser emitido pelos serviços públicos de saúde ou por médicos em exercício de atividades privadas, devidamente credenciadas para tal fim pela autoridade de saúde competente, conforme disposto no art. 5º da Lei 6.529/75.

§ 1º O comprovante de vacinação deverá ser fornecido por médicos e ou enfermeiros responsáveis pelas unidades de saúde, devidamente carimbado e assinado tendo o número da unidade que esta fornecendo, bem como o número do lote e laboratório produtor da vacina aplicada.

§ 2º O atestado de vacinação também poderá ser fornecido pelas clínicas privadas de vacinação e que estejam de acordo com a legislação vigente, atendendo as exigências para o funcionamento de estabelecimentos privados de vacinação, seu licenciamento, fiscalização e controle.

§ 3º As vacinas obrigatórias e seus respectivos atestados serão gratuitos na rede pública dos serviços de saúde.

Art. 5º Deverá ser concedido prazo de 60 (sessenta) dias para apresentação do atestado de vacinação, nos casos em que ocorrer a inexistência deste ou quando forem apresentados de forma desatualizada.

§ 1º Para efeito de pagamento de salário-família será exigida do segurado a apresentação dos atestados de vacinação obrigatórias estabelecidas nos Anexos I, II e III desta Portaria.

§ 2º Para efeito de matrícula em creches, pré-escola, ensino fundamental, ensino médio e universidade o comprovante de vacinação deverá ser obrigatório, atualizado de acordo com o calendário e faixa etária estabelecidos nos Anexos I, II e III desta Portaria.

§ 3º Para efeito de Alistamento Militar será obrigatória apresentação de comprovante de vacinação atualizado.

§ 4º Para efeito de recebimento de benefícios sociais concedidos pelo Governo, deverá ser apresentado comprovante de vacinação, atualizado de acordo com o calendário e faixa etária estabelecidos nos Anexos I, II e III desta Portaria.

§ 5º Para efeito de contratação trabalhista, as instituições públicas e privadas deverão exigir a apresentação do comprovante de vacinação, atualizado de acordo com o calendário e faixa etária estabelecidos nos Anexos I, II e III desta Portaria.

Art. 6º Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar normas regulamentadoras desta Portaria.

Art. 7º Fica revogada a Portaria nº 221/GM, de 05 de maio de 1978, publicada no Diário Oficial Seção 1, Parte 1, de 11 de maio de 1978, pág. 6924.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

Ministro da Saúde

ANEXO I - CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO

IDADE	VACINAS	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
ao nascer	BCG-ID	dose única	formas graves da Tuberculose
	contra Hepatite B ⁽¹⁾	1ª dose	Hepatite B
1 mês	contra Hepatite B	2ª dose	Hep ite B
2 meses	Tetraivalente (DTP + Hib) ⁽²⁾	1ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções por Haemophilus influenza Tipo b
	VOP (Vacina Oral contra a Pólio)	1ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil
4 meses	Tetraivalente (DTP + Hib)	2ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções por Haemophilus influenza Tipo b
	VOP (Vacina Oral contra a Pólio)	2ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil
6 meses	Tetraivalente (DTP + Hib)	3ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções por Haemophilus influenza Tipo b
	VOP (Vacina Oral contra a Pólio)	3ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil
	contra Hepatite B	3ª dose	Hepatite B
9 meses	contra Febre Amarela ⁽³⁾	dose única	Febre Amarela
12 meses	SRC (Tríplice Viral)	dose única	Sarampo, Caxumba e Rubéola
15 meses	DTP (Tríplice Bacteriana)	1º reforço	Difteria, Tétano, Coqueluche
	VOP (Vacina Oral contra a Pólio)	reforço	Poliomielite ou Paralisia Infantil
4 - 6 anos	DTP (Tríplice Bacteriana)	2º reforço	Difteria, Tétano, Coqueluche
	SRC (Tríplice Viral)	reforço	Sarampo, Caxumba e Rubéola
6 - 10 anos	BCG-ID ⁽⁴⁾	reforço	formas graves da Tuberculose
10 anos	contra Febre Amarela	reforço	Febre Amarela

⁽¹⁾ A primeira dose da vacina contra Hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém nascido. O esquema básico se constitui de 03 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose.

⁽²⁾ O esquema de vacinação atual é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Tetraivalente e dois reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo, entre 4 e 6 anos.

⁽³⁾ A vacina contra Febre Amarela está indicada para crianças a partir dos 09 meses de idade, que residam ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

⁽⁴⁾ Em alguns estados, esta dose não foi implantada. Aguardando conclusão de estudos referentes a efetividade da dose de reforço.

ANEXO II - CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE (1)

IDADE	VACINAS	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
de 11 a 19 anos (na primeira vista ao serviço de saúde)	Hep B	1ª dose	contra Hepatite B
	dT (2)	1ª dose	contra Difteria e Tétano
	FA (3)	dose inicial	contra Febre Amarela
	SCR (4)	dose única	Sarampo, Caxumba e Rubéola
1 mês após a 1ª dose contra Hepatite B	Hep B	2ª dose	contra Hepatite B
6 meses após a 1ª dose contra Hepatite B	Hep B	3ª dose	contra Hepatite B
2 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT	2ª dose	contra Difteria e Tétano
4 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT	3ª dose	contra Difteria e Tétano
a cada 10 anos por toda vida	dT (5)	Reforço	contra Difteria e Tétano
	FA	Reforço	contra Febre Amarela

- (1) Adolescente que não tiver comprovação de vacinação anterior, seguir este esquema. Se apresentar documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado.
- (2) Adolescente que já recebeu anteriormente 03 (três) doses ou mais das vacinas DTP, DT ou dT, aplicar uma dose de reforço. É necessário doses de reforço da vacina a cada 10 anos. Em ferimentos graves, antecipar a dose de reforço para 05 anos após a última dose. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.
- (3) Adolescente que resida ou que irá viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.
- (4) Adolescente que tiver duas doses da vacina Tríplice Viral (SCR) devidamente comprovada no cartão de vacinação, não precisa receber esta dose.
- (5) Adolescentes grávidas, que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 5 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para cinco anos após a última dose.

ANEXO III - CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADULTO E DO IDOSO

IDADE	VACINAS	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
a partir de 20 anos	dT ⁽¹⁾	1ª dose	contra Difteria e Tétano
	FA ⁽²⁾	dose inicial	contra Febre Amarela
	SR e/ou SCR ⁽³⁾	dose única	Sarampo, Caxumba e Rubéola
2 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT	2ª dose	contra Difteria e Tétano
4 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT	3ª dose	contra Difteria e Tétano
a cada 10 anos por toda vida	dT ⁽⁴⁾	Reforço	contra Difteria e Tétano
	FA	Reforço	contra Febre Amarela
60 anos ou mais	Influenza ⁽⁵⁾	dose anual	contra Influenza ou Gripe
	Pneumococo ⁽⁶⁾	dose única	contra Pneumonia causada pelo pneumococo

⁽¹⁾ A partir dos 20 (vinte) anos gestantes, não gestante, homens e idosos que não tiverem comprovação de vacinação anterior, seguir o esquema acima de 3 doses. Apresentando documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.

⁽²⁾ Adulto/Idoso que resida ou que irá viajar para área endêmica (estados AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados PI, BA, MG, SP, PR, SC E RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.

⁽³⁾ A vacina dupla viral - SR (Sarampo e Rubéola) e/ou a vacina triplíce viral - SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola) deve ser administrada em mulheres de 12 a 49 anos que não tiverem comprovação de vacinação anterior e em homens até 39 (trinta e nove) anos.

⁽⁴⁾ Mulher grávida, que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 05 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço. Em caso de ferimentos graves em adultos, a dose de reforço deverá ser antecipada para cinco anos após a última dose.

⁽⁵⁾ As vacinas contra Influenza é oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso.

⁽⁶⁾ A vacina contra pneumococos é aplicada, durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, nos indivíduos que convivem em instituições fechadas, tais como, casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso, com apenas um reforço cinco anos após a dose inicial.

