



GOVERNO DO DISTRITO
FEDERAL

SECRETARIA DE
ESTADO
DE
SAÚDE



SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

GERÊNCIA DE
DOENÇAS CRÔNICAS
E AGRAVOS
TRANSMISSÍVEIS

NÚCLEO DE
CONTROLE DE
ENDEMIAS,
DOENÇAS
TRANSMISSÍVEIS E
EMERGENTES

Chefe do Núcleo:
Dalcy Albuquerque Filho

Equipe Técnica:
Enfª. Ana Karla da Silva
Biol. Franciene Oliveira
APPb. Harley Cunha
Biol. Nádia Martins
Enfª. Sandra Maria Cortez

Equipe Volante:
APPb Agenildo Mendes
Ag. Sd João Afonso
Sobrinho
Ag. Sd Sebastião Almeida
Filho

Informativo Epidemiológico

(malária, febre amarela, esquistossomose, febre maculosa, DCA e DCJ)

Ano 2, Nº 2- Julho de 2012
Até semana epidemiológica Nº 26 de 2012.

Em 2012, no Distrito Federal, foram diagnosticados e tratados, onze casos de malária, a maioria, oriundos da Região Norte.

Esquistossomoses tiveram dois casos confirmados importados e febre maculosa um caso suspeito não confirmado.

Doença Creutzfeldt - Jakob (DCJ): temos 2 casos suspeitos de DCJ e um descartado.

Não tivemos casos confirmados de febre amarela e doença de Chagas aguda (DCA). Neste informativo fazemos uma explanação sobre doença de Chagas.

Todos os números deste boletim são parciais.

1 – Malária

➤ Malária

A malária é uma doença infecciosa febril aguda, cujos agentes causadores são protozoários do gênero *Plasmodium* transmitidos por vetores (mosquito *Anopheles*). No Brasil, a região amazônica tem alta incidência, pois, concentra aproximadamente 97% dos casos brasileiros. A transmissão, usualmente, ocorre em área rural (próximo a florestas), mas pode acontecer no perímetro urbano e adjacências. O DF não é área endêmica, mas, classificada como, de transmissão esporádica.

A malária é uma doença com grande potencial de gravidade clínica. Fora da região amazônica tem altíssima letalidade e estas mortes muitas vezes ocorrem pelo retardo no diagnóstico, dada a confusão com outras doenças febris por profissionais não acostumados a suspeitar da doença. Não sensíveis, ignoram a hipótese diagnóstica e, pior, não acreditam e menosprezam as informações prestadas, espontaneamente, de que o paciente esteve em área endêmica.

Uma equipe volante, subordinada ao Núcleo de Controle de Endemias / GDCAT / DIVEP / SVS da Secretaria de Estado de Saúde do DF, dá suporte ao profissional que suspeita de malária seja, médico ou qualquer pessoa da equipe de saúde em unidades públicas, privadas ou na casa do paciente. Uma vez chamada, por telefone, em qualquer dia (inclusive fins de semana e feriados), irá ao local onde o paciente suspeito está sendo atendido, colhe sangue para o exame de

“Brasília – Patrimônio Cultural da Humanidade”

Núcleo de Controle de Endemias e Doenças Transmissíveis Emergentes
SGAN 601 Bloco O/P – Brasília/DF - CEP: 70.830010 Tel.: 3905-7912 - 3322 0369
e-mail: endemias@saude.df.gov.br e endemias.df@gmail.com

Gota Espessa, que dá o diagnóstico da malária, mostra o tipo do parasita infectante e sua concentração no sangue. A equipe informa o resultado ao médico assistente, em menos de 4 horas. Caso seja positivo, dispensa as medicações para o tratamento, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Assim, o médico tem condições de iniciar o tratamento do seu paciente imediatamente. Os telefones da equipe são: **61 96682512, 92490000 ou 92011684.**

Fontes:

1. SINAN/W
2. SINAN/NET
3. Relatórios do Núcleo de Controle de Endemias, Doenças transmissíveis e Emergentes/GDCAT
4. Relatórios da Gerência de Controle de Zoonoses/DIVAL
5. Guia de Vigilância Epidemiológica, 7ª Ed. 2009/SVS/MS

➤ Situação epidemiológica da malária no Distrito Federal – DF

Este Informe apresenta os casos inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no primeiro semestre de 2012, por semana epidemiológica (SE) de início dos sintomas.

Até a 26ª semana epidemiológica de 2012, tivemos 15 casos suspeitos de malária, 11 (73,3%) foram confirmados por exame laboratorial (Tabela 1). Considerando o local provável de infecção - LPI, em nenhum dos casos a transmissão foi no DF. A proporção de casos confirmados, segundo o local de residência, indica Samambaia com o maior percentual (13,3%) de registros.

Em 2012 não aconteceu nenhum óbito relacionado à malária, no DF.

Tabela 1: Casos de Malária (autóctones e importados) % de confirmados no DF, segundo local de residência - DF, 2012*

| Distrito de Residência | Nº de Casos | | | Total de Confirmados | % de Confirmados |
|------------------------|-------------|---------------|--------------------|----------------------|------------------|
| | Not. | Confirmados | | | |
| | | Infeção no DF | Infeção fora do DF | | |
| Águas Claras | - | - | - | - | - |
| Asa Norte | 1 | - | - | - | - |
| Asa Sul | 1 | - | 1 | 1 | 9,1 |
| Brazlândia | - | - | - | - | - |
| Candangolândia | 1 | - | 1 | 1 | 9,1 |
| Ceilândia | 1 | - | 1 | 1 | 9,1 |
| Cruzeiro | - | - | - | - | - |
| Fercal | - | - | - | - | - |
| Gama | - | - | - | - | - |
| Guará | - | - | - | - | - |
| Itapoã | - | - | - | - | - |
| Jardim Botânico | - | - | - | - | - |
| Lago Norte | - | - | - | - | - |
| Lago Sul | - | - | - | - | - |
| N.Bandeirante | - | - | - | - | - |
| Paranoá | - | - | - | - | - |
| Park Way | - | - | - | - | - |
| Planaltina | - | - | - | - | - |
| Rec. Emas | - | - | - | - | - |
| Riac. Fundo I | - | - | - | - | - |
| Riac. Fundo II | 1 | - | 1 | 1 | 9,1 |
| Samambaia | 3 | - | 2 | 2 | 18,2 |
| Santa Maria | 1 | - | 1 | 1 | 9,1 |
| São Sebastião | - | - | - | - | - |
| Scia (Estrutural) | - | - | - | - | - |
| SIA | - | - | - | - | - |
| Sobradinho | - | - | - | - | - |
| Sobradinho II | - | - | - | - | - |
| Sudoeste/Octog. | - | - | - | - | - |
| Taguatinga | - | - | - | - | - |
| Varjão | - | - | - | - | - |
| Vicente Pires | - | - | - | - | - |
| Res outra UF | 3 | - | 4 | 4 | 36,4 |
| Reg Ig/branco | 3 | - | - | - | - |
| Total | 15 | - | 11 | 11 | 100 |

Fonte: SINANNET/DIV EP/SV S/SES-DF

*Dados atualizados até 26ª semana epidemiológica dos sintomas.

A distribuição dos casos confirmados por Unidade Federada (UF) de infecção (tabela 2) mostra que ocorreram três no Amazonas, dois no Pará e um caso em Roraima, Rondônia e Tocantins, totalizando oito casos da Região Norte. Dos três casos restantes, um é de fora do país e os dois restantes tem local de transmissão não informado, mas certamente não autóctones (tabelas 2 e 3). A letalidade até o momento é de 0%.

| Tabela 2: Casos confirmados de malária, óbitos e letalidade segundo UF de infecção - DF, 2012, ** | | | |
|--|-----------|---------------|-------------------|
| Nº de casos | | Nº | Letalidade |
| UF | Nº | Óbitos | e (%) |
| AC | - | - | - |
| AL | - | - | - |
| AM | 3 | - | - |
| AP | - | - | - |
| BA | - | - | - |
| CE | - | - | - |
| DF | - | - | - |
| ES | - | - | - |
| GO | - | - | - |
| MA | - | - | - |
| | | | |
| MG | - | - | - |
| MS | - | - | - |
| MT | - | - | - |
| PA | 2 | - | - |
| PB | - | - | - |
| PE | - | - | - |
| PI | - | - | - |
| PR | - | - | - |
| RJ | - | - | - |
| RN | - | - | - |
| RO | 1 | - | - |
| RR | 1 | - | - |
| SE | - | - | - |
| SP | - | - | - |
| TO | 1 | - | - |
| Outros/lg | 3 | - | - |
| Total | 11 | 0 | 0 |

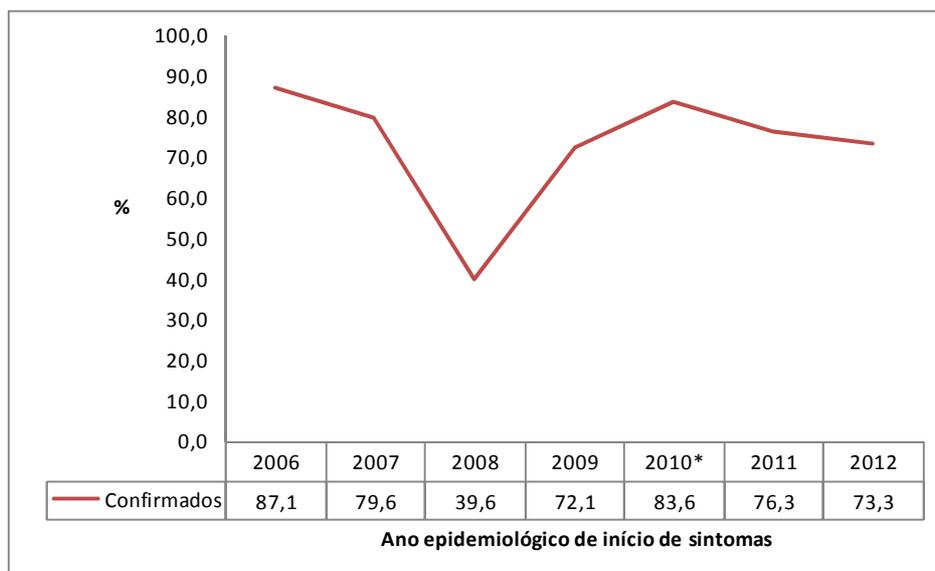
Fonte: 2012- SINAN/SES-DF

| Tabela 3 - Casos de malária (nº e proporção) segundo país de infecção. DF, 2012*. | | |
|--|--------------------|--------------|
| País | Nº de casos | % |
| Brasil | 8 | 72,7 |
| Angola | – | – |
| Camarões | – | – |
| gana | – | – |
| Guiana | – | – |
| Guiana Francesa | – | – |
| Guiné Bissau | – | – |
| Haiti | – | – |
| Senegal | – | – |
| Suriname | 1 | 9,1 |
| Togo | – | – |
| Ign/branco | 2 | 18,2 |
| Total | 11 | 100,0 |

A tabela 4 apresenta número e percentual de casos de malária, de acordo com a espécie parasitária, identificada no exame laboratorial (Gota Espessa). Esse resultado orienta o tratamento e fornece dados à vigilância epidemiológica de cada localidade. Nos casos detectados no DF predomina *P. Vivax*, com 90,9% dos casos.

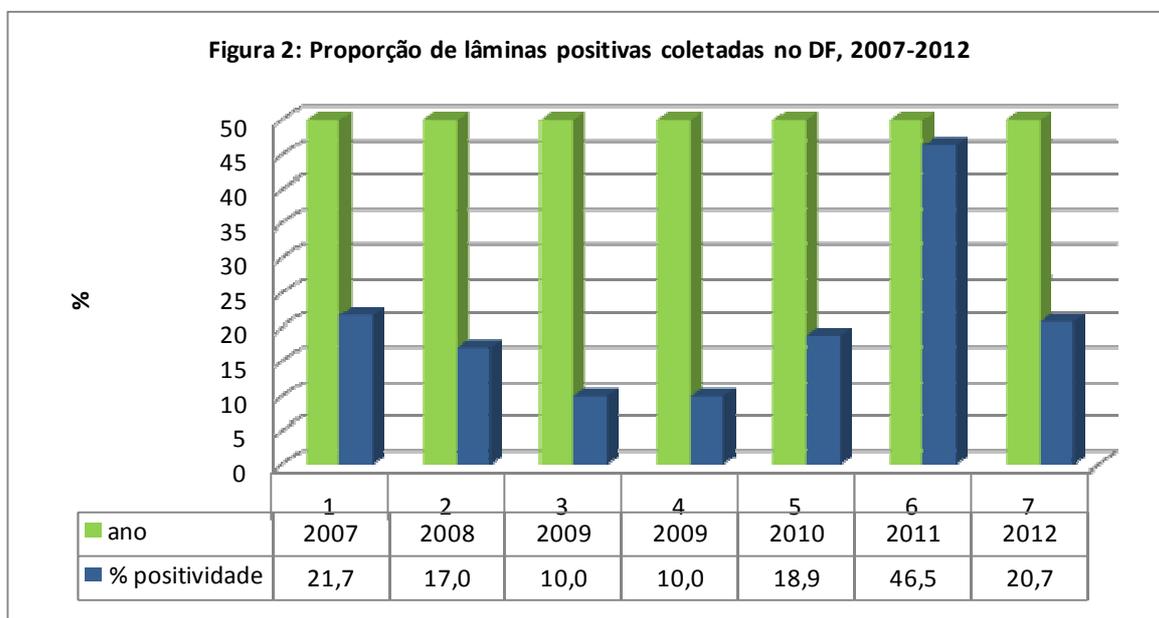
| Tabela 4 - Casos de malária (incidência e proporção) por tipo de plasmódio - DF, 2012*. | | |
|--|-----------------|--------------|
| Plasmódio | Nº casos | % |
| Falciparum | 1 | 9,1 |
| Vivax | 10 | 90,9 |
| Ovale | – | – |
| Falcip + Vivax | – | – |
| Falcip + FG | – | – |
| Ign/branco | – | – |
| Total | 11 | 100,0 |

A Figura 1 mostra a porcentagem de casos confirmados, em relação aos notificados.



*Dados atualizados de 2012 até a 26ª semana epidemiológica dos sintomas.

O histórico do quantitativo de amostras de sangue coletadas para pesquisa do plasmódio demonstrou que, em média, foram processadas 370 lâminas/ano no Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN-DF. Até a 26ª SE de 2012 foram analisadas 270 lâminas, para diagnóstico e verificação de cura. No período de 2007 a 2012, a positividade variou de 10 a 46,5 % em pessoas com suspeita da doença e/ou naquelas que estavam em tratamento (figura 2).



Legenda

- Not.= Notificados
- Conf.= Confirmados
- Aut.= Autóctones
- Imp.= Importados
- LPI= Local provável de infecção
- FG= Forma Gametócita

2 - Febre amarela

A febre amarela é uma endemia encontrada nas regiões tropicais úmidas com prevenção por vacina.

A série histórica do Distrito Federal para os anos de 2008 a 2012 (tabela 1) mostra um total de 143 casos notificados.

No ano de 2012, foram cinco notificações, de casos suspeitos, com exames sorológicos não reagentes.

Tabela 1. Série histórica de casos de Febre Amarela no DF, 2008-2012.

| Ano | Notificados | Confirmados | Autóctones | Importados |
|-------|-------------|-------------|------------|------------|
| 2008 | 72 | 13 | 6 | 7 |
| 2009 | 20 | - | - | - |
| 2010 | 27 | - | - | - |
| 2011 | 19 | - | - | - |
| 2012* | 5 | - | - | - |

Fonte: SINAN/SINANNET/NCEDTE/GDCAT/DIVEP/SVS/SES-DF

*Dados atualizados até 02/07/2012 de acordo com a data dos 1º sintomas.

Fontes:

- SINAN/NET,
- Relatórios NCEDTE/GDCAT,
- Relatórios GCZ/DIVAL;
- Guia de Vigilância Epidemiológica, 7ª Ed. (revista) 2009, MS.

3 – Esquistossomose

Em 2012 foram 2 casos notificados e confirmados, nenhum com transmissão no DF.

São todos importados da BA e MG. (Tabela 1).

Tabela 1 - Comparativo de casos notificados e confirmados (autóctones e importados) de Esquistossomose. DF, Janeiro a Junho - Ano 2011 e 2012

| Casos | Ano | |
|--------------------|------|------|
| | 2011 | 2012 |
| Notificados | 4 | 2 |
| Confirmados | 4(*) | 2 |
| Autóctones | - | - |
| Importados | 4 | 2 |

Fonte: SINANNET/NCEDTE/GeDCAT/DIVEP/SVS/SES-DF

(*) 1 caso crônico.

Estamos em fase de preparação para realização do Inquérito nacional, organizado pelo Ministério da Saúde.

4 – Febre maculosa

Em 2012 tivemos 1 caso suspeito não confirmado do DF.

5 – Doença de Chagas aguda – DCA

➤ Situação no DF.

No primeiro semestre de 2012, não foi notificado nenhum caso suspeito de doença de Chagas aguda – DCA, no DF.

➤ A doença de Chagas.

O mal de Chagas é uma doença tropical, causada pelo protozoário *Trypanossoma cruzi* (*T. cruzi*), transmitido ao homem por vetor, triatomíneos infectados, via oral, transfusões, transplantes de órgãos, vertical e acidentes ocupacionais, a partir de alimentos, sangue ou tecidos infectados. A transmissão vetorial é considerada eliminada no território nacional pela Organização Mundial de Saúde. Embora esteja numa região que tinha tradição de transmissão vetorial de doença de Chagas, no DF, há anos não se detecta nenhum caso de quadro agudo.

Na definição de caso suspeito da doença de Chagas aguda – DCA, a primeira condição é ter se exposto a alguma das formas de transmissão nos últimos 4 a 40 dias, os períodos de incubação variam com a forma de transmissão, e apresentar: febre há mais de 7 dias, com pelo menos uma das seguintes manifestações clínicas:

- Edema de face
- Edema de membros;
- Exantema;
- Adenomegalias;
- Hepatomegalia;
- Esplenomegalia;
- Sinais de cardiopatia aguda (arritmias e insuficiência cardíaca);
- Manifestações hemorrágicas;
- Icterícia;
- Sinais de inoculação, chagoma ou Romaña (inflamação no olho);

O caso é confirmado pela evidência do *T. cruzi* em exames parasitológicos, como, gota espessa, a fresco ou esfregaço e/ou de anticorpos da classe IgM, na sorologia. Estes casos tem indicação absoluta do tratamento específico. Os casos de doença de Chagas aguda – DCA e transmissão vertical (inclusive assintomáticos) são notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e também devem ser comunicados imediatamente ao NCE/GDCAT. Os casos indeterminados (somente sorologia positiva), doença crônica (formas cardíaca e digestiva) e reativação, não notificar.

São acompanhados e tratados, nos diversos ambulatórios da cidade, muitos pacientes com o quadro crônico (cardíaco ou digestivo) e indeterminado (sorologia positiva) da doença. Estes

pacientes podem se beneficiar (recomendável) de um ciclo de tratamento por 60 dias com o benzonidazol, a droga específica, disponível no Brasil para tratamento da doença de Chagas. É imprescindível ressaltar que, o paciente deve fazer somente um ciclo de tratamento, porém, ele manterá a sorologia positiva por anos. Portanto, a persistência da sorologia positiva ou a variação de seus títulos, não é critério de indicação para novo ciclo de tratamento.

Uma situação usual é a doença de Chagas crônica/indeterminada, em gestantes. Durante a gestação o tratamento da mãe não deve ser realizado. No momento do nascimento, deve ser colhido o sangue da criança para sorologia, se for negativa encerra-se o caso. Caso seja positiva, a princípio, não significa que tenha ocorrido transmissão vertical, pode ser transferência de anticorpos da mãe. Neste caso faz-se exame para pesquisa do parasito (gota espessa, a fresco ou esfregaço). Se for evidenciada a presença do parasito avaliar o melhor momento para o tratamento.

Caso o exame parasitológico seja negativo, a sorologia deve ser repetida com mais de 6 meses de vida (recomenda-se entre 6 e 9 meses), caso negativa, também encerra-se o caso, não houve transmissão vertical.

Se continuar positiva, avaliar instituição de tratamento específico. Normalmente, os casos de doença de Chagas congênita tem evolução assintomática, mas, caso surjam sintomas sugestivos da doença, a qualquer momento, deve-se avaliar a possibilidade de tratamento específico.

Em todas as formas da doença só está indicado um novo ciclo de tratamento se houver reativação. O quadro é visto com frequência em imunossuprimidos (portadores de AIDS, transplantados, em quimioterapia, etc). Nestes casos, independente da manifestação clínica, o parasita precisa ser evidenciado no sangue circulante pelos exames parasitológicos, para confirmação da reativação.

A droga distribuída pelo Ministério da Saúde aos estados e/ou municípios, para dispensa aos usuários é o benzonidazol (comprimido com 100mg). As doses diárias recomendadas são:

- Crianças: 5 a 10mg/Kg/dia
- Adultos: 5mg/Kg/dia;
- Lactentes: 10mg/kg/dia.

A dose diária deve ser dividida em duas ou três tomadas.

No Distrito Federal, o Núcleo de Controle de Endemias da GDCAT, subordinado a Diretoria de Vigilância Epidemiológica / SVS / Secretaria de Estado de Saúde do DF, regula e dispensa o medicamento, dentro dos critérios estabelecidos pelo Consenso Brasileiro em Doença de Chagas - 2005 e o Guia de Vigilância Epidemiológica, 7ª Ed. Precisa ser feito contato prévio pelos telefones (61) 33220369 e 39057912 e apresentar todos os documentos pedidos. Em todas as situações é entregue ao paciente ou seu representante, o tratamento completo, para 60 dias, de acordo com a prescrição e seguindo os critérios dos documentos citados como referência. As situações são as seguintes:

1. Doença de Chagas aguda, transmissão vertical e reativação, apresentar:
 - Relatório médico;
 - Cópia do laudo do exame parasitológico positivo e/ou sorologia REAGENTE (positiva) da classe IgM, para DC;
 - Receita médica (2 vias) para o tratamento completo (60 dias);

- Ficha de notificação (SINAN) preenchida, exceto para caso de reativação;
 - Todos os itens devem ter sido datados há menos de 60 dias.
2. Doença de Chagas crônica ou indeterminada apresentar:
- Relatório médico, incluindo declaração de ser o primeiro ciclo de tratamento do paciente;
 - Cópia da sorologia para doença de Chagas REAGENTE (positiva);
 - Receita médica (2 vias) para o tratamento completo (60 dias).
3. Situações diferentes devem ser apresentadas ao NCE para discussão e avaliação com equipe técnica.

Por fim, cabe dizer que esta pequena exposição não tem a pretensão de esgotar a discussão sobre esta importante doença tropical, endêmica no Brasil. Procura apenas servir de base para dirimir dúvidas freqüentes dos profissionais de vigilância epidemiológica e assistência a saúde. Para quaisquer outras dúvidas nos colocamos a disposição ou podem ser consultados os trabalhos de referência citados ou outros.

Este texto foi elaborado pela equipe técnica do Núcleo de Controle de Endemias / GDCAT / DIVEP / SVS da SES-DF.

Referências:

1. Consenso Brasileiro em Doença de Chagas/SVS/MS e SBMT. Rev. Soc. Bras. de Med. Trop, Vol 38, Supl III, 2005;
2. Guia de Vigilância Epidemiológica, SVS/MS, 7ª ed, 2009;
3. Veronesi/Focaccia, Tratado de Infectologia. 4ª ed, 2010.

6 –Doença Creutzfeldt - Jakob (DCJ)

Em 2012 tivemos 3 casos suspeitos de DCJ, 1 foi descartado e dois estão em acompanhamento (Tabela 1).

O caso descartado tinha clínica, evolução, exames laboratoriais (presença da PTN 14.3.3 no liquor) e de imagem característicos, morreu e não foi realizada a necropsia para coleta do encéfalo. O exame do encéfalo, *post mortem*, é indispensável para o encerramento do caso, nos critérios do Ministério da Saúde.

Tabela 1 – Casos notificados e confirmados (autóctones e importados) de Doença Creutzfeldt - Jakob. DF, Janeiro a Junho - Ano 2012.

| Casos | Ano 2012 |
|---------------------|----------|
| Notificados | 3 |
| Confirmados | - |
| Descartado | 1 |
| Investigação | 2 |

Fonte: SINANNET/NCEDTE/GEDCAT/DIVEP/SVS/SES-DF