

NOTA TÉCNICA 01/2011

Assunto: Febre Maculosa Brasileira

Introdução

A febre maculosa brasileira (FMB) é uma doença re-emergente, infecciosa aguda e de elevada letalidade. Caracteriza-se patologicamente por vasculite generalizada sendo transmitida ao homem através da picada de carrapatos da espécie *Amblyomma cajennense* (“carrapato estrela/rodoleiro”) infectados pela bactéria *Rickettsia rickettsii*. Tanto formas adultas quanto jovens desses carrapatos podem ser transmissores e são encontrados em diversos animais de pequeno e de grande porte.

No Brasil, a FMB tem sido registrada nos estados do sudeste, Paraná, Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Ceará. A FMB integra o SINAN, devendo ser notificados os casos suspeitos. As altas taxas de letalidade estão relacionadas ao seu difícil diagnóstico, sobretudo na fase inicial da doença. Ela deve ser incluída no diagnóstico diferencial de síndromes febris-hemorrágicas ou exantemáticas, particularmente entre os meses de maio a outubro. Em 2010, foram confirmados 87 casos, sendo que 28,7% evoluíram para óbito. O gênero masculino foi o mais acometido com 64,3% (56/87), a faixa etária predominante dos casos foi a de 20 a 40 anos. A zona rural foi a de maior importância para a transmissão da doença (49,4%) e em relação ao ambiente, destacou-se o domiciliar (34,8%) (Ministério da Saúde, 2010).

No Estado de Goiás, foi confirmado laboratorialmente em 2011, um caso em paciente do sexo feminino residente na cidade de Gameleira de Goiás, com evolução para cura.

Quadro Clínico

O período de incubação é de 2 a 14 dias. Os principais sinais e sintomas são: início súbito com febre moderada a alta, cefaléia, calafrios, congestão de conjuntivas e mialgias intensas. Em torno do 3º ou 4º dias de doença é frequente o surgimento de um exantema máculo-papular nas extremidades (punho ou tornozelo) que se irradia para o corpo, invadindo sola dos pés e palmas das mãos. Pode também haver petéquias e sufusões hemorrágicas.

Nos casos graves pode haver necrose, principalmente em extremidades, lóbulos das orelhas e bolsa escrotal, sinais neurológicos, além de hipotensão e falência de múltiplos órgãos. **A letalidade em casos não tratados varia de 40 a 70%.**



Fonte: SVS/MS

Figura 1.: petéquias em paciente com FMB

Definição de Casos

1) Caso Suspeito:

Indivíduo que apresente febre de início recente, cefaléia, mialgia e história de picadas de carrapatos e/ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou tenham freqüentado área de transmissão nos últimos 15 (quinze) dias e/ou apresente exantema máculo-papular entre dois e cinco dias dos sintomas ou manifestações hemorrágicas.

2) Caso Confirmado:

- Confirmação Laboratorial: Reação de Imunofluorescência Indireta (IFI) – em duas amostras de soro pareadas em que a segunda amostra apresente títulos 4 (quatro) vezes maior que a primeira amostra, isolamento e imunohistoquímica.
- Confirmação Clínico-epidemiológica: quadro compatível procedente de área onde ocorreram casos confirmados previamente.

3) Caso Descartado:

Suspeito com diagnóstico laboratorial negativo, desde que as amostras tenham sido coletadas e transportadas adequadamente, ou caso suspeito que tenha outra confirmação diagnóstica.

Tratamento

Suporte ventilatório, hemodiálise e transfusão de hemoderivados, além das condutas que mantenham a estabilidade hemodinâmica do paciente. Encaminhar gestantes e casos graves ao Hospital de Doenças Tropicais Anuar Auad.

QUADRO 1. Antibioticoterapia recomendada para tratamento de pacientes com FMB

ADULTOS	
DOXICICLINA* *Contra indicada para gestantes	100 mg de 12 em 12 horas por VIA ORAL ou
CLORANFENICOL	500 mg de 6/6 horas, por VIA ORAL mantendo-se por três dias após o término da febre.
	Em casos graves, recomenda-se 1,0 g (um grama) POR VIA ENDOVENOSA, a cada 6 horas, até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, mantendo-se o medicamento por mais de sete dias, por VIA ORAL, na dose de 500mg de 6/6 horas.
CRIANÇAS	
CLORANFENICOL	50 a 100 mg/kg/dia, de 6/6 horas, até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, nunca ultrapassando 2,0 g por dia, por via oral ou venosa, dependendo das condições do paciente ou
DOXICICLINA** **Contra indicada para menores de 9 anos.	Peso menor que 45 kg: 4 mg/Kg/dia, divididas em duas doses

Fonte: Guia de Vigilância Epidemiológica, 7ª ed., Ministério da Saúde, 2009.

Roteiro da Investigação epidemiológica

O instrumento de coleta é a ficha de investigação epidemiológica (FIE).

- Notificar todos os casos suspeitos;
- Coletar material para exames laboratoriais específicos;
- Coletar material para realização de diagnóstico diferencial de outras síndromes febril-hemorrágicas.

Passos da Investigação

- Coleta de dados clínicos e epidemiológicos: junto ao paciente e familiares, prontuário e, se possível, entrevistar o médico assistente e definir se o quadro apresentado é compatível com a doença;
- Identificação da área de transmissão: verificar se a residência, trabalho ou lazer, correspondem ao local provável de infecção (LPI), observando se existe alta infestação de carrapatos na área e/ou criação de animais como cães, cavalos e presença de animais silvestres (capivaras);
- Relatório final.

Medidas de Prevenção e Controle

Equipe de zoonoses - educação em saúde junto aos fazendeiros, carroceiros, peões e clubes eqüestres quanto ao controle de carrapatos.

Ações a serem adotadas em área urbana de cidades, com confirmação de casos de febre maculosa:

- Promover capacitações para profissionais de saúde (diagnóstico precoce e diferencial) e à população sobre a circulação do carrapato;
- Orientar a população sobre medidas pessoais de proteção, especialmente quando em área rural:
 - usar roupas claras e com mangas compridas para facilitar a visualização de carrapatos,
 - usar calças compridas, inserindo a parte inferior por dentro de botas, preferencialmente de cano longo e vedadas com fita adesiva de dupla face,
 - examinar o próprio corpo a cada três horas e retirar os carrapatos encontrados no corpo com auxílio de pinça,
 - não esmagar o carrapato com as unhas;
- Informar a população sobre os locais públicos infestados por carrapatos e as formas de proteção.

QUADRO 2. Normas para coleta, conservação e encaminhamento de espécimes clínicos para diagnóstico de FMB à Seção de Imunoparasitologia do Laboratório Central de Saúde Pública Giovanni Cysneiros - LACEN

Tipo de material	Exames	Fase de coleta	Quantidade e recipiente	Conservação e transporte
Sangue	Sorologia	1ª amostra: a partir do 1º contato com o paciente 2ª amostra: de 2 a 4 semanas após a data da primeira coleta	10ml em tubo seco (sem anticoagulante)	Após retração do coágulo em temperatura ambiente, colocar em geladeira (4-8°C) por no máximo 24 horas Encaminhar ao laboratório de referência em caixa de isopor com gelo
	Cultura (isolamento)	Início dos sintomas, antes da antibioticoterapia, ou até 48 horas do início da medicação	2ml em tubo seco e transferir o COÁGULO para um flaconete com tampa de rosca com 1ml de meio de transporte (BHI)	Encaminhar ao laboratório de referência no prazo máximo de 8 horas (no caso de PCR, até 24 horas), em isopor com gelo Caso não seja possível, congelar em freezer a -70°C ou em nitrogênio líquido. Após o congelamento, transportar em isopor com gelo seco
	PCR	Preferencialmente, nos primeiros 5 dias da doença e, impreterivelmente, antes do início do tratamento antimicrobiano específico	No mínimo 1ml, podendo ser encaminhado em tubos contendo EDTA ou COÁGULO	
Tecidos Pele Amostras de fígado, pulmão, pele, rim, baço (colhidas em necropsia) ^a	Cultura (isolamento)	Início do aparecimento da LESÃO DE PELE (exantema, petéquias), preferencialmente antes do início da antibioticoterapia	Colocar o fragmento de pele em flaconete com tampa de rosca com 1ml de meio de transporte BHI	Acondicionar os blocos de parafina em embalagem que permita transporte sem danos, em temperatura ambiente (no máximo até 40°C)
	Imunohistoquímica	Necropsia efetuada idealmente antes de completar 24 horas após o óbito	Blocos de parafina contendo quantidade representativa das amostras coletadas. Enviar, junto com laudo de necropsia, os achados macro e microscópicos	
	PCR	Fragments de biópsia de pele devem conter a lesão vasculítica. Colher, preferencialmente, nos primeiros 5 dias de doença e, impreterivelmente, antes do início do tratamento antimicrobiano específico	Fragments de tamanho variável, acondicionados em frascos, com meio BHI (infusão cérebro-coração)	

Fonte: Guia de Vigilância Epidemiológica, 7ª ed., Ministério da Saúde, 2009.

Bibliografia Consultada

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica - 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816p.
- Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro/Subsecretaria Atenção à Saúde/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Vigilância Epidemiológica/Divisão de Transmissíveis e Imunopreveníveis/Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses. Informe Técnico Febre Maculosa de 23 de agosto de 2010.

ELABORAÇÃO

Veruska Castilho de Oliveira Neve

Área Técnica de Endemias/GVE/SUVISA/SES-GO Tel.: (62) 3201 4514/15.