

Boletim Trimestral N° 1 – Jan, Fev, Mar/2015

- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA –

FIQUE ATENTO AS DOENÇAS EMERGENTES !!!

Nos últimos anos têm sido reconhecidas várias infecções humanas até então desconhecidas, bem como a reemergência de outras que, ao longo dos anos, haviam sido controladas. Segundo Morse, teríamos três mecanismos de surgimento dessas infecções, os quais podem eventualmente estarem associados:

1. Surgimento de um novo vírus, pela evolução de uma nova variante viral.
2. Introdução no hospedeiro de um vírus existente em outra espécie (transposição da barreira espécie).
3. Disseminação de um vírus a partir de uma pequena população humana ou animal, onde este vírus surgiu ou onde foi originalmente introduzido.

Foi confirmado o primeiro caso de **Febre do Nilo** no Estado do Piauí em dezembro de 2014. Para o MS (Ministério da Saúde) tratou-se de um caso isolado sem riscos de epidemia no país, porém em outras regiões brasileiras a recomendação é de alertar a rede de saúde para ampliar a vigilância de casos suspeitos com prazo de 24 horas para notificação. É considerado caso suspeito:

PACIENTE COM DOENÇA FEBRIL INESPECÍFICA, ACOMPANHADA DE MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS DE CAUSAS DESCONHECIDAS (COMPATÍVEIS COM MENINGITE, ENCEFALITE OU MENINGOENCEFALITE).

EPIDEMIOLOGIA, CICLO E TRANSMISSÃO

A Febre do Nilo Ocidental (FNO) é uma infecção viral que tem como vetor mosquitos comuns, especialmente os do gênero *Culex*, popularmente conhecidos como pernilego ou muriçoca. A doença teve sua origem no distrito de West Nile, em Uganda, na África, isolado pela primeira vez em 1937 e posteriormente atingiu o Egito, diversos países da Europa, Ásia e América do Norte. Este vírus também é capaz de infectar outros mamíferos, aves, acreditando-se na importância das aves migratórias na introdução da doença. O vírus chegou nos Estados Unidos da América em 1999 causando uma epidemia de grandes proporções, com elevado número de doentes e óbitos. Na América do Sul, o vírus, até então, só tinha sido identificado em animais na Venezuela, Colômbia e Argentina.

Os principais hospedeiros e responsáveis pela manutenção do ciclo são os pássaros, especialmente as aves silvestres. As fêmeas dos mosquitos *Culex* transmitem o vírus de uma ave para outra através da picada, cavalos e humanos, se contaminam a partir dos mosquitos, não existindo transmissão de pessoa a pessoa, e, os insetos só se infectam ao picarem as aves (Figura 1).

Figura 1. Ciclo do vírus do Nilo Ocidental.



Figura 1 - Ciclo natural do vírus do Nilo Ocidental em ciclos alternados de infecção em aves silvestres e mosquitos hematófagos e infecção ocasional de pessoas, aves e mamíferos silvestres e domésticos (hospedeiros acidentais).

A DOENÇA

O período de incubação é de 3 a 6 dias podendo prolongar por até 14 dias. Aproximadamente 80% dos casos em humanos é oligossintomática ou assintomática e menos de 1% fazem a forma grave. Os sinais graves da doença incluem: febre alta, rigidez de nuca, desorientação, tremores, fraqueza muscular e paralisia. Quando o paciente está gravemente enfermo, pode desenvolver quadro de encefalite ou de meningite. A doença neurológica ocorre numa proporção de um paciente a cada 150 casos: Encefalite – alteração do nível de consciência e comportamento, convulsão, sinais focais; Meningite – cefaléia, vômitos e rigidez de nuca; Paralisia Flácida – mielite transversa ou polineurorradiculite. A letalidade decorrente de doença neurológica fica em torno de 10% e seqüelas, especialmente as motoras, em 50% dos casos sobreviventes. Em geral acomete mais os idosos sendo fatores de risco para doença neurológica, além da idade > 50 anos, a associação com imunossupressão. Os demais pacientes apresentam quadro semelhante a gripe, com febre, fadiga, cefaléia, mialgia e artralgia. Não existe tratamento específico para a Febre do Nilo. O paciente infectado recebe tratamento de suporte que envolve hidratação venosa, às vezes suporte respiratório e prevenção de infecções secundárias.

DESCRIÇÃO DO CASO

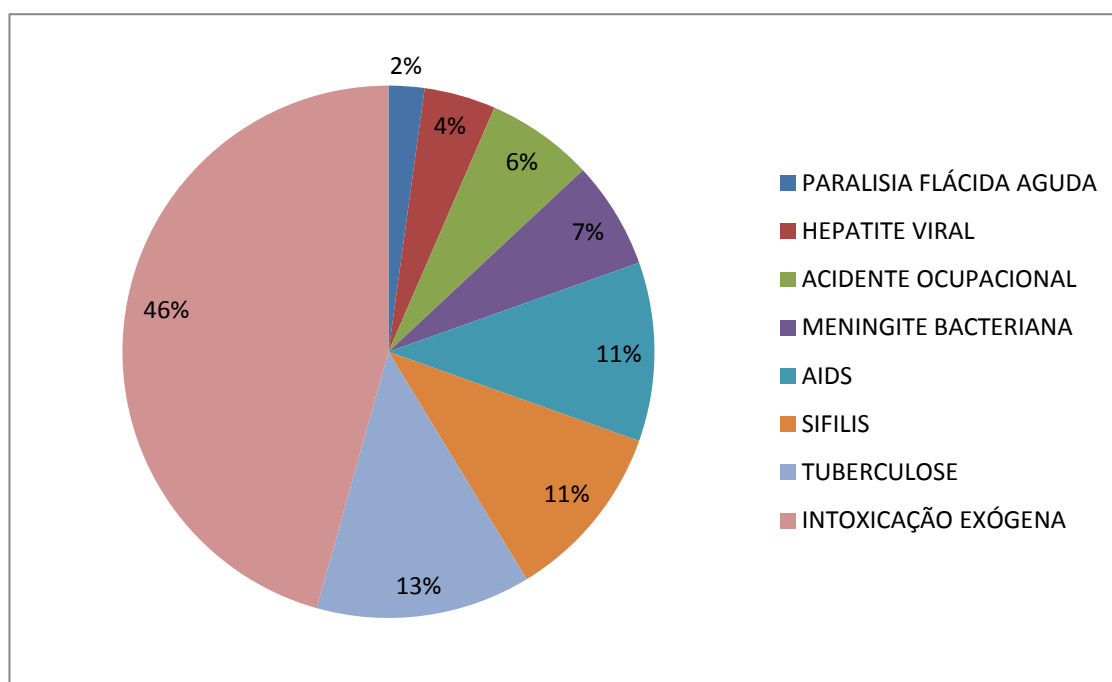
Paciente do gênero masculino, 53 anos, lavrador, residente no município de Aroeira do Itaim – Pi, iniciou quadro em agosto de 2014, com: febre, cefaléia, astenia, anorexia, náuseas e vômitos seguido 2 semanas depois de confusão mental, crises convulsivas e paralisias de membros, tronco, face e pescoço. A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) demonstrou pleocitose linfomonocitária. O diagnóstico foi confirmado por Teste MAC ELISA IgM reagente e teste de neutralização em placa. O paciente sobreviveu ao evento com seqüelas neurológicas motoras.

O achado do primeiro caso de FNO só foi possível devido a implementação da vigilância epidemiológica das encefalites, com coleta de sorologia e LCR, sistematicamente, com posterior investigação etiológica, incluindo arbovirus, enterovirus e herpesvirus, no segundo semestre de 2013 no Piauí.

CALENDÁRIO ANUAL COMEMORATIVO DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DO NVEH/HUGV e EVENTOS, 2012.

DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA/EVENTO	DATA COMEMORATIVA
Hanseníase	26 de Janeiro
Tuberculose	26 de Março
Infecção Hospitalar e Semana da Enfermagem/Higienização das mãos, isolamentos e precauções	14 a 18 de Maio
Hepatites Virais	30 de Julho
Semana da Psicologia/CTA	27 a 31 de Agosto
Sífilis e DST	22 de Outubro
Dengue/Chickgunya	19 a 23 de Novembro
Semana da CIPA/Acidente Ocupacional	26 a 30 de Novembro
HIV e DST	03 a 07 de Dezembro

Agravos e DNC notificados no 1º Trimestre de 2015 no HUGV/AAL.



N=46

Notifique ou Comunique casos de Doenças de Notificação Compulsória ao NVEH-HUGV! SALA 10, TÉRREO DO AMBULATÓRIO ARAÚJO LIMA, ☎3305-4724