

**Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Atenção Básica
Área Técnica de Dermatologia Sanitária**

Dermatologia na Atenção Básica de Saúde

Cadernos de Atenção Básica Nº 9
Série A - Normas de Manuais Técnicos; nº 174

**Brasília
2002**

2002. Ministério da Saúde.

1ª Edição - 2002

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

Série Cadernos de Atenção Básica; n. 09 - DAB
Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 174 - MS

Distribuição de informações:
Ministério da Saúde.
Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Atenção Básica
Área Técnica de Dermatologia Sanitária
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º andar
70.058-900 - Brasília/DF

Tiragem: 30.000 exemplares
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Produzido e impresso com recursos do Projeto Atenção Básica/Unesco - 914BRZ29

Ministro de Estado da Saúde
Barjas Negri

Secretário de Políticas de Saúde
Cláudio Duarte da Fonseca

Diretora do Departamento de Atenção Básica
Heloiza Machado de Souza

Coordenador da Área Técnica de Dermatologia Sanitária
Gerson Fernando Mendes Pereira

Editores
Gerson Oliveira Penna
Maria da Glória Teixeira

Colaboradora
Maria da Conceição Nascimento Costa

Autores
Gerson Oliveira Penna - *Universidade de Brasília - HUB*, Maria da Glória Teixeira - *Universidade Federal da Bahia*, Gerson Fernando Mendes Pereira - *Ministério da Saúde*, Iphis Campbell - *Universidade de Brasília - HUB*, Jesus Rodriguez Santamaria - *Universidade Federal do Paraná*, Maria Bernadete Rocha Moreira - *Ministério da Saúde*, Márcio Lobo Jardim - *Universidade Federal de Pernambuco*, Silmara C. P. Cestari - *Universidade Federal de São Paulo*, Sinésio Talhari - *Universidade Federal da Amazônia*, Silvio A. Marques - *Universidade Estadual Paulista - Botucatu* e Sebastião de A. P. Sampaio - *Responsável pelo Glossário Dermatológico*

Editoração e Projeto Gráfico
Edite Damásio da Silva

Revisão de Texto
Alberico Carvalho Bouzón

Apoio: ILEP - International Federation of Anti Leprosy Association

Catálogo na fonte - Editora MS
FICHA CATALOGráfICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Dermatologia na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.- 1ª edição. -
Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

142p.:il. - (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 09) - (**Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 174**)

ISBN 85-334-0510-3

I. Dermatologia. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde.
Departamento de Atenção Básica. III. Título. IV. Série.

NLM WR 100

SUMÁRIO

Apresentação	5
Prefácio	7
Introdução	9
Aids	11
Anthrax ou Carbúnculo	16
Cancro Mole	19
Candidíase	22
Dengue	25
Dermatite da Área de Fraldas	29
Doença de Lyme	30
Ectima	32
Eczemas	33
Erisipela	36
Escabiose	38
Estrófulo	40
Foliculites	42
Furúnculo	44
Gonorréia	46
Hanseníase	49
Herpes Simples	53
HPV	57
Impetigo	60
Larva Migrans	62
Leishmaniose Tegumentar Americana	63
Mífase	66
Molusco Contagioso	68
Paracoccidioidomicose	69
Pediculosos	72
Pitiríase Alba	74
Pitiríase Versicolor	75

Rubéola	77
Rubéola Congênita	79
Sarampo	82
Sífilis / Sífilis Congênita	86
Tinha do Corpo	91
Tinha do Couro Cabeludo	92
Tinha dos Pés	94
Tuberculose Cutânea	95
Tungíase	99
Urticária	100
Varicela / Herpes Zoster	101
Verrugas	105
Recomendações para Uso de Corticosteróides	110
Glossário Dermatológico	113
Documentação Fotográfica	121
Bibliografia Consultada	140

APRESENTAÇÃO

O presente Guia é especialmente destinado aos profissionais que atuam na atenção básica de saúde, cuja reorganização e fortalecimento constituem uma prioridade do Ministério da Saúde. Tal prioridade leva em conta, em especial, a capacidade resolutiva desse nível, mediante a qual é possível responder à maioria dos problemas demandados pela população, bem como a sua importância na conformação da rede regionalizada e hierarquizada, fundamental para a integralidade da atenção à saúde.

Esta publicação é uma edição revista e ampliada do Guia para o Diagnóstico e Tratamento das Principais Dermatoses da Infância de Interesse Sanitário, na qual são abordados diferentes e estratégicos aspectos de cada agravo, desde a sua respectiva descrição, sinonímia, etiologia, reservatório, modo de transmissão, períodos de incubação e transmissão, até o diagnóstico, tratamento, vigilância epidemiológica e medidas de controle.

Trata-se, assim, de instrumento da maior relevância para o manejo dos pacientes com doenças de pele, configurando-se um importante auxílio aos profissionais na sua prática diária, tanto para aqueles que integram as equipes de saúde da família, quanto àqueles que atuam em toda a rede básica.

Ao tornar disponível este Guia, o Ministério da Saúde acredita estar contribuindo também para que a atenção básica de saúde no País atinja, com qualidade e de forma plena, a sua ampla capacidade de resposta às necessidades de saúde da população.

Cláudio Duarte da Fonseca
Secretário de Políticas de Saúde

PREFÁCIO

A reorientação das ações de controle das doenças dermatológicas de interesse sanitário, para a assistência fundamentalmente vinculada à atenção básica à saúde, norteou a decisão da Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, em encomendar para a sua área técnica a revisão e ampliação do *Guia para o Diagnóstico e Tratamento das Principais Dermatoses da Infância de Interesse Sanitário* transformando-o em *Dermatologia na Atenção Básica à Saúde*, visando atender às necessidades de um número expressivo de profissionais de saúde, na linha de frente dessas situações, distribuído em todo o território nacional nas Equipes de Saúde da Família.

E é com esse intuito que a Secretaria de Políticas de Saúde entrega para a Rede Básica de Saúde este documento que, temos certeza, será um importante auxílio no manejo dos pacientes com doenças de pele em nossa população.

Heloiza Machado de Souza
Diretora do Departamento de Atenção Básica

INTRODUÇÃO

A transformação do *Guia para o Diagnóstico e Tratamento das Principais Dermatoses da Infância de Interesse Sanitário* para *Dermatologia na Atenção Básica à Saúde*, vem atender a uma expressiva demanda dos profissionais da rede básica de saúde, uma vez que as doenças de pele continuam figurando entre as três primeiras causas de demanda aos serviços de saúde. Esta edição, revisada e ampliada, vem atender além das crianças, a população de qualquer faixa etária.

É importante lembrar que a pele é o maior órgão do corpo humano, uma barreira importante entre nosso organismo e o meio exterior. Além de ser capaz de despertar sensações, expressa um sem número de significativos sinais e sintomas, que são de auxílio fundamental na identificação de doenças.

As doenças que acometem a pele podem estar restritas a ela ou, por vezes a pele expressa sinais e sintomas como a primeira manifestação, ou manifestação tardia de doenças sistêmicas.

Não menos importante é lembrar que o exame físico da pele deve ser feito sob iluminação adequada, preferentemente sob luz natural e quando não for possível sob luz fluorescente. Deve-se valorizar sinais com alteração da cor (acromia, hipocromia, hiperpigmentação, eritema...), com alteração da espessura (atrofia, hiperqueratose...), a presença ou ausência de sintomas como prurido, dor e ardor. Todos são elementos auxiliares no diagnóstico e conseqüente instituição da terapêutica adequada.

Esse guia não tem a pretensão de ser um compêndio dermatológico, tem somente a intenção de servir de auxílio aos colegas profissionais de saúde, ratificando que por vezes os mecanismos de Referência e Contra Referência poderão e deverão ser acionados para atender os pacientes que necessitem de assistência especializada.

Além do agradecimento aos editores e autores, registro de forma especial o agradecimento ao Centro Nacional de Epidemiologia e a Fundação Alfredo da Mata, pelo material cedido para composição de parte desse material.

Registro ainda a preocupação da ATDS em selecionar dermatologistas experientes, de algum modo ligados à área de Saúde Pública e com representatividade de todas as regiões do país, com vistas a conferir visão epidemiológica nacional ao guia.

Três capítulos finais foram incluídos de modo a auxiliar na utilização deste Guia no campo, são eles:

- Recomendações para Uso de Corticosteróides
- Glossário Dermatológico
- Documentação Fotográfica

Gerson Fernando Mendes Pereira
Coordenador da Área Técnica de Dermatologia Sanitária



AIDS

CID-10: B20 A
B24

DESCRIÇÃO: doença caracterizada por uma disfunção grave e progressiva do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Sua evolução pode ser dividida em 3 fases: infecção aguda, que pode surgir algumas semanas após a infecção inicial, com manifestações como febre, calafrios, sudorese, mialgias, cefaléias, dor de garganta, sintomas gastrointestinais, linfadenopatias generalizadas e erupções cutâneas. A maior parte dos indivíduos apresenta sintomas auto-limitados que desaparecem após algumas semanas. Entretanto, a maioria não é diagnosticada devido à semelhança com outras doenças virais. Em seguida, o paciente entra em uma fase de infecção assintomática, de duração variável de alguns anos. A doença sintomática, da qual a aids é a sua manifestação mais grave, ocorre na medida em que o paciente vai apresentando alterações mais acentuadas da imunidade, com o surgimento de febre prolongada, diarreia crônica, perda de peso importante (superior a 10% do peso anterior do indivíduo), sudorese noturna, astenia e adenomegalia. As infecções oportunistas passam a surgir ou recidivar, tais como tuberculose, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmose cerebral, candidíase oroesofágica, meningite por criptococos e retinite por citomegalovírus, dentre outras. Tumores raros em indivíduos imunocompetentes, como o Sarcoma de Kaposi e certos tipos de linfoma, podem surgir, caracterizando a aids. A ocorrência de formas graves ou atípicas de doenças tropicais, como paracoccidiodomicose, leishmanioses e doença de Chagas, tem sido observada no Brasil.

SINONÍMIA: SIDA, aids, doença causada pelo HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

ETIOLOGIA: vírus RNA. Retrovírus atualmente denominado como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), com 2 tipos conhecidos: o HIV-1 e o HIV-2. Antes de 1986, era denominado como HTLV-III/LAV.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: sexual, sangüínea (via parenteral) e da mãe para o filho, no curso da gravidez, durante ou após o parto e pelo aleitamento materno no período pós parto. São fatores de risco associados aos mecanismos de transmissão do HIV: variações frequentes de parceiros sexuais sem uso de preservativos; presença de outras DST concomitantes, utilização de sangue ou seus derivados sem controle de qualidade; compartilhamento ou uso de seringas e agulhas não esterilizadas (como acontece entre usuários de drogas injetáveis); gravidez em mulher



infectada pelo HIV; e transplante de órgãos ou recepção de sêmen de doadores infectados. É importante ressaltar que o HIV não é transmitido pelo convívio social ou familiar, abraço ou beijo, alimentos, água, picadas de mosquitos ou de outros insetos.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: é o período compreendido entre a infecção pelo HIV e a fase aguda ou aparecimento de anticorpos circulantes. Na grande maioria dos pacientes esse período varia entre 1 e 3 meses após o contato infeccioso, podendo ocasionalmente chegar a 6-12 meses em alguns poucos casos relatados na literatura médico-científica.

PERÍODO DE LATÊNCIA: é o período compreendido entre a infecção pelo HIV e os sintomas e sinais que caracterizam a doença causada pelo HIV (aids). As medianas desse período estão entre 7 e 12 anos, dependendo da via de infecção envolvida.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: é variável, mas o indivíduo infectado pelo HIV pode transmitir durante todas as fases da infecção, sendo esse risco proporcional à magnitude da viremia e presença de outros co-fatores.

COMPLICAÇÕES: infecções por agentes oportunistas associados com o comprometimento predominante da imunidade celular, tais como citomegalovírus, herpes, cândidas, criptococos, *P. carinii*, *T. gondii*, *M. tuberculosis* e outras micobacterioses. Essas infecções podem ocorrer por reativação de foco endógeno e/ou infecção exógena. Pode haver complicações pelo aparecimento de Sarcoma de Kaposi e outras neoplasias.

DIAGNÓSTICO: a detecção laboratorial do HIV é realizada por meio de técnicas que pesquisam ou quantificam anticorpos, antígenos, material genético por técnicas de biologia molecular (carga viral) ou isolamento direto do vírus (cultura). Na prática, os testes que pesquisam anticorpos (sorológicos) são os mais utilizados. O aparecimento de anticorpos detectáveis por testes sorológicos ocorre num período médio de 6 a 12 semanas da infecção inicial. Denomina-se “janela imunológica” esse intervalo entre a infecção e a detecção de anticorpos por técnicas laboratoriais convencionais. Durante esse período, as provas sorológicas podem ser falso-negativas. Devido à importância do diagnóstico laboratorial, particularmente pelas consequências de se “rotular” um indivíduo como HIV positivo e para ter-se uma maior segurança no controle de qualidade do sangue e derivados, recomenda-se que os testes de detecção laboratorial eventualmente reagentes em uma primeira amostra sejam repetidos e confirmados conforme normatização estabelecida pelo Ministério da Saúde.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: imunodeficiências por outras etiologias.

TRATAMENTO: nos últimos anos, foram obtidos grandes avanços no conhecimento da patogênese da infecção pelo HIV; várias drogas anti-retrovirais foram desenvolvidas e se mostram eficazes para o controle parcial da replicação viral, diminuindo a progressão da doença e levando a uma redução da incidência das complicações oportunistas, a uma maior sobrevida, bem como a uma significativa melhora na qualidade de vida dos indivíduos. Em 1994, foi comprovado que o uso da zidovudina (AZT) pela gestante infectada durante a gestação, bem como pelo recém-nascido, durante as primeiras semanas de vida, pode levar a uma redução de até 2/3 no risco de transmissão do HIV da mãe para o filho. A partir de 1995, o uso da monoterapia foi abandonado, passando a



ser recomendação, do Ministério da Saúde, a utilização de terapia combinada com 2 ou mais drogas anti-retrovirais para o controle da infecção crônica pelo HIV. Atualmente, a terapia anti-retroviral padrão recomendada é de 3 ou mais drogas, sendo o uso de terapia dupla uma situação excepcional (certas situações de quimioprofilaxia para exposição ocupacional). São numerosas as possibilidades de esquemas terapêuticos indicados pela Coordenação Nacional de DST e AIDS, que variam, conforme a presença ou não de doenças oportunistas, valor da contagem de células T-CD4⁺ e magnitude da carga viral plasmática. Os parâmetros para indicação de tratamento e dosagem dos medicamentos para os adultos são diferentes para as crianças. Por esse motivo, recomenda-se a leitura das Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes infectados pelo HIV”, “Recomendações para Profilaxia da transmissão Materno-infantil e Terapia Anti-retroviral em Gestantes” e do “Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças”, ambos distribuídos pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde para instituições que manejam esses pacientes. Não menos importante é enfatizar que o Brasil é um dos poucos países que financia integralmente a assistência ao paciente com aids na rede pública de saúde, com gastos, só em medicamentos, em mais de 1 bilhão de reais em 2001, atendendo mais de 100.000 pacientes em todo o território nacional.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: prevenir a transmissão e disseminação do HIV e reduzir a morbi-mortalidade associada à essa infecção.

NOTIFICAÇÃO: somente os casos confirmados deverão ser notificados ao Ministério da Saúde.

DEFINIÇÃO DE CASO: entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde: infecção avançada pelo HIV com repercussão no sistema imunitário, com ou sem ocorrência de sinais e sintomas causados pelo próprio HIV ou conseqüentes a doenças oportunistas (infecções e neoplasias). Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos nas publicações: “Revisão da Definição Nacional de Casos de AIDS em Indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de Vigilância Epidemiológica” (1998) e “AIDS e Infecção pelo HIV na Infância” (1992). Essas definições estão resumidas na página seguinte.

Epidemiológica” (1998) e “AIDS e Infecção pelo HIV na Infância” (1992). Essas definições estão resumidas na página seguinte.

MEDIDAS DE CONTROLE

- ⇒ **PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO SEXUAL:** baseia-se na informação e educação visando a prática do sexo seguro, através da redução do número de parceiros e do uso de preservativos.
- ⇒ **PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO SANGÜÍNEA:** a) transfusão de sangue: todo o sangue para ser transfundido deve ser obrigatoriamente testado para detecção de anticorpos anti-HIV. A exclusão de doadores em situação de risco aumenta a segurança da transfusão, principalmente por causa da “janela imunológica”; b) hemoderivados: os produtos derivados de sangue, que podem transmitir o HIV, devem passar por processo de tratamento que inative o vírus; c) injeções e instrumentos perfuro-cortantes: quando não forem descartáveis devem ser meticulosamente limpos para depois serem desinfetados e esterilizados. Os materiais



descartáveis, após utilizados, devem ser acondicionados em caixas apropriadas, com paredes duras, para que acidentes sejam evitados. O HIV é muito sensível aos métodos padronizados de esterilização e desinfecção (de alta eficácia). O HIV é inativado através de produtos químicos específicos e do calor, mas não é inativado por irradiação ou raios gama; d) doação de sêmen e órgãos: rigorosa triagem dos doadores; f) transmissão perinatal: uso de zudovudina no curso da gestação de mulheres infectadas pelo HIV, de acordo com esquema padronizado pelo Ministério da Saúde, associado à realização do parto cesáreo, oferece menor risco de transmissão perinatal do vírus. No entanto, a prevenção da infecção na mulher é ainda a melhor abordagem para se evitar a transmissão da mãe para o filho.

Resumo dos critérios de definição de caso de aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais para fins de vigilância epidemiológica

1 - CDC Modificado

Evidência laboratorial da infecção pelo HIV
+
Diagnóstico de determinadas doenças indicativas de aids ou evidência laboratorial de imunodeficiência

2 - Rio de Janeiro/Caracas

Evidência laboratorial de infecção pelo HIV
+
Somatório de, pelo menos, 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças

3 - Critério Excepcional CDC

Ausência de evidência laboratorial da infecção pelo HIV
+
Diagnóstico definitivo de determinadas doenças indicativas de imunodeficiência

4 - Critério Excepcional Óbito

Menção de aids em algum campo da Declaração de Óbito
+
Investigação epidemiológica inconclusiva

5 - Critério Excepcional ARC + Óbito

Paciente em acompanhamento, apresentando ARC
+
Óbito de causa não-externa

NOTAS EXPLICATIVAS: ARC: aids related complex, ou complexo relacionado à aids. Causas externas de óbito: homicídio, suicídio e acidente; evidência laboratorial da infecção pelo HIV, para fins de vigilância epidemiológica; em pessoas com 13 anos ou mais, que não preencham nenhum dos critérios de definição; caso de aids para essa faixa etária. Dois testes de triagem reagentes (com antígenos ou princípios metodológicos diferentes) + teste confirmatório reagente, ou um teste confirmatório reagente; em pessoas com 13 anos ou mais, que preencham algum dos critérios de definição de caso de aids por essa faixa etária. Dois testes de triagem reagentes (com antígenos ou princípios metodológicos diferentes); ou um teste confirmatório reagente.

OBSERVAÇÃO: são testes de triagem: ensaios imunoenzimáticos de várias gerações, utilizando diversos antígenos (ELISA, EIA e MEIA), quimioluminiscência, teste rápido e teste simples. São testes confirmatórios: imunofluorescência indireta, Western Blot, teste de amplificação de ácidos nucleicos, como, por exemplo, o PCR.

Recomenda-se para todos os profissionais de saúde que manejam pacientes HIV positivos ou



Aids, a leitura das “Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV”, “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Materno-infantil do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes” e do “Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças”, todos atualizados periodicamente e distribuídos pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.



CID-10: A22

“ANTHRAX” OU CARBÚNCULO

DESCRIÇÃO: é uma toxiinfecção aguda que em geral ataca a pele e raramente o nasofaringe, vias respiratórias inferiores, mediastino e vias intestinais. A forma cutânea se manifesta inicialmente por prurido na pele exposta ao agente seguido do aparecimento de lesões confluentes: pápulas, pústulas, vesículas e úlceras indolores que em dois a seis dias transformam-se em escaras escuras. Os locais mais freqüentes da infecção são cabeça e mãos. Quando não tratada dissemina-se para os linfonodos regionais e para a corrente sangüínea, e conseqüentemente pode ocorrer septicemia. A letalidade da forma cutânea sem tratamento pode atingir 5 a 20%. A forma respiratória, via de regra, é letal. Os sintomas iniciais são mínimos e inespecíficos e assemelham-se a uma infecção comum das vias respiratórias superiores mas após três a cinco dias aparecem os sintomas agudos de insuficiência respiratória, sinais radiológicos de alargamento mediastínico, febre, choque e logo depois morte. A forma intestinal, adquirida por ingestão de carne contaminada, é rara e mais difícil de ser identificada, exceto quando existe vínculo epidemiológico. Caracteriza-se por mal-estar abdominal, vômitos, febre, que evolui para diarreia sanguinolenta, abdome agudo, sinais de septicemia e morte. A enfermidade primária bucofaríngea é rara, e quando ocorre, manifesta-se por lesão de mucosa na cavidade oral ou da orofaringe, acompanhada de adenopatia cervical, edema e febre.

SINONÍMIA: anthrax, carbúnculo. Na língua inglesa é conhecido como anthrax. No Brasil, a confluência de furúnculos, que é um diagnóstico clínico diferencial da toxiinfecção causada pelo *Bacillus anthracis*, tanto é denominada como carbúnculo como antraz. Na vigência desta furunculose multifocal a suspeita de infecção pelo *Bacillus anthracis*, deve ser levantada quando há história epidemiológica compatível.

ETIOLOGIA: *Bacillus anthracis*, bacilo móvel, gram positivo, encapsulado, formador de esporos.

RESERVATÓRIO: animais herbívoros, domésticos e selvagens. Os esporos resistem viáveis em solos contaminados e em couros secos.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato da pele, inalação ou ingestão de esporos existentes em tecidos ou objetos contaminados - lã, couro, osso e pelo - de animais (bois, ovelhas, cabras, cavalos). Aventa-se a possibilidade de transmissão por insetos que tenham se alimentado dos ditos animais. Contato com solo contaminado. A transmissão direta de um indivíduo infectado para uma pessoa sadia é muito pouco provável de ocorrer.



PERÍODO DE INCUBAÇÃO: de 24 horas a sete dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: quando a contaminação se dá por objetos e solos contaminados por esporos, estes permanecem infectantes por décadas.

COMPLICAÇÕES: pneumonia, hemorragia gastro-intestinal, septicemia, meningites.

DIAGNÓSTICO: clínico-epidemiológico e laboratorial. Este último é feito mediante isolamento do *Bacillus anthracis* no sangue, lesões, secreções, ou tecidos (histopatologia). Pode-se ainda detectar anticorpos no sangue pela técnica de imunofluorescência.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: furunculose cutânea causada por *Staphylococcus* e ou *Streptococcus*, dermatite pustulosa contagiosa (enfermidade vírica de Orf).

TRATAMENTO: para os casos confirmados com cepas do *Bacillus anthracis* sensíveis à amoxicilina, esta é a droga de escolha, sendo a dose para adultos de 500mg, VO, 3 vezes ao dia e para crianças com menos de 20kg, usar 40mg/kg/dia, VO dividida em três doses diárias. Pode-se utilizar também doxiciclina como segunda escolha. Para cepas resistentes utiliza-se a ciprofloxacina por via oral na dose de 500mg, duas vezes ao dia para adultos e em crianças menores de 20kg, 20 a 30mg/kg por dia, dividida em duas doses diárias. O esquema utilizado deve ser mantido por 60 dias. Avaliar indicação de utilização desta droga por via parenteral.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: o homem é um hospedeiro acidental e a incidência é muito baixa e geralmente esporádica em quase todo o mundo. É um risco ocupacional de trabalhadores que manipulam herbívoros e seus produtos. Tem casos registrados na América do Sul e Central, Ásia e África. Recentemente ocorreram casos nos Estados Unidos da América que tem sido imputados a guerra biológica.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: diagnóstico e tratamento precoce dos casos para evitar complicações e óbitos. Identificação da fonte de infecção para adoção de medidas de controle e desinfecção concorrente. Não há indicação de Isolamento dos casos.

NOTIFICAÇÃO: evento inusitado de notificação compulsória imediata.

DEFINIÇÃO DE CASO

⇒ **SUSPEITO:** um caso compatível com a descrição clínica ou que tenha exposição a algum material, ou animal ou produtos animais contaminados pelo *B. anthracis*.

⇒ **CONFIRMADO:** a) indivíduo com infecção pelo *B. anthracis* confirmada laboratorialmente; b) indivíduo com exposição a algum material, ou animal ou produtos animais contaminados pelo *B. anthracis* e quadro clínico compatível.

MEDIDAS DE CONTROLE: a vacina humana só produz imunidade após 18 meses da aplicação. Nos EUA a vacina humana é utilizada somente em grupos especiais e não está disponível no Brasil. A quimioprevenção não está indicada de modo indiscriminado por ser ineficaz e poder gerar resistência medicamentosa. Administra-se só em situações específicas onde tenha ocorrido uma exposição de risco. É iniciada enquanto são aguardados os resultados finais confirmatórios, nas



seguintes situações: a) exposição com elevado grau de suspeição; b) detecção de presença de bactérias morfolologicamente semelhantes ao *B. anthracis*. Utiliza-se: a) amoxicilina na dose de 500mg, três vezes ao dia, para adultos e 40mg/kg/dia para crianças com menos de 20kg, dividida em três doses diárias; b) ou doxociclina 100mg/2 vezes ao dia, em adultos, para crianças com menos de 20kg, 5mg/kg/dia, divididas em duas doses diárias; c) em casos de resistência aos antibióticos anteriores a droga indicada é a ciprofloxacina por via oral na dose de 500mg, duas vezes ao dia para adultos e em crianças menores de 20kg, 20 a 30mg/kg por dia, dividida em duas doses diárias. O esquema utilizado deve ser mantido por 60 dias.



CANCRO MOLE

CID-10: A57

DESCRIÇÃO: doença de transmissão sexual, muito freqüente nas regiões tropicais. Caracteriza-se por apresentar lesões múltiplas (podendo ser única, habitualmente dolorosas). Inicia com pápula ou pústula que rapidamente se transforma em ulceração de borda irregular, com contornos eritemato-edematosos e fundo coberto por exsudato purulento e/ou necrótico, de coloração amarelada e odor fétido. Quando o exsudato é removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil. No homem, as localizações mais freqüentes são no frênulo e no sulco bálangano prepucial; na mulher, na fúrcula e na face interna dos grandes lábios. No colo uterino e na parede vaginal, podem aparecer lesões que produzem sintomas discretos. Nas mulheres, a infecção pode ser assintomática. Lesões extragenitais têm sido assinaladas. Em 30 a 50% dos pacientes, os linfonodos são atingidos, geralmente, inguino-crurais (bubão), sendo unilaterais em 2/3 dos casos; observados quase que exclusivamente no sexo masculino pelas características anatômicas da drenagem linfática. No início, ocorre tumefação sólida e dolorosa, evoluindo para liquefação e fistulização em 50% dos casos, tipicamente por orifício único.

SINONÍMIA: cancróide, cancro venéreo simples.

ETIOLOGIA: *Haemophilus ducrey*, bastonete gram negativo.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: sexual.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: de 3 a 5 dias, podendo atingir 14 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: sem tratamento, semanas ou meses (enquanto durarem as lesões). Com antibioticoterapia, 1 a 2 semanas.

DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e laboratorial. Feito por exame direto: pesquisa em coloração, pelo método de Gram, em esfregaços de secreção da base da úlcera ou do material obtido por aspiração do bubão. Observam-se, mais intensamente, bacilos gram negativos intracelulares, geralmente aparecendo em cadeias paralelas, acompanhados de cocos gram positivos (fenômeno de satelismo). **Cultura:** é o método diagnóstico mais sensível, porém de difícil realização pelas características do bacilo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: cancro duro, herpes simples, linfogranuloma venéreo, donovanose,



erosões traumáticas infectadas. Não é rara a ocorrência do cancro misto de Rollet (multietiologia com o cancro duro da sífilis).

TRATAMENTO: Azitromicina, 1g, VO, dose única; sulfametoxazol, 800mg + trimetoprim, 160mg, VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica; tianfenicol, 5g, VO, em dose única ou 500mg de 8/8 horas; estereato de eritromicina, 500mg, VO, de 6/6 horas, por, no mínimo, 10 dias ou até a cura clínica; tetraciclina, 500mg, VO, de 6/6 horas, por, no mínimo, 10 dias. O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas de higiene local. **Recomendações:** o acompanhamento do paciente deve ser feito até a involução total das lesões; é indicada a abstinência sexual até a resolução completa da doença; o tratamento dos parceiros sexuais está recomendado mesmo que a doença clínica não seja demonstrada, pela existência de portadores assintomáticos, principalmente entre mulheres; é muito importante excluir a possibilidade da existência de sífilis associada, pela pesquisa de *Treponema pallidum* na lesão genital e/ou por reação sorológica para sífilis, no momento e 30 dias após o aparecimento da lesão. A aspiração, com agulhas de grosso calibre, dos gânglios linfáticos regionais comprometidos pode ser indicada para alívio de linfonodos tensos e com flutuação; é contra-indicada a incisão com drenagem ou excisão dos linfonodos acometidos.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: ocorre principalmente nas regiões tropicais, em comunidades com hábitos precários de higiene.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: a) Interromper a cadeia de transmissão através da detecção e tratamento precoces dos casos e dos seus parceiros (fontes de infecção); b) 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 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: a) Interrupção da cadeia de transmissão pela triagem e referência dos pacientes com DST e seus parceiros para diagnóstico e terapia adequados; b) 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; c) Promoção do uso de preservativos - método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e outras DST; d) 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); e) 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, o profissional de saúde deve orientar o paciente e solicitar sorologia para detecção de anticorpos anti-HIV, quando do diagnóstico de uma ou mais DST. Portanto, 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, para alcançar maior impacto no seu controle.



CID-10: B37

CANDIDÍASE

DESCRIÇÃO: micose que atinge a superfície cutânea ou membranas mucosas, resultando em candidíase oral, candidíase vaginal, intertrigo, paroníquia e onicomicose. A forma mais comum de candidíase oral é a pseudomembranosa, caracterizada por placas brancas removíveis na mucosa oral. Outra apresentação clínica é a forma atrófica, que se apresenta como placas vermelhas, lisas, sobre o palato duro ou mole. A candidíase vulvo-vaginal caracteriza-se pela presença de leucorréia e placas cremosas esbranquiçadas, na vulva e mucosa vaginal. O intertrigo atinge mais frequentemente as dobras cutâneas, nuca, virilhas, regiões axilares, inframamária e interdigitais. A irritação e maceração da pele, provocada pela urina e pelas fezes na área das fraldas, favorecem o desenvolvimento da levedura que provoca eritema intenso nas áreas de dobras cutâneas, com lesões eritemato-vésico-pustulosas na periferia (lesões satélites). A infecção da unha (onicomicoses e paroníquia) caracteriza-se por eritema e edema das dobras das unhas seguidas de distrofia ungueal e onicólise. Pode ocorrer infecção secundária levando a paroníquia mista caracterizada pela presença de secreção purulenta. As atividades com imersão frequente em água e diabetes são fatores pré-disponentes nesse tipo de candidíase. A infecção mucocutânea crônica pode estar associada com doenças endócrinas, como diabetes *melittus*, tratamento com antibióticos de amplo espectro ou imunodeficiência, sendo frequente na infecção por HIV. Candidíase disseminada ocorre em recém-nascidos de baixo peso e hospedeiros imunocomprometidos, podendo atingir qualquer órgão e evoluir para óbito. A disseminação hematogênica pode ocorrer em pacientes neutropênicos, conseqüente ao uso de sondas gástricas ou catéteres intravasculares, atingindo diversos órgãos ou prótese valvular cardíaca.

SINONÍMIA: monilíase, sapinho.

ETIOLOGIA: *Candida albicans*, *Candida tropicalis* e outras espécies de *Candida*. A *Candida albicans* causa a maioria das infecções.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: atrito, calor e umidade facilitam o desenvolvimento do fungo já existente nas mucosas ou pele. O contato com secreções originadas da boca, pele, vagina e dejetos de portadores ou doentes. A transmissão vertical dá-se da mãe para o recém-nascido, durante o parto. Pode ocorrer disseminação endógena.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: desconhecido.



PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver lesões.

COMPLICAÇÕES: esofagite, endocardite, ou infecção sistêmica, mais comum em imunodeprimidos, diabéticos ou portadores de doenças que ocasionam anemias graves com queda da resistência.

DIAGNÓSTICO

⇒ **CANDIDÍASE ORAL:** além do aspecto clínico, visualização de leveduras e pseudohifas em exame microscópico de esfregaço da lesão, preparado com hidróxido de potássio a 10%. As culturas permitem a identificação da espécie.

⇒ **ESOFAGITE:** endoscopia com biopsia e cultura.

⇒ **CANDIDÍASE INVASIVA:** pode ser diagnosticada através de isolamento do microorganismo de fluidos corporais (sangue, líquido, medula óssea) ou através de biopsia de tecidos. O achado de cultura negativa, entretanto, não afasta o diagnóstico de candidíase sistêmica. Culturas de material potencialmente contaminado, como urina, fezes ou pele, podem ser de difícil interpretação, mas servem de apoio ao diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: candidíase mucocutânea tem como diagnóstico diferencial dermatite seborréica, tinea cruris e eritrasma, leucoplasia pilosa por outras causas. A esofagite com quadros clínicos semelhantes, causada por outros agentes, como citomegalovírus ou herpes simples. Dermatite das fraldas. Eczema de contato. Gengivo-estomatite herpética. Difteria.

TRATAMENTO

⇒ **CANDIDÍASE ORAL:** nistatina suspensão ou tabletes, 500.000 a 1 milhão UI, 3 a 5 vezes ao dia, durante 14 dias, uso tópico. Em crianças, utiliza-se a suspensão oral na dose de 1 a 2ml, três vezes ao dia, durante 5 a 7 dias ou até a cura completa. Como tratamento de 2ª escolha ou em pacientes imunocomprometidos, pode ser utilizado: cetoconazol, 200 a 400mg, via oral, uma vez ao dia, para adultos. Em crianças, recomenda-se 4 - 7 mg/kg/dia, via oral, uma vez ao dia, com duração de tratamento entre 7 a 14 dias. Outra opção é fluconazol, 50-100mg, via oral, uma vez ao dia, devendo ser evitado seu uso em crianças.

⇒ **ESOFAGITE EM PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS:** cetoconazol, 200 a 400mg, via oral, uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias. Como 2ª escolha, pode ser utilizado fluconazol, 50 a 100mg/dia, via oral, durante 14 dias, ou anfotericina B, em baixas doses (0,3mg/kg/dia), IV, durante 5 a 7 dias; para crianças, a dose de anfotericina B recomendada é de 0,5mg/kg/dia, IV, durante 7 dias.

⇒ **CANDIDÍASE VULVOVAGINAL:** recomenda-se isoconazol (nitrato), uso tópico, sob a forma de creme vaginal, durante 7 dias ou óvulo, em dose única; como 2ª alternativa, tioconazol pomada ou óvulo em dose única. Outras substâncias também são eficazes: clotrimazol, miconazol, terconazol, tioconazol ou nistatina, em aplicação tópica.

⇒ **CANDIDÍASE MUCOCUTÂNEA CRÔNICA:** cetoconazol ou fluconazol, como 1ª escolha, e anfotericina B para casos mais graves.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: a *Candida albicans* está presente na pele e mucosas de



peessoas saudáveis. Infecção mucocutânea leve é comum em crianças saudáveis e a doença invasiva ocorre em pessoas imunodeprimidas. Vulvovaginite por *Candida* ocorre com frequência em gestantes, podendo ser transmitida ao recém-nascido em útero, durante o parto ou na fase pós-natal.

OBJETIVO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: diagnosticar e tratar precocemente os casos para evitar complicações e nas gestantes reduzir o risco de transmissão perinatal.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: tratamento precoce dos indivíduos atingidos. Orienta-se a desinfecção concorrente das secreções e artigos contaminados. Sempre que possível, deverá ser evitada antibioticoterapia prolongada de amplo espectro. Cuidados específicos devem ser tomados com uso de cateter venoso, como troca de curativos a cada 48 horas e uso de solução à base de iodo e povidine.



DENGUE

CID-10: A90

DESCRIÇÃO: doença infecciosa febril aguda, que pode ser de curso benigno ou grave, dependendo da forma como se apresente: infecção inaparente, dengue clássico (DC), febre hemorrágica do dengue (DH) ou síndrome de choque do dengue (SCD). O DC, em geral, é de início abrupto, com febre alta (39° a 40°), seguida de cefaléia, mialgia, prostração, artralgia, anorexia, astenia, dor retroorbitária, náuseas, vômitos, exantema, prurido cutâneo, hepatomegalia (ocasional), dor abdominal generalizada (principalmente em crianças). Pequenas manifestações hemorrágicas (petéquias, epistaxe, gengivorragia, sangramento gastrointestinal, hematúria e metrorragia) podem ocorrer. Dura cerca de 5 a 7 dias, quando há regressão dos sinais e sintomas, podendo persistir a fadiga. No DH e SCD, os sintomas iniciais são semelhantes aos do Dengue Clássico, mas, no terceiro ou quarto dia, o quadro se agrava com sinais de debilidade profunda, agitação ou letargia, palidez de face, pulso rápido e débil, hipotensão com diminuição da pressão diferencial, manifestações hemorrágicas espontâneas (petéquias, equimoses, púrpura, sangramento do trato gastrointestinal), derrames cavitários, cianose e diminuição brusca da temperatura. Um achado laboratorial importante é a trombocitopenia com hemoconcentração concomitante. A principal característica fisiopatológica associada ao grau de severidade da Febre Hemorrágica por Dengue (FHD) é o extravasamento do plasma, que se manifesta através de valores crescentes do hematócrito e da hemoconcentração. Entre as manifestações hemorrágicas, a mais comumente encontrada é a prova do laço positiva. Essa prova consiste em se obter, através do esfigmomanômetro, o ponto médio entre a pressão arterial máxima e mínima do paciente, mantendo-se essa pressão por 5 minutos; quando positiva, aparecem petéquias sob o aparelho ou abaixo do mesmo. Se o número de petéquias for de 20 ou mais por polegada (2,3 cm²), essa prova é considerada fortemente positiva. Nos casos graves de FHD, o maior número de casos de choque ocorre entre o 3º e 7º dias de doença, geralmente precedido por dores abdominais. O choque é decorrente do aumento de permeabilidade vascular, seguida de hemoconcentração e falência circulatória. É de curta duração e pode levar ao óbito em 12 a 24 horas ou à recuperação rápida, após terapia anti-choque.

SINONÍMIA: febre de quebra ossos.

ETIOLOGIA: é um vírus RNA. Arbovírus do gênero *Flavivirus*, pertencente à família *Flaviviridae*, com 4 sorotipos conhecidos: 1, 2, 3 e 4.



VETORES HOSPEDEIROS: os vetores são mosquitos do gênero *Aedes*. Nas Américas, o vírus do dengue persiste na natureza mediante o ciclo de transmissão homem - *Aedes aegypti* - homem. O *Aedes albopictus*, já presente nas Américas e com ampla dispersão na região Sudeste do Brasil, até o momento não foi associado à transmissão do vírus do dengue nas Américas. A fonte da infecção e hospedeiro vertebrado é o homem. Foi descrito, na Ásia e na África, um ciclo selvagem envolvendo o macaco.

MODO DE TRANSMISSÃO: a transmissão se faz pela picada dos mosquitos *Aedes aegypti*, no ciclo homem - *Aedes aegypti* - homem. Após um repasto de sangue infectado, o mosquito está apto a transmitir o vírus, depois de 8 a 12 dias de incubação extrínseca. A transmissão mecânica também é possível, quando o repasto é interrompido e o mosquito, imediatamente, se alimenta num hospedeiro suscetível próximo. Não há transmissão por contato direto de um doente ou de suas secreções com uma pessoa sadia, nem por fontes de água ou alimento.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: de 3 a 15 dias, em média 5 a 6 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: durante o período de viremia, que começa um dia antes da febre até o sexto dia de doença.

COMPLICAÇÕES: choque decorrente do aumento da permeabilidade capilar, seguido de hemoconcentração e falência circulatória.

DIAGNÓSTICO: no DC, o diagnóstico é clínico e laboratorial nos primeiros casos e em seguida, clínico-epidemiológico. O DH e SCD necessitam de uma boa anamnese, seguida de exame clínico com prova do laço (verificar aparecimento de petéquias).

DIAGNÓSTICO: laboratorial.

⇒ **ESPECÍFICO:** isolamento do vírus em culturas (importante realizar, nos primeiros casos de uma área, a identificação do sorotipo do vírus. Depois, realizar, em casos selecionados, vigilância virológica). Sorologia com amostras pareadas: Inibição de Hemaglutinação (IH); Neutralização (N); Fixação de Complemento (FC). O MAC-ELISA (captura de IgM) necessita de uma única amostra, é o melhor exame para a vigilância epidemiológica.

⇒ **INESPECÍFICOS:** DC - leucopenia e, às vezes, trombocitopenia. Na DH, deve-se dar particular atenção à dosagem do hematócrito e hemoglobina para verificação de hemoconcentração, que indica a gravidade do caso e orienta a terapêutica. Ocorrem alterações no coagulograma (aumento do tempo de protombina, tromboplastina parcial e trombina), diminuição do fibrinogênio, fator VIII e XII, antitrombina e a - antiplasmina. Albumina baixa e ocorrem alterações de enzimas hepáticas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: DC: gripe, rubéola, sarampo. DH e SCD - infecções virais e bacterianas, choque endotóxico, leptospirose, febre amarela, hepatites infecciosas e outras febres hemorrágicas.

TRATAMENTO: DC: sintomáticos (não usar ácido acetil-salicílico). FHD: alguns sinais de alerta precisam ser observados: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hepatomegalia



dolorosa, derrames cavitários, sangramentos importantes, hipotensão arterial (PA sistólica \leq 80mm Hg, em < 5 anos; PA sistólica \leq 90mm Hg, em > 5 anos), diminuição da pressão diferencial (PA sistólica - PA diastólica \leq 20mm Hg), hipotensão postural (PA sistólica sentado - PA sistólica em pé com diferença maior que 10mm Hg), diminuição da diurese, agitação, letargia, pulso rápido e fraco, extremidades frias, cianose, diminuição brusca da temperatura corpórea associada à sudorese profusa, taquicardia, lipotimia e aumento repentino do hematócrito. Aos primeiros sinais de choque, o paciente deve ser internado imediatamente para correção rápida de volume de líquidos perdidos e da acidose. Durante uma administração rápida de fluidos, é particularmente importante estar atento a sinais de insuficiência cardíaca.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

⇒ **NAS AMÉRICAS:** o dengue tem sido relatado nas Américas há mais de 200 anos. Na década de 50, a febre hemorrágica do dengue - FHD foi descrita, pela primeira vez, nas Filipinas e Tailândia. Após a década de 60, a circulação do vírus do dengue intensificou-se nas Américas. A partir de 1963, houve circulação comprovada dos sorotipos 2 e 3 em vários países. Em 1977, o sorotipo 1 foi introduzido nas Américas, inicialmente pela Jamaica. A partir de 1980, foram notificadas epidemias em vários países, aumentando consideravelmente a magnitude do problema. Cabe citar: Brasil (1982/1986-1996), Bolívia (1987), Paraguai (1988), Equador (1988), Peru (1990) e Cuba (1977/1981). A FHD afetou Cuba em 1981 e foi um evento de extrema importância na história da doença nas Américas. Essa epidemia foi causada pelo sorotipo 2, tendo sido o primeiro relato de febre hemorrágica do dengue ocorrido fora do Sudoeste Asiático e Pacífico Ocidental. O segundo surto ocorreu na Venezuela, em 1989, e, em 1990/1991, alguns casos foram notificados no Brasil (Rio de Janeiro), bem como em 1994 (Fortaleza - Ceará).

⇒ **NO BRASIL:** há referências de epidemias em 1916, em São Paulo, e em 1923, em Niterói, sem diagnóstico laboratorial. A primeira epidemia documentada clínica e laboratorialmente ocorreu em 1981-1982, em Boa Vista - Roraima, causada pelos sorotipos 1 e 4. A partir de 1986, foram registradas epidemias em diversos estados. A mais importante ocorreu no Rio de Janeiro onde, pelo inquérito sorológico realizado, estima-se que pelo menos 1 milhão de pessoas foram afetadas pelo sorotipo DEN 1, nos anos 1986/1987. Outros estados (Ceará, Alagoas, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Tocantins, São Paulo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul) notificaram surtos no período de 1986/1993. A introdução do sorotipo 2 foi detectada em 1990, no estado do Rio de Janeiro. Posteriormente, foi identificado também em Tocantins, Alagoas e Ceará. Atualmente existe transmissão de dengue em 24 estados, com circulação simultânea dos sorotipos Den 1 e Den 2 em 12 deles. Os casos de FHD registrados no estado do Rio de Janeiro após a introdução do sorotipo 2 (foram confirmados 462 casos e 8 óbitos em 1990/91), de uma forma geral, não apresentaram manifestações hemorrágicas graves, não necessitando portanto de internação hospitalar. O atendimento ambulatorial permitiu acompanhar os pacientes e orientá-los em relação à procura de assistência médica. A faixa etária mais atingida foi a de maiores de 14 anos. De 1991 a 1998 já se registrou



casos da FHD em mais de 8 estados brasileiros. A tendência é de franco crescimento e expansão das áreas de circulação dos vírus, em virtude da densidade e dispersão do mosquito transmissor, presente em grande número de municípios brasileiros.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: evitar a ocorrência da doença através do combate ao mosquito transmissor.

NOTIFICAÇÃO: é doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória, principalmente quando se trata dos primeiros casos de DC diagnosticados em uma área, ou quando se suspeita de DH.

DEFINIÇÃO DE CASO

- ⇒ **SUSPEITO:** DC: paciente que tenha doença febril aguda com duração máxima de 7 dias, acompanhada de, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração, exantema. Além desses sintomas, o paciente deve ter estado, nos últimos quinze dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Aedes aegypti*. DH: paciente que apresenta também manifestações hemorrágicas, variando desde prova do laço positiva até fenômenos mais graves, como hematêmese, melena e outros. A ocorrência de pacientes com manifestações hemorrágicas, acrescidas de sinais e sintomas de choque cardiovascular (pulso arterial fino e rápido ou ausente, diminuição ou ausência de pressão arterial, pele fria e úmida, agitação), leva à suspeita de síndrome de choque (SCD).
- ⇒ **CONFIRMADO:** DC: o caso confirmado laboratorialmente. No curso de uma epidemia, a confirmação pode ser feita através de critérios clínico-epidemiológicos, exceto nos primeiros casos da área, que deverão ter confirmação laboratorial. DH: é o caso em que todos os critérios abaixo estão presentes: febre ou história de febre recente de 7 dias ou menos; trombocitopenia ($\leq 100.000/\text{mm}^3$); tendências hemorrágicas evidenciadas por um ou mais dos seguintes sinais: prova do laço positiva, petéquias, equimoses ou púrpuras e sangramentos de mucosas, do trato gastrointestinal e outros; extravasamento de plasma devido ao aumento de permeabilidade capilar, manifestado por: hematócrito apresentando um aumento de 20% sobre o basal, na admissão; ou queda do hematócrito em 20%, após o tratamento; ou presença de derrame pleural, ascite e hipoproteïnemia. SCD: é o caso que apresenta todos os critérios de DH mais evidências de choque.

MEDIDAS DE CONTROLE: a única medida de controle é a eliminação do mosquito transmissor. Para isso fazem-se necessárias ações de saneamento ambiental, educação em saúde para diminuir os criadouros das larvas do *Aedes aegypti* (vasos de plantas, poças de água, vasilhas, pneus, etc.) e o combate químico, através do uso de inseticidas, nas áreas infestadas.



DERMATITE DAS FRALDAS

CID-10: L22

DESCRIÇÃO: é uma dermatite de contato por irritação primária, caracterizada por irritação na pele, causada pelo contato com a urina e as fezes retidas pelas fraldas. As lesões variam de eritematosas exsudativas a eritemato-papulosas e descamativas nas áreas convexas da região delimitada pelas fraldas. Frequentemente surge infecção secundária por *Candida* ou por bactérias como *Bacillus faecalis*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* e *Streptococcus*. O uso de pós, óleos, sabões e pomadas irritantes agravam o quadro clínico.

SINONÍMIA: dermatite amoniacal.

ETIOLOGIA: o uso da fralda ocasiona aumento da temperatura e da umidade local, com conseqüente maceração da pele que se torna mais susceptível à irritação ocasionada pelo contato da urina e das fezes com a pele da região coberta pelas fraldas.

RESERVATÓRIO: não se aplica.

MODO DE TRANSMISSÃO: não se aplica.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: não se aplica.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não se aplica.

COMPLICAÇÕES: infecção secundária pelos germes acima relacionados.

DIAGNÓSTICO: clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: candidíase, eczema de contato alérgico, eczema seborréico, eczema tópico, psoríase.

TRATAMENTO: cuidados higiênicos, troca freqüente de fraldas ou retirada das mesmas. Limpeza da região e aplicação de pasta de óxido de zinco ou pasta d'água nas trocas de fraldas. Nos casos mais agudos uso de cremes à base de hidrocortisona; e nistatina ou antimicóticos imidazólicos na suspeita de contaminação por *Candida*.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: dermatose da área de fralda que acomete a criança de 0 a 2 anos.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: higiene adequada dos bebês e troca rotineira de fraldas.



CID-10: A22

DOENÇA DE LYME

DESCRIÇÃO: zoonose causada por espiroqueta transmitida por carrapato, caracterizada por lesão cutânea iniciada por uma pequena mácula ou pápula vermelha que aumenta lentamente, tomando uma forma anular. Em geral é única podendo ser múltipla e é denominada de *eritema crônico migratório*. Quando atinge 5 cm, é importante para a suspeita diagnóstica e alerta à vigilância epidemiológica. Manifestações gerais, como mal-estar, febre, cefaléia, rigidez de nuca, mialgias, artralgias migratórias e linfadenopatias, podem durar várias semanas ou mais, quando não é instituído tratamento. Semanas ou meses após o início do eritema crônico migratório, podem surgir manifestações neurológicas precoces, como: meningite asséptica, neurites de pares craneanos, paralisia facial, coréia, ataxia cerebelosa, radiculoneurite, motora ou sensitiva, mielite e encefalite. Essas manifestações são flutuantes e podem durar meses ou se tornarem crônicas. Distúrbios cardíacos, também, podem aparecer após poucas semanas do eritema crônico migratório, como bloqueio atrioventricular, miocardite aguda ou aumento da área cardíaca. Meses após os sintomas iniciais, podem surgir edemas articulares, principalmente dos joelhos, que desaparecem e reaparecem durante vários anos. A doença pode ficar latente por longos períodos, após os quais apresenta manifestações neurológicas crônicas tardias, como encefalopatias, polineuropatia ou leucoencefalite. No líquido cefalorraquidiano, encontram-se pleocitose linfocítica e proteínas elevadas.

SINONÍMIA: borreliose de Lyme; meningopolineurite por carrapatos, eritema migratório.

ETIOLOGIA: *Borrelia burgdorferi*.

RESERVATÓRIO: carrapatos do gênero *Ixodes*. Alguns roedores mantêm o ciclo silvestre (*Peromyscus*).

MODO DE TRANSMISSÃO: adesão dos carrapatos à pele e sucção de sangue por 24 horas ou mais.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: o aparecimento do eritema crônico migratório varia de 3 a 32 dias após a exposição aos carrapatos. Se não houver a lesão cutânea na fase inicial, ainda assim a doença sistêmica pode se manifestar anos mais tarde.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não se transmite de pessoa a pessoa.

COMPLICAÇÕES: alterações neurológicas, cardíacas, articulares, oftálmicas e fetais.



DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e laboratorial. Utiliza-se a imunofluorescência indireta, ELISA e Western Blot. Como ainda não foram bem padronizados, a interpretação dos testes deve ser cautelosa, pois pacientes que recebem tratamento precoce podem apresentar sorologia negativa. A sensibilidade dessas provas aumenta nas fases mais crônicas de pacientes que não foram tratados; pode haver falso negativo em pacientes crônicos. Podem ocorrer reações cruzadas com sífilis, febre maculosa, febre recorrente, HIV, mononucleose infecciosa e lupus eritematoso. A *Borrelia burgdorferi* é isolada de material de biópsia das lesões eritema crônico migratório em, aproximadamente, 50% dos casos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: uveítes, coroidites, encefalites, artrites e cardites por outras etiologias.

TRATAMENTO: as lesões cutâneas nos adultos são tratadas com doxicilina, 100mg (2 vezes ao dia), ou amoxicilina, 500mg, VO, (4 vezes ao dia), durante 2 semanas. Se as lesões são disseminadas, prolongar o tratamento por 3 ou 4 semanas. Em crianças, usar 50mg/kg/dia, VO, de amoxicilina fracionada em 4 vezes ao dia. Em indivíduos alérgicos, usar eritromicina ou cefuroxima. As artrites também respondem a ciclos de tratamento com os antibióticos citados por 4 semanas, via oral, acrescidos de probenecid. Nas manifestações neurológicas, usar ceftriaxona, 2g/dia, 3 a 4 semanas, com 2g de ceftriaxona, 1 vez ao dia, ou 20 milhões de UI de penicilina cristalina (fracionadas em 6 doses diárias), IV. Usar corticosteróides nos pacientes que não melhorem após 24 horas de antibioticoterapia.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: endêmica na costa Atlântica dos Estados Unidos, que vai desde Massachusetts até Maryland, com outros focos em expansão e casos notificados em 47 estados daquele país. No Brasil, focos já foram detectados em São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Norte e Amazonas.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: detecção e tratamento de focos através da investigação de casos suspeitos ou confirmados.

NOTIFICAÇÃO: doença rara em território brasileiro, agravo inusitado, sendo portanto, de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: investigação epidemiológica com busca ativa de casos e verificação da extensão da área onde os carrapatos transmissores estão presentes (delimitação dos focos). Ações de educação em saúde sobre o ciclo de transmissão para impedir que novas infecções ocorram e evitar que os indivíduos transitem onde houver suspeita da existência dos carrapatos. Orientar os moradores e/ou trabalhadores da área: proteção do corpo com roupas claras de mangas compridas, uso de repelentes nas partes descobertas da pele e nas bordas das roupas. Observação constante (4/4 hs.) da pele em busca dos transmissores e eliminação imediata dos mesmos. A retirada dos carrapatos deve ser feita com as mãos protegidas (luvas ou sacos plásticos), com o uso de pinças com trações suaves e constantes, evitando-se o maceramento do corpo do artrópodo ou a permanência da boca na pele do indivíduo. Os casos suspeitos e/ou confirmados devem ser tratados visando redução dos danos causados pela doença. As medidas para redução das populações de carrapatos em animais não têm sido efetivas. Não há indicação de isolamento dos pacientes. Atualmente já há vacina.



CID-10: L08.0

ECTIMA

DESCRIÇÃO: infecção bacteriana mais profunda que o impetigo. Ocorre preferencialmente nos membros inferiores, havendo uma ou mais lesões. A lesão inicial, efêmera, é uma vesícula ou vésico-pústula que evolui com formação de úlcera superficial que logo forma crosta seca, dura e aderente. As lesões ocorrem mais frequentemente nas pernas e pés. Podem curar com ou sem cicatrização. Tem duração de semanas ou meses.

SINONÍMIA: piodermite.

ETIOLOGIA: causada pelo *Streptococcus* do grupo A ou *Staphylococcus aureus*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: pessoa a pessoa.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: variável e indefinido. Em geral de quatro a dez dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver lesão ativa.

COMPLICAÇÕES: septicemias.

DIAGNÓSTICO: clínico e epidemiológico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: úlceras de perna, leishmaniose cutânea, herpes simples e úlcera tropical.

TRATAMENTO: remoção das crostas e limpeza, duas a três vezes ao dia, com água e sabão, ou água Dalibour ou permanganato de potássio 1/40.000, ou água boricada a 2%. Em seguida aplica-se pomada de antibióticos tipo neomicina, mupirocina, gentamicina. Se necessário introduzir eritromicina via oral na dose de 30-50mg/kg/dia dividida de seis em seis horas; cefalexina 30 a 50mg/kg/dia dividida em quatro tomadas, ou penicilina benzatina.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença de distribuição universal, incide com maior frequência em áreas com precárias condições de higiene pessoal. É mais frequente no verão. Na região Norte é muito frequente durante o período da chuva.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: higiene pessoal, em especial lavagem de mãos, desinfecção de ferimentos e machucados banais. Tratamento imediato dos casos iniciais.



ECZEMAS

CID-10: L30.9

DESCRIÇÃO: processo inflamatório da pele com características clínicas e histopatológicas bem definidas. As dermatites eczematosas mais frequentes são o eczema tópico e o eczema de contato.

⇒ **ECZEMA ATÓPICO:** de caráter alérgico hereditário, frequentemente associada a manifestações de asma, rinite e urticária. Esta dermatose assume características peculiares em três períodos: infantil, pré-puberal e adulto. Em aproximadamente 80% dos pacientes, o eczema atópico, manifesta-se no primeiro ano de vida. No eczema atópico infantil observam-se lesões vésico-secretantes, crostosas, localizadas preferencialmente nas regiões malares, podendo se estender para toda a face, couro cabeludo, superfícies extensoras dos membros superiores ou inferiores, ou mesmo generalizar-se. O prurido pode variar de moderado a intenso. O Eczema pré-puberal caracteriza-se pelo acometimento de dobras cutâneas (pregas cubitais, poplíteas, pescoço, punhos, tornozelos e unguinais), com lesões eritematosas, podendo haver espessamento da pele (liquenificação). De um modo geral essa dermatose evolui em surtos tendendo a melhorar com o passar dos anos. O eczema tópico do adulto é semelhante ao pré-puberal, com acometimento também das áreas periorbitárias e periorbiculares.

⇒ **ECZEMA DE CONTATO:** reação inflamatória de pele desencadeada por agentes externos, decorrente de dois mecanismos etiopatogênicos: por irritação primária ou por sensibilização. Caracteriza-se por lesões eritemato-vesico-exsudativas, crostosas ou liquenificadas, dependendo da fase evolutiva. Não existem áreas preferenciais de acometimento, estando relacionadas com a presença do irritante ou alérgeno. Nos casos de sensibilização, podem surgir lesões à distância da área de contato.

SINONÍMIA: dermatite.

ETIOLOGIA

⇒ **ECZEMA ATÓPICO:** ainda não está bem determinada, podendo-se notar correlação com mecanismos imunológicos e/ou não imunológicos. Há relação familiar com rinite e asma.

⇒ **ECZEMA DE CONTATO:** é uma reação inflamatória da pele desencadeada por agentes externos.

RESERVATÓRIO: não se aplica.

MODO DE TRANSMISSÃO: não se aplica.



PERÍODO DE INCUBAÇÃO: não se aplica.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não se aplica.

COMPLICAÇÕES: infecções secundárias por diversos agentes.

DIAGNÓSTICO: clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

⇒ **ECZEMA ATÓPICO:** dermatite seborréica, dermatite das fraldas, dermatite de contato e micoses superficiais.

⇒ **ECZEMA DE CONTATO:** dermatite seborréica, dermatite atópica e micoses superficiais.

TRATAMENTO

⇒ **ECZEMA ATÓPICO:** baseia-se fundamentalmente nos tópicos a seguir relacionados:

- orientação aos familiares sobre o caráter crônico e recorrente da doença, da necessidade de afastar-se substâncias tais como sabões, sabonetes e detergentes e que a sudorese constitui-se em fator irritante;
- afastar alérgenos tais como a poeira domiciliar, vestuário de lã e tecidos sintéticos, tapetes, colchões e travesseiros de pena, contatos com animais e brinquedos de pêlo;
- usar roupa de algodão. Evitar lã e tecidos sintéticos em contato com a pele;
- hidratação da pele com cremes e pomadas;
- as infecções secundárias podem ser tratadas com antibiótico tópico (mupirocina, ácido fusídico, gentamicina) ou sistêmico (eritromicina, cefalosporinas).

→ Tópico

- **Fase aguda:** compressas com soro fisiológico; e cremes de corticosteróides quando diminuir a exudação.
- **Fase subaguda:** corticosteróides em cremes, de preferência preparados menos potentes: hidrocortisona, desonida.
- **Fase crônica:** corticosteróides sob a forma de pomada.

→ **Sistêmico:** visa a redução do prurido, relaxamento do paciente e o controle da infecção cutânea.

- **Antihistamínicos:** hidroxizina, na dose de 1 a 2 mg/kg/dia, para crianças e 25-50mg, duas vezes ao dia para adultos ou dextroclorfeniramina na dose de 2mg, três vezes ao dia, ou 6mg ao deitar, para adultos, e 1/2 a 5mg, três vezes ao dia para crianças de dois a seis anos e 1,0mg, três vezes ao dia, para crianças de seis a 12 anos, ou clemastina ou ciproheptadina nas doses preconizadas, devido a ação sedante.
- **Corticosteróides sistêmicos:** nos casos extensos, por um período que não ultrapasse 10 dias.



- . Tranquilizantes.
- . Antibióticos

⇒ **ECZEMA DE CONTATO:** afastar substâncias irritantes ou alergênicas. Na fase aguda usar compressas ou banhos com substâncias antissépticas (permanganato de potássio na diluição de 1:40.000) e **cremes** de corticóides. Na fase sub-aguda e crônica - uso de **pomadas** de corticóides. Usar antibiótico na vigência de infecção secundária.

Observação: o emprego contínuo e em áreas extensas de corticosteróide tópico pode produzir efeitos nocivos à pele e ao organismo por sua absorção percutânea; vide o capítulo com recomendações para uso de corticosteróides.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

⇒ **ECZEMA ATÓPICO:** ocorre predominantemente em crianças de 0 a 2 anos de idade.

⇒ **ECZEMA DE CONTATO:** ocorre em qualquer faixa etária.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: observar as recomendações no tratamento.



CID-10: A46

ERISPELA

DESCRIÇÃO: infecção aguda da pele envolvendo a derme e o subcutâneo, que se caracteriza por febre, anorexia, calafrios, outros sintomas gerais, leucocitose e lesão cutânea em placa eritematosa, edematosa e dolorosa. Dessa placa podem ter origem faixas eritematosas ao longo do trajeto de vasos linfáticos (linfangites). Existe adenite satélite à região comprometida. Vesículas e bolhas podem ser observadas - erisipela bolhosa. As áreas comprometidas são em geral membros inferiores, face ou abdome.

SINONÍMIA: mal-do-monte, esipra.

ETIOLOGIA: os estreptococos são os beta-hemolíticos do grupo A. Muito raramente, quadros clínicos semelhantes podem ser produzidos por *Staphylococcus aureus*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: a penetração do estreptococo na pele ocorre por soluções de continuidade. São portas de entrada frequentes nos membros inferiores as úlceras de perna e dermatomicoses interdigitais.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: um a três dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não é transmitida pessoa a pessoa.

COMPLICAÇÕES: linfedema ou elefantíase como consequência dos surtos recidivantes.

DIAGNÓSTICO: clínico e laboratorial. Este último em geral é desnecessário.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: erisipelóide (quadro que surge em ponto de inoculação, em geral de um ferimento resultante de manuseio de carne de peixe contaminada, porco e outros animais); dermatite de contato (história clínica e a localização orientam quanto a um agente sensibilizante).

TRATAMENTO: repouso no leito é essencial, principalmente quando é acometido o membro inferior, que deve ser mantido elevado. A droga de escolha é a penicilina procaína na dose de 400.000UI, de 12 em 12 horas por dez dias, ou em pacientes alérgicos eritromicina na dose de 30 a 50mg/kg/dia, dividida de seis em seis horas, por sete a dez dias e cefalexina na dose de 30 a 50/mg/kg/dia, de seis em seis horas, de sete a dez dias. Quadros graves podem necessitar de penicilina cristalina (IV) associada a oxacilina ou vancomicina. Após a fase aguda, para evitar recaídas, é conveniente



administrar penicilina benzatina por período prolongado, se necessário, o paciente deve ser afastado do trabalho ou hospitalizado. Quando houver edema residual orientar para uso de meias elásticas. Referenciar ao angiologista quando houver comprometimento venoso.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: infecção universal, não tendo prevalência maior em determinado grupo etário. Doenças vasculares, doenças debilitantes, má nutrição, usuários de drogas e álcool e traumas são considerados fatores de risco. Pode haver surtos de erisipela numa mesma região - erisipela recidivante.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: 2.400.000 UI, de 20 em 20 dias, durante um ano para evitar a reinfecção, ou pode-se aplicar uma dose de 1.200.000 UI (IM) de penicilina benzatina, a cada três semanas, por um período de 5 anos no mínimo. As pessoas alérgicas devem fazer uso de sulfametoxazol mais trimetoprima ou ainda sulfisoxizol.



CID-10: B86

ESCABIOSE

DESCRIÇÃO: parasitose da pele causada por um ácaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. As áreas preferenciais da pele onde se visualizam essas lesões são: regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região peri-umbilical, sulco interglúteo, órgãos genitais externos nos homens. Em crianças e idosos, podem também ocorrer no couro cabeludo, nas palmas e plantas. O prurido é intenso e, caracteristicamente, maior durante a noite, por ser o período de reprodução e deposição de ovos.

SINONÍMIA: sarna, coruba, jareré, pereba, pira.

ETIOLOGIA: *Sarcoptes scabiei*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato direto com doentes, roupa de cama de doente, relações sexuais. O ácaro pode perfurar e penetrar na pele em, aproximadamente, 2,5 minutos. Os doentes com sarna norueguesa são altamente infectantes, possuindo grande quantidade do ácaro nas escamas da pele.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: de 1 dia a 6 semanas.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: durante todo o período de doença. São necessários, geralmente, dois ciclos de tratamento, com intervalo de uma semana.

COMPLICAÇÕES: infecções secundárias pela “coçadura”. Em pacientes imunocomprometidos, as lesões formam crostas espessas ou dermatite generalizada, com intensa descamação. Essa forma também pode ocorrer em idosos, nos quais o prurido é menor ou não existe. A forma crostosa ou generalizada é denominada de sarna norueguesa (ou sarna crostosa). Nesses casos é grande a quantidade de parasitos.

DIAGNÓSTICO: clínico e/ou com visualização do ácaro à microscopia pelo raspado ou biópsia de pele.

TRATAMENTO: Ivermectina, dose única, VO, obedecendo a escala de peso corporal (15 a 24 kg - 1/2 comprimido; 25 a 35 kg - 1 comprimido; 36 a 50 kg - 1 1/2 comprimidos; 51 a 65kg - 2 comprimidos; 65 a 79 kg - 2 1/2 comprimidos; 80 kg ou mais, 3 comprimidos ou 200 mg/kg), a dose pode ser repetida após uma semana. Permetrima a 5% em creme, uma aplicação à noite, por 6 noites, ou deltametrina, em loções e shampoos, uso diário por 7 a 10 dias. Enxofre a 10%



diluído em petrolatum deve ser usado em mulheres grávidas e crianças abaixo de 2 anos de idade. Pode-se usar anti-histamínicos sedantes (dexclorfeniramina, prometazina), para alívio do prurido. Havendo infecção secundária, utiliza-se antibioticoterapia sistêmica. Evitar a iatrogenia utilizando o escabicida repetidas vezes. Considerar fracasso terapêutico a presença de sinais e sintomas após 2 semanas. Se os sintomas reaparecerem após 4 semanas, considerar reinfestação;

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: tem ocorrência universal e pode ou não estar vinculada a hábitos de higiene. É freqüente em guerras e em aglomerados populacionais. Geralmente, ocorre sob a forma de surtos em comunidades fechadas ou em grupos familiares.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: manter a doença sob controle, evitando surtos.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: tratamento do doente; lavar as roupas de banho e de cama com água quente (pelo menos a 55°C); lavar com água quente todos os fômites dos pacientes com sarna norueguesa; buscar casos na família ou nos residentes do mesmo domicílio do doente e tratá-los o mais breve possível. A escabiose, raramente, vem como caso isolado, por esse motivo tratar as pessoas que tiveram contato cutâneo com o doente. Isolamento: deve-se afastar o indivíduo da escola ou trabalho até 24 horas após o término do tratamento. Em caso de paciente hospitalizado, recomenda-se o isolamento a fim de evitar surtos em enfermarias, tanto para outros doentes, quanto para profissionais de saúde, especialmente em se tratando da sarna norueguesa.



CID-10: L28.2

ESTRÓFULO

DESCRIÇÃO: dermatose desencadeada por picadas de insetos (pulgas, mosquitos e formiga), ocorrendo nos primeiros anos de vida, principalmente em crianças atópicas. Caracteriza-se por lesões papulosas encimadas por vesícula central e lesões pápulo crostosas, escoriadas, geralmente em áreas expostas. O prurido geralmente é intenso e a evolução dá-se em surtos que coincidem com picada do inseto. Infecção secundária é freqüente. A manifestação do estrófulo independe de fatores hereditários, sexo ou cor. No adulto, pode estar associado a neoplasias malignas ou imunodepressão (aids).

SINONÍMIA: prurigo agudo infantil.

ETIOLOGIA: toxinas de insetos associadas à pré-disposição constitucional.

RESERVATÓRIO: não se aplica.

MODO DE TRANSMISSÃO: não se aplica.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: não se aplica.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não se aplica.

COMPLICAÇÕES: infecção secundária.

DIAGNÓSTICO: clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: escabiose, miliária, disidrose, varicela.

TRATAMENTO

⇒ **TÓPICO:** corticosteróides; antibióticos tópicos quando houver infecção secundária.

⇒ **SISTÊMICO:** dexclorfeniramina - adultos: 2mg 3 vezes ao dia ou 6mg ao deitar. Crianças: 2 - 6 anos: 0,5mg 3 vezes ao dia. 6 - 12 anos: 1,0mg 3 vezes ao dia. Corticosteróide sistêmico - nos surtos mais agudos. Prednisona - dose de 1mg/kg/dia - apresentação em comprimidos de 5 e 20 mg, por períodos limitados.

Observação: vide o capítulo com recomendações para uso de corticosteróides.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: acomete principalmente crianças.



OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: uso de repelentes, mosquiteiros e roupas adequadas, que protejam as pernas. Em pacientes atópicos não é recomendado o uso prolongado de repelentes.



CID-10: L73

FOLICULITES

DESCRIÇÃO: foliculites são piodermites que se iniciam no folículo piloso.

⇒ **FOLICULITE SUPERFICIAL:** forma particular de impetigo que se apresenta como pequena pústula folicular, que após ruptura e dissecação forma crosta, que não interfere no crescimento do pelo ou cabelo. As lesões são geralmente numerosas, localizando-se em geral no couro cabeludo, extremidades, pescoço, tronco e mais raramente nas nádegas. As lesões podem ter duração de alguns dias ou tornar-se crônicas.

⇒ **HORDÉOLO:** é a foliculite dos cílios e glândulas de Meibomius que se caracteriza por edema intenso devido à frouxidão do tecido palpebral.

⇒ **SICOSE DA BARBA:** a lesão é pústula folicular centralizada por pêlo podendo ocorrer placas vegetantes e infiltradas. A sicosse da barba não interfere com o crescimento dos pêlos.

SINÓNÍMIA: cabeça de prego (foliculite superficial), ou tersol (hordéolo).

ETIOLOGIA: habitualmente é o *Staphylococcus sp.*, coagulase positivo. Outros agentes não bacterianos também podem provocar foliculite.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: raramente transmitida de pessoa a pessoa.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: variável e indefinido. Geralmente de quatro a dez dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver lesão habitada.

COMPLICAÇÕES: celulite; erisipela, hipo ou hiperpigmentação residual em pacientes de pele morena.

DIAGNÓSTICO: clínico. Quadros que não respondem ao tratamento adequado devem ser avaliados com bacterioscopia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: foliculite eosinofílica: o quadro evolui por surtos de lesões papulosas e pustulosas com localização folicular e extrafolicular afetando a face, extremidades e porção superior do tronco. Há prurido discreto e após a regressão manchas hiperocrômicas. A confirmação diagnóstica é histológica e há uma forte associação com a AIDS. Pseudo-foliculite da barba e



virilha: as lesões surgem sempre após o ato de barbear-se e decorrem de encravamento de pêlos. A da virilha é mais comum nas mulheres, consequente ao hábito de depilarem-se.

TRATAMENTO: tratamento tópico é realizado com pomadas de antibiótico (neomicina, mupirocina, ou gentamicina). Tratamento sistêmico, com antibióticos: eritromicina na dose de 40mg/kg/dia, dividida de seis em seis horas; tetraciclina - adultos 2g por dia; e cefalexina - 30-50mg/kg/dia fracionada de seis em seis horas.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doenças universais, que incidem em todas as idades. As foliculites superficiais são mais comuns em crianças, as sicoses nos adultos e as profundas ocorrem em qualquer idade. Fatores como calor e alta umidade, má-higiene, vestuário de material inadequado e colado ao corpo, imunossupressão, uso de corticosteróides tópicos e antibioticoterapia sistêmica são considerados fatores de risco.

MEDIDAS DE CONTROLE: higiene pessoal adequada. Restrição dos objetos de uso pessoal. Sabonetes antibacterianos e uso prolongado de antibióticos tópicos estão indicados.



CID-10: L02.9

FURÚNCULO

DESCRIÇÃO: infecção estafilocócica do folículo piloso e da glândula sebácea, comprometendo o tecido celular subcutâneo próximo. Caracteriza-se por nódulo eritematoso, pustuloso, quente e doloroso que acaba por flutuar e romper-se eliminando conteúdo necrótico (carnegão) e purulento. A concomitância de vários furúnculos em múltiplas localizações denomina-se furunculose, e pode ser decorrente de complicações de dermatoses secundariamente infectadas, como a pediculose e escabiose. A ocorrência de vários furúnculos na mesma localização denomina-se antraz. Recorrências de furúnculo podem ocorrer por meses ou anos tornando-se problema de difícil resolução clínica. São mais frequentes na face, pescoço, axilas, coxas e nádegas que são áreas mais pilosas e sujeitas a sudorese mais intensa.

SINONÍMIA: frunco, leicença.

ETIOLOGIA: *Staphylococcus aureus*.

RESERVATÓRIO: o homem, em raras ocasiões, os animais.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato com indivíduos com lesão purulenta (fonte mais comum de propagação epidêmica) ou portador assintomático. As mãos são o meio mais importante para transmitir a infecção. 20 a 30% da população geral é portadora nasal de *Staphylococcus* positivos para a coagulase. A autoinfecção é responsável por um terço das infecções. A fonte mais comum de propagação epidêmica são as lesões supurativas.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: variável e indefinido. Em geral 4 a dez dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver *Staphylococcus* na lesão ou na orofaringe dos portadores assintomáticos.

COMPLICAÇÕES: a infecção destrói os anexos da pele e deixa cicatriz, principalmente quando as lesões são “espremidas para tirar o carnegão.” Raramente septicemias podem ocorrer.

DIAGNÓSTICO: baseia-se na história clínica e exame dermatológico. Exames complementares como bacterioscopia e cultura são desnecessários.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: hidradenite - infecção crônica supurativa com períodos de remissão e exacerbações geralmente em axilas e região inguino-crural. Miíase: o nódulo causado pela penetração da larva é menos inflamatório e tem na parte central um orifício por onde a larva



sai após atingir a maturidade. Foliculite necrotizante: as lesões são menores, em grande número no couro cabeludo e áreas seborréicas.

TRATAMENTO

- ⇒ **TÓPICO:** os antibióticos como a neomicina, bacitracina, mupirocina ou ácido fusídico e a drenagem quando a lesão apresenta flutuação, são curativos.
- ⇒ **SISTÊMICO:** eritromicina na dose de 30 a 40mg/kg/dia, dividida de 6 em 6 horas, tetraciclina na dose de 20 a 40mg/kg/dia, dividida de 6 em 6 horas ou 2g/dia para adultos, sulfametoxazol+trimetoprima - 800mg e 160mg respectivamente a cada 12 horas em adultos. Em crianças a dose é 20 a 30mg/kg/dia calculada em relação ao sulfametaxazol. Em furunculoses de repetição recomenda-se o uso de mupirocina tópica durante sete dias na cavidade nasal, na região retro-auricular, nos sulcos interdigitais dos pés e mãos, axilas, períneo e na região peri-anal.
- ⇒ **OUTROS:** sabonetes antibacterianos e antibióticos tópicos no nariz e unhas podem ser empregados no tratamento da furunculose recidivante, para evitar a colonização de portadores assintomáticos.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença universal. A obesidade, higiene precária, história familiar, diabetes *mellitus* e quadros de imunodepressão são considerados fatores de risco.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: vestes e objetos de uso pessoal devem ser mantidos separados e limpos, se possível com trocas de roupas diárias. As mãos e a face do paciente devem ser rigorosamente limpas, devendo-se usar sabões desinfetantes. É conveniente manter secas as regiões do corpo habitualmente úmidas. Pacientes obesos e/ou que têm pelos encravados e/ou com hiperhidroses devem procurar tratamento específico. Devem ser evitados uso de roupas apertadas e contato da pele com óleos de maneira geral. Orientar para evitar a drenagem e expressão excessiva da lesão sem orientação médica.



CID-10: A54

GONORREIA

DESCRIÇÃO: doença infecciosa do trato urogenital, de transmissão por via sexual, que pode determinar desde infecção assintomática até doença manifesta, com alta morbidade. Após contato sexual suspeito e vencidas as barreiras naturais da mucosa, ocorrerá a evolução para a doença. Instaura-se um processo localizado que poderá desenvolver complicações no próprio aparelho urogenital ou à distância, provocando alterações sistêmicas. Clinicamente, a gonorréia apresenta-se de forma completamente diferente no homem e na mulher. Há uma proporção maior de casos em homens, sendo que, em 70% dos casos femininos, a gonorréia é assintomática.

⇒ **GONORRÉIA NO HOMEM:** não complicada é representada por um processo inflamatório da uretra anterior. Inicia com prurido discreto junto ao meato urinário e fossa navicular, com o desenvolvimento de um eritema localizado; logo após, surge um corrimento inicial claro que, gradativamente, torna-se purulento. O corrimento é acompanhado de ardor e urgência miccional.

⇒ **GONORRÉIA NA MULHER:** o quadro é oligossintomático, caracterizado por um corrimento escasso, leitoso, muitas vezes não percebido pela paciente, chegando a mais de 70% o número de portadoras assintomáticas. O canal endocervical é o local prioritário da infecção gonocócica. A presença de diplococos intra e extracelulares sela o diagnóstico, mas, nas mulheres, é necessário o cultivo em meios especiais, como o Thayer-Martin modificado. Os sintomas podem se confundir com as infecções do trato genital inferior e caracterizam-se pelo aumento da frequência urinária, disúria e secreção vaginal mucóide ou francamente purulenta. O colo apresenta-se edemaciado, com ectopia acentuada. O corrimento torna-se irritativo, podendo levar ao edema de grandes e pequenos lábios e, conseqüentemente, dispareunia. Os recém-nascidos de mães doentes ou portadoras podem apresentar conjuntivite gonocócica por contaminação no canal de parto.

SINONÍMIA: blenorragia, blenorréia, esquentamento, pingadeira, purgação, fogagem, gota matutina, gono, uretrite gonocócica.

ETIOLOGIA: *Neisseria gonorrhoeae*, diplococo gram negativo.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato sexual.



PERÍODO DE INCUBAÇÃO: geralmente, entre 2 e 5 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: pode durar de meses a anos, se o paciente não for tratado. O tratamento eficaz rapidamente interrompe a transmissão.

COMPLICAÇÕES: no homem, dependendo da extensão da infecção às glândulas anexas, poderão ocorrer complicações, como balanopostite, colpíte, prostatite, epididimite e orquite. A orquite-epididimite poderá provocar a diminuição da fertilidade, levando até a esterilidade. Poderá também evoluir para quadros sistêmicos, caracterizando a gonococcemia com todas as suas manifestações, como a artrite gonocócica, a síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (peri-hepatite gonocócica) e complicações cardíacas e nervosas. Na mulher, quando a gonorréia não é tratada, a infecção ascendente de trompas e ovários pode caracterizar a chamada doença inflamatória pélvica (DIP), que é a mais importante complicação da infecção gonocócica na mulher. A DIP pode estar relacionada com endometrite, salpingite, peritonite. Alterações tubárias podem ocorrer como complicação dessa infecção, levando 10% dos casos à oclusão tubária e à infertilidade. Naqueles em que não há obstrução, o risco é o desenvolvimento de gravidez ectópica. Gonorréia disseminada: cerca de 2% dos pacientes não tratados vão evoluir com disseminação da infecção, manifestando artralgia, mialgia, artrite simétrica e lesões dermatológicas características. Inicialmente, ocorrem vasculites sépticas que progridem para pústulas necróticas, com preferência pelas extremidades. A febre é baixa e a alteração mais freqüente é a poliartrite; em alguns casos pode ocorrer tenossinovite dolorosa de extremidades. Ocasionalmente, a gonorréia provoca complicações, como endocardite e meningite.

DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e laboratorial. Este último é feito através do isolamento do agente, ou pela coloração com gram ou pelos métodos de cultivo. No exame bacterioscópico dos esfregaços, devem ser observados cocos gram negativos, arranjados aos pares. A cultura também é útil.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: uretrite não gonocócica por *Chlamydia*, ureaplasma, tricomoníase, infecção do trato urinário, vaginose por *Gardnerella*, artrite séptica bacteriana.

TRATAMENTO: deve ser utilizada uma das opções a seguir: ofloxacina, 400mg, VO, dose única; tianfenicol granulado, 2,5g, VO; ciprofloxacina, 500mg, VO; ceftriaxona, 250mg, IM; cefotaxima, 1g, IM; espectinomicina, 2mg, IM. Deve-se estar atento ao aumento gradual da resistência da *Neisseria gonorrhea* às penicilinas. No Brasil, são escassos os estudos realizados sobre esse aspecto. No mundo, há evidências de altos índices de resistência desse agente à antibioticoterapia convencional. O Ministério da Saúde recomenda tratar simultaneamente gonorréia e clamídia, com ciprofloxacina - 500mg, dose única mais azitromicina - 1g, dose única, ou doxiciclina - 100mg, de 12/12 horas, por sete dias.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença de distribuição universal, que afeta ambos os sexos, principalmente adultos jovens sexualmente ativos.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: interromper a cadeia de transmissão através de 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 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 DST, visando o aprimoramento de seu controle.

MEDIDAS DE CONTROLE: a) Interrupção da cadeia de transmissão pela triagem e referência dos pacientes com DST e seus parceiros para diagnóstico e terapia adequados; b) 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; c) Promoção do uso de preservativos - método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e outras DST; d) 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); e) 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. 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.



HANSENÍASE

CID-10: A30

DESCRIÇÃO: doença infecto-contagiosa, crônica, curável, causada pelo bacilo de Hansen. Esse bacilo é capaz de infectar grande número de pessoas (alta infectividade), mas poucos adoecem, (baixa patogenicidade). O poder imunogênico do bacilo é responsável pelo alto potencial incapacitante da hanseníase.

DEFINIÇÃO DE CASO: um caso de hanseníase, definido pela Organização Mundial de Saúde-OMS, é uma pessoa que apresenta um ou mais dos critérios listados a seguir, com ou sem história epidemiológica e que requer tratamento quimioterápico específico: lesão(ões) de pele com alteração de sensibilidade; espessamento de nervo(s) periférico(s), acompanhado de alteração de sensibilidade; e baciloscopia positiva para bacilo de Hansen. Obs: a baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico de hanseníase. Os aspectos morfológicos das lesões cutâneas e classificação clínica nas quatro formas abaixo devem ser utilizados por profissionais especializados e em investigação científica. No campo, a OMS recomenda, para fins terapêuticos, a classificação operacional baseada no número de lesões cutâneas. O quadro abaixo sintetiza as formas clínicas de hanseníase, com suas principais características.

SINONÍMIA: mal de Hansen; antigamente a doença era conhecida como lepra.

ETIOLOGIA: bacilo álcool-ácido resistente, intracelular obrigatório, denominado bacilo de Hansen ou *Mycobacterium leprae*.

RESERVATÓRIO: o homem é reconhecido como única fonte de infecção, embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato íntimo e prolongado com pacientes bacilíferos não tratados.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: em média 5 anos, podendo ir de meses a mais de 10 anos.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: os pacientes multibacilares podem transmitir hanseníase, antes de iniciar o tratamento específico. A primeira dose de rifampicina é capaz de eliminar as cepas viáveis do bacilo de Hansen em até 99,99% da carga bacilar de um indivíduo.

COMPLICAÇÕES: quando o diagnóstico é precoce e o tratamento quimioterápico do paciente é adequadamente seguido, com orientações de auto-cuidado para prevenir incapacidades, geralmente, a hanseníase não deixa seqüelas e ou complicações. Um grupo de pacientes pode desenvolver episódios



Sinopse para Classificação das Formas Clínicas da Hanseníase

CARACTERÍSTICAS			
Clínica	Baciloscopia	Forma Clínica	Classificação Operacional vigente para rede básica
Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemato-hipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos.	Negativa	Indeterminada (HI)	PB Até 5 lesões de pele
Placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, bem definidas, hipo ou anestésicas, comprometimento de nervo.	Negativa	Tuberculóide (HT)	
Lesões pré-foveolares (eritematosas, planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritemato-pigmentares, de tonalidade ferruginosa ou pardacenta). Apresenta alterações de sensibilidade.	Positiva (bacilos e globias ou com raros bacilos) ou Negativa	Dimorfa (HD)	MB Mais que 5 lesões de pele
Eritema e infiltração difusas, placas eritematosas infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade.	Positiva (bacilos abundantes e globias)	Virchowiana (HV)	

Notas: 1) Na hanseníase virchowiana, afora as lesões dermatológicas e das mucosas, ocorrem também lesões viscerais; 2) As manifestações neurológicas são comuns a todas as formas clínicas. Na hanseníase indeterminada, não há comprometimento de troncos nervosos, expressos clinicamente. Na hanseníase tuberculóide, o comprometimento dos nervos é mais precoce e mais intenso; 3) Os casos não classificados quanto à forma clínica serão considerados para fins de tratamento como multibacilares.

reacionais, que são intercorrências da reação imunológica do hospedeiro. Estas podem surgir no diagnóstico, durante o tratamento específico, ou após a alta do paciente. Nesse último caso, não requer a reintrodução da poliquimioterapia. As reações (ou episódios reacionais) são agrupadas em 2 tipos: o Tipo 1: também chamado reação reversa. Ocorre mais frequentemente em pacientes com hanseníase tuberculóide e dimorfa. Caracteriza-se por eritema e edema das lesões e/ou espessamento de nervos com dor à palpação dos mesmos (neurite). A neurite pode evoluir sem dor (neurite silenciosa). É tratado com Prednisona, VO, 1-2mg/kg/dia, com redução em intervalos fixos, conforme avaliação clínica. São também indicação de uso de corticosteróides a irite / iridociclite e a orquite (consultar o Guia para o Controle da Hanseníase, da Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária/Ministério da Saúde). O Tipo 2, cuja manifestação clínica mais frequente é o eritema nodoso: os pacientes com hanseníase virchowiana são os mais acometidos. Caracteriza-se por nódulos eritematosos, dolorosos, mais palpáveis que visíveis em qualquer parte do corpo. Pode evoluir com neurite. Trata-se com talidomida, VO, na dose de 100 a 400mg/dia, somente em paciente do sexo masculino (é proibido o uso em mulheres em idade fértil, devido à possibilidade de ocorrência de teratogenicidade); ou prednisona, VO, 1-2mg/kg/dia. A redução também é feita em intervalos fixos, após avaliação clínica.

DIAGNÓSTICO: clínico, baseado na definição de caso. A baciloscopia e a histopatologia podem ser úteis como apoio diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: eczemátide, nevo acromico, pitíriase versicolor, vitiligo, pitíriase rósea de Gilbert, eritema polimorfo, eritema nodoso, granuloma anular, eritema anular, lúpus, farmacodermias, pelagra, sífilis, alopecia areata, sarcoidose, tuberculose, xantomas, esclerodermias.

TRATAMENTO: não é eticamente recomendável tratar o paciente de hanseníase com um só medicamento.



Esquemas Recomendados Poliquimioterapia - OMS

Formas Medicamento	Paucibacilar (PB)	Multibacilar (MB)	PB Lesão Única sem envolvimento de tronco nervoso ⁽¹⁾
Rifampicina (RFM)	600mg, 1 vez por mês supervisionada	600mg, 1 vez por mês, supervisionada	600mg, em dose única, supervisionada
Dapsona (DDS)	100mg/dia auto- administrada	100mg/dia auto- administrada	-
Clofazimina (CFZ)	-	300mg, 1 vez por mês, supervisionada + 100mg em dias alternados ou 50mg/dia auto-administrada	-
Minociclina (Mino)	-		100mg, em dose única, supervisionada
Ofloxacina (Oflo)	-		400mg, em dose única, supervisionada

(1) Este esquema é conhecido como ROM (Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina) e deve ser usado exclusivamente para tratar pacientes PB com lesão única, sem envolvimento de troncos nervosos. Esse esquema é recomendado somente para uso em centros de referência.

TEMPO DE TRATAMENTO

⇒ **PAUCIBACILARES:** 6 doses mensais, em até 9 meses de tratamento.

⇒ **MULTIBACILARES:** 12 doses mensais, em até 18 meses de tratamento.

Casos multibacilares que iniciam o tratamento com numerosas lesões e/ou extensas áreas de infiltração cutânea poderão apresentar uma regressão mais lenta das lesões de pele. A maioria desses doentes continuará melhorando após a conclusão do tratamento com 12 doses. É possível, no entanto, que alguns desses casos demonstrem pouca melhora e por isso poderão necessitar de 12 doses adicionais de PQT-MB.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: a hanseníase é mais comum em países sub-desenvolvidos e em desenvolvimento. Tem baixa letalidade e baixa mortalidade, podendo ocorrer em qualquer idade, raça ou gênero.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: reduzir o coeficiente de prevalência para menos de um doente em cada 10.000 habitantes. Esta meta será alcançada, diagnosticando-se precocemente os casos, tratando-os, interrompendo, assim, a cadeia de transmissão.

NOTIFICAÇÃO: doença de notificação compulsória no Brasil.

MEDIDAS DE CONTROLE: diagnóstico precoce dos casos, através do atendimento de demanda espontânea, de busca ativa e de exame dos contatos para tratamento específico, que deve ser feito em nível eminentemente ambulatorial.

PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES: todo paciente de hanseníase deve ser examinado minuciosamente e orientado quanto aos auto-cuidados para evitar ferimentos, calos, queimaduras (que podem ocorrer



devido à hipoestesia e/ou anestesia), o que previne aparecimento de incapacidades. Observar que a melhor forma de preveni-las é fazer o tratamento poliquimioterápico de modo regular e completo. Ratifica-se ainda que o diagnóstico precoce do acometimento neural, com ou sem reação hansênica e seu tratamento adequado é medida essencial na prevenção de incapacidades.

VIGILÂNCIA DE CONTATOS: contato intradomiciliar é toda pessoa que resida ou tenha residido com o paciente nos últimos 5 anos. Examinar todos os contatos de casos novos; os doentes devem ser notificados como caso novo e tratados. Os contatos são devem receber duas doses da vacina BCG-ID. Quando houver a cicatriz por BCG-ID, considerar como 1ª dose e aplicar a 2ª dose. Quando não houver a cicatriz, aplicar a 1ª dose e a 2ª após 6 meses. Paralelamente, os contatos são devem ser orientados quanto aos sinais e sintomas da hanseníase.

Doses Recomendadas para Crianças

Medicamento Faixa Etária	RFM	DDS	CFZ	
			Auto-administrada	Supervisionada/mês
0 - 5	150 - 300mg	25mg	100mg/semana	100mg
6 - 14	300 - 450mg	50 - 100mg	450mg/semana	150 a 200mg
> 15	dose adulta	dose adulta	dose adulta	dose adulta

RECIDIVA: deve-se suspeitar de recidiva, com base nos seguintes parâmetros.

- ⇒ **PAUCIBACILARES:** paciente que, após alta por cura, apresentar: dor em nervo não afetado anteriormente, novas lesões e/ou exacerbações de lesões anteriores que não respondam à corticoterapia recomendada para tratar episódios reacionais do tipo 1, nas doses indicadas.
- ⇒ **MULTIBACILARES:** paciente que, após 5 anos de alta por cura, continuar apresentando episódios reacionais que não cedem à terapêutica com corticosteróide e/ou talidomida, nas doses recomendadas para tratar episódios do tipo 2. Considerar, na recidiva, a confirmação baciloscópica, ou seja, a presença de bacilos íntegros e globias.

Observações: 1) A ocorrência de episódio reacional após a alta do paciente não significa recidiva da doença. A conduta correta é instituir apenas terapêutica antirreacional (prednisona e/ou talidomida); 2) Todo caso de recidiva deve, após confirmação, ser notificado como recidiva e reintroduzido novo esquema terapêutico; 3) A hanseníase não confere imunidade. Os parâmetros para diferenciar recidiva e reinfecção não estão claros na literatura.



HERPES SIMPLES

CID-10: B00

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, citam-se a capacidade do vírus de 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, relacionadas 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. A lesão elementar é vesícula sobre base eritematosa, geralmente agrupadas em cacho. A 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.

- ⇒ **GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA PRIMÁRIA:** é de observação mais comum em criança, podendo variar de um quadro discreto, com algumas lesões vésico-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,



desencadeado 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. 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. Em todos os paciente imunodeprimidos que apresentam úlceras genitais e/ou anais deve-se pensar na possibilidade de herpes.

SINONÍMIA: *Herpesvírus hominis*, herpevírus tipo 1 e 2.

ETIOLOGIA: o herpes simples é causado pelo *Herpesvírus hominus* tipo-1 e 2. 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. Pode haver transmissão fetal durante o parto.



PERÍODO DE INCUBAÇÃO: 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: 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: afta, eczema de contato, estomatite por *Candida* e impetigo perioral. A gengivoestomatite 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 estendida nas primo-infecções. 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. O panciclovir está indicado na dose de 125mg de 12 em 12 horas. Em pessoas com recorrências frequentes (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 em uma a cada 3.500 gestações. A infecção do concepto intra-útero, nos primeiros meses da gestação, culmina, freqüentemente, em aborto. O maior risco de transmissão do vírus ao feto dar-se-á 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 xilocaina 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.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: 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 pode vir a representar o amplo controle dessa doença.



HPV

CID-10: B97.7

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 podem 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: infecção pelo Papiloma Vírus Humano, verruga genital, cavalo de crista, crista de galo, condiloma acuminado.

ETIOLOGIA: 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: clínico, epidemiológico e laboratorial, observando as diversas formas abaixo:

⇒ **INFECÇÃO CLÍNICA:** através da visão desarmada, geralmente representado pelo condiloma acuminado.

⇒ **INFECÇÃO SUB-CLÍNICA:** através da peniscopia, colpocitologia e colposcopia com biópsia. A peniscopia pode ser falso-positiva.



⇒ **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 subclínicas, 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 Frequência (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.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: diagnosticar e tratar precocemente todos os casos, evitando formas graves e infecção no conceito.



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. Educação em saúde: aconselhamento. Não esquecer que o aparecimento de HPV deve servir de evento sentinela para a infecção pelo HIV ou outra imunodeficiência. Ver Medidas de Controle descritas para as demais DST.



CID-10: L01

IMPETIGO

DESCRIÇÃO: doença comum da infância causada por *Staphylococcus* ou *Streptococcus* e de alta transmissibilidade.

- ⇒ **IMPETIGO BOLHOSO:** vesículas e bolhas desenvolvem-se em pele normal, sem eritema ao redor. As lesões localizam-se no tronco, face, mãos, áreas intertriginosas, tornozelo ou dorso dos pés, coxas e nádegas. O conteúdo seroso ou sero-pustulento desseca-se, resultando em crosta amarelada que é característica do impetigo. Quando não tratada tem tendência à disseminação. A lesão inicial muitas vezes é referida como se fosse uma bolha de queimadura de cigarro.
- ⇒ **IMPETIGO NÃO BOLHOSO:** geralmente inicia-se com lesões eritematosas seguida da formação de vesículas e pústulas que se rompem rapidamente formando áreas erosadas com as típicas crostas de coloração amarelada. Localizam-se preferencialmente na face, braços, pernas e nádegas. É comum a presença de lesões satélites que ocorrem por auto-inoculação. As lesões do impetigo duram dias ou semanas. Quando não tratadas podem envolver a derme o que constitui o ectima, com ulceração extensa e crosta hemorrágica.

SINONÍMIA: salsugem, impetigem.

ETIOLOGIA: *Staphylococcus aureus* (plasma-coagulase positivo) e *Streptococcus pyogenes*, isoladas ou associadas.

RESERVATÓRIO: o homem e em raras ocasiões, os animais.

MODO DE TRANSMISSÃO: a partir dos focos de colonização das bactérias nas narinas do próprio paciente ou de portador assintomático; 20 a 30% da população geral é portadora de estafilococos coagulase positiva. As mãos são o meio mais importante para transmitir a infecção. A fonte mais comum de propagação epidêmica são as lesões supurativas.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: variável e indefinido. Em geral quatro a dez dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver *Streptococcus*, *Staphylococcus* e/ou lesão, ou *Staphylococcus* na nasofaringe dos portadores assintomáticos.

COMPLICAÇÕES: glomerulonefrite, septicemias.

DIAGNÓSTICO: clínico e epidemiológico.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: iododerma e bromoderma, varicela, queimadura e herpes simples.

TRATAMENTO: remoção e limpeza, duas a três vezes ao dia, das crostas com água e sabão, ou água Dalibour ou permanganato de potássio 1:40.000, ou água boricada a 2%. Em seguida, aplica-se pomada de antibióticos tipo neomicina, mupirocina, gentamicina. Se necessário introduzir eritromicina via oral na dose de 40mg/kg/dia dividida de seis em seis horas; cefalexina 30 a 50mg/kg/dia dividida em quatro tomadas.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença de distribuição universal, incide com maior frequência em áreas com precárias condições de higiene pessoal. É mais frequente no verão, ocorre de forma esporádica ou em pequenas epidemias familiares e acampamentos de veraneio.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: higiene pessoal, em especial lavagem de mãos. Tratamento imediato dos casos iniciais. Desinfecção de ferimentos ou machucaduras. Em caso de epidemias dever-se-á impor, principalmente em creches, higiene rigorosa, em especial da lavagem das mãos. Realizar cultura dos contactantes, em creches, para identificação dos portadores assintomáticos em cavidade nasal para tratamento com mupirocina.



CID-10: B83.0

LARVA MIGRANS

DESCRIÇÃO: erupção linear, serpiginosa, eritematosa, discretamente elevada, e muito pruriginosa conseqüente do deslocamento da larva na pele. As áreas mais afetadas são pés, pernas e nádegas. Algumas vezes observa-se quadro eritemato-papuloso que dificulta o diagnóstico.

SINONÍMIA: dermatite serpiginosa, bicho geográfico.

ETIOLOGIA: larvas das espécies *Ancylostoma caninum*, *Ancylostoma brasiliensis* e *Strongiloides stercoralis*.

RESERVATÓRIO: cães e gatos.

MODO DE TRANSMISSÃO: adquirida pelo contato da pele com solo contaminado por fezes de animais.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: não há.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não há transmissão pessoa a pessoa.

COMPLICAÇÕES: impetiginização com infecção secundária.

DIAGNÓSTICO: clínico e epidemiológico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: eczema de contato e alergia a picada de insetos. Piodermites e Tinha dos Pés: principalmente nas formas papulosas e eczematizadas o diagnóstico é difícil.

TRATAMENTO: uma ou poucas lesões: usa-se a pomada de Tiabendazol a 5% três vezes ao dia, durante 10 dias. Muitas lesões: usar o tiabendazol sistêmico na dose de 25mg/kg de peso, duas vezes ao dia, 5 a 7 dias. Albendazol 400mg/dia em dose única ou repetido durante três dias consecutivos. Ivermectina na dose única de 200mg/kg.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: pode ocorrer em surtos em creches, escolas. Frequente em praias.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não é objeto de vigilância epidemiológica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: proibir cães e gatos em praias. Evitar áreas arenosas, sombreadas e úmidas. Nas escolas e creches, as areias para diversão devem ser protegidas contra os dejetos de cães e gatos.



LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

CID-10: B55.1

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 bordas elevadas e fundo granuloso, que podem ser únicas ou múltiplas e são indolores. Também pode manifestar-se como placas verrucosas, papulosas, 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, ferida brava, botão do oriente.

ETIOLOGIA: há várias *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, equinos e mulas; e o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: através da picada de insetos flebotomíneos do gênero *Lutzomyia*.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: pode variar de 2 semanas a 12 meses, com média de 2 a 3 meses.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: desconhecido. Não há transmissão pessoa a pessoa. A transmissão dá-se através do vetor que adquire o parasita ao picar reservatórios, transmitindo, ao homem.

COMPLICAÇÕES: infecção secundária das lesões cutâneas; disfagia, disfonia, quando de lesões mucosas.

DIAGNÓSTICO: suspeita clínico-epidemiológica associada a dados laboratoriais. Exame parasitológico direto, através de exame do raspado da borda da lesão, ou “*in-print*” feito com o fragmento da biópsia; histopatologia, intradermoreação, reação de Montenegro-IRM. Sorologia pode ser útil.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

⇒ **FORMA CUTÂNEA:** úlceras traumáticas, piodermites, úlceras vasculares, úlcera tropical, paracoccidioidomicose, esporotricose, cromomicose, neoplasias cutâneas, sífilis e tuberculose cutânea.



⇒ **FORMA MUCOSA:** hanseníase virchowiana, paracoccidioidomicose, sífilis terciária, neoplasias.

TRATAMENTO: os medicamentos citados abaixo estão em ordem de prioridade para uso.

⇒ **FORMA CUTÂNEA:** antimoniato de N-metil-glucamina, apresentação: 1ml=81mg Sb⁺⁵, 10 a 20mg/Sb⁺⁵/kg/dia - sugere-se 15mg/ Sb⁺⁵/kg/dia, IV lento ou IM, por 20 dias consecutivos; pentamidina, 4mg/kg, IM, a cada 2 dias, até completar no máximo 2g de dose total (aplicar após alimentação e fazer repouso em seguida); 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:** antimoniatol de N-metil-glucamina, 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, 2g de dose total.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: no Brasil, tem caráter endêmico e já é encontrada 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 perfil dos pacientes afetados; inicialmente, eram adultos jovens do sexo masculino e passaram a ser pessoas de todas as idades e sexos. A literatura já traz vários casos de LTA associados à aids.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: investigar e controlar os focos, visando a redução do número de casos, diagnóstico e tratamento precoces dos doentes para evitar a evolução e complicações da doença.

NOTIFICAÇÃO: é doença de notificação compulsória nacional.

DEFINIÇÃO DE CASO

⇒ **SUSPEITO:** indivíduo com presença de úlcera cutânea com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura.

⇒ **SUSPEITO DE LEISHMANIOSE MUCOSA:** todo indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com perfuração ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios e boca.

⇒ **CONFIRMADO:** a confirmação dos casos clinicamente suspeitos deverá preencher no mínimo um dos critérios a seguir: residência, procedência ou deslocamento em área endêmica associado ao encontro do parasita nos exames parasitológicos diretos; residência, procedência ou deslocamento em área endêmica associado à Intradermo Reação de Montenegro (IRM) positiva; residência, procedência ou deslocamento em área endêmica sem associação a outro critério, quando não há acesso a métodos de diagnóstico. Nas formas mucosas, considerar a presença de cicatrizes cutâneas anteriores como critério complementar para confirmação do diagnóstico.

MEDIDAS DE CONTROLE: na cadeia de transmissão: diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos humanos e redução do contato homem-vetor. Realizar investigação epidemiológica em situações específicas 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); e identificar se há indicação de desencadear as medidas de controle: orientação quanto às medidas de proteção individual, mecânicas, como o uso de roupas apropriadas, repelentes, mosquiteiros. Controle de reservatórios. Medidas educativas. Em áreas de risco para assentamento de populações humanas, sugere-se uma faixa de 200 a 300 metros entre as residências e a floresta, com o cuidado de evitar-se o desequilíbrio ambiental.



CID-10: B87

MIÍASE

DESCRIÇÃO: zoodermatose caracterizada pelo acometimento da pele ou orifícios por larvas de moscas. Classificam-se em Primárias e Secundárias.

⇒ **MIÍASE PRIMÁRIA FURUNCULÓIDE:** caracteriza-se por lesão nodular que surge com o desenvolvimento da larva, apresentando orifício central de onde sai secreção serosa. A lesão é dolorosa e o paciente sente a sensação de “ferroada”. Como complicações podem surgir abscessos, linfangite e raramente tétano.

⇒ **MIÍASE SECUNDÁRIA:** a infestação ocorre na pele ou mucosas ulceradas e nas cavidades. Os locais mais atingidos são as fossas e os seios nasais, os condutos auditivos e os globos oculares. A gravidade do quadro depende da localização e do grau de destruição.

SINONÍMIA: berne, bicheira.

ETIOLOGIA

⇒ **MIÍASE PRIMÁRIA FURUNCULÓIDE OU BERNE:** causada pela larva de *Dermatobia hominis* ou raramente pela *Callitroga americana*.

⇒ **MIÍASE SECUNDÁRIA:** causada por larvas de *Callitroga macelária* e espécies do gênero *Lucília*.

RESERVATÓRIO: mosca doméstica.

MODO DE TRANSMISSÃO: deposição da larva da mosca na pele e em feridas.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: até duas semanas.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: não há transmissão pessoa a pessoa.

COMPLICAÇÕES: infecção secundária, destruição tecidual, fístulas, destruição óssea.

DIAGNÓSTICO: clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: furúnculos, abscessos de glândula sudorípara, hordéolos, otites, rinites, corpo estranho e impetigos.

TRATAMENTO: no berne, utiliza-se oclusão com vaselina pastosa ou esmalte de unha, o que impede que a larva respire, e com sua imobilização, retirá-la com pinça ou expressão manual. Pode-se fazer retirada cirúrgica de larva. Localizações peri-orificiais em geral requer avaliação



do especialista. Na miíase secundária, utiliza-se extração manual das larvas, ou a Ivermectina sistêmica, 200mg/kg em dose única (aproximadamente 1 comprimido para cada 35kg/peso). A Ivermectina causa morte das larvas, que deverão ser retiradas manualmente ou com pinça.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: doença universal de áreas rurais onde se encontra as moscas referidas acima.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não é objeto de vigilância epidemiológica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: combate às moscas, higiene pessoal adequada, cobrir feridas abertas.



CID-10: B08.1

MOLUSCO CONTAGIOSO

DESCRIÇÃO: doença viral, freqüente na infância, principalmente, em crianças atópicas. Consiste de pápulas, lisas, brilhantes, de cor rósea ou da pele normal, apresentando depressão central característica (pápula umbilicada). Localizam-se de preferência nas axilas, face lateral do tronco, regiões genitais, perianal e face. No adulto, a localização facilita a sugestão de possibilidade de HIV.

SINONÍMIA: não há.

ETIOLOGIA: vírus do gênero *Poxvirus*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato direto (sexual ou não) com pessoas contaminadas. Auto inoculação.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: sete dias a seis meses.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto persistirem as lesões.

COMPLICAÇÕES: disseminação em pacientes imunodeprimidos.

DIAGNÓSTICO: clínico, epidemiológico e histopatológico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: verrugas planas e vulgares, criptococose cutânea em pacientes imunodeprimidos.

TRATAMENTO: curetagem ou expressão manual ou com pinça das lesões, seguida de pincelagem com tinturas de iodo.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: mais freqüente em crianças e de distribuição universal. Ocorre também em adultos portadores de infecção pelo HIV, com localização predominante na face.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: não se aplica.

NOTIFICAÇÃO: não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE: informar quanto à etiologia e à natureza benigna da doença; orientar para evitar traumas, coçaduras e tratamentos intempestivos devido autoinoculação; evitar contato pele a pele, principalmente entre crianças; e incentivar outros familiares e contatos extra-domiciliares com quadro semelhante para uma consulta médica.



PARACOCCIDIOIDOMICOSE

CID-10: B41

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-mononuclear 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 paracoccidiodomicose.

⇒ **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 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, Histoplasmose 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: a) Sulfametoxazol + Trimetoprim - 800/60mg/dia, VO, 12/12 hs., por 30 dias, 400/80mg 12/12 hs., até um ano após sorologia negativa; b) Cetoconazol - 400 mg/dia, VO, por 45 dias, depois 200mg/dia até completar 12 meses; c) Fluconazol - 400mg/dia, VO, por um mês, depois 200mg/dia, por 6 meses. Este último é a melhor opção para o tratamento da neuroparacoccidioidomicose, pela sua alta concentração no SNC; a dose de ataque pode ir até 800 mg/dia por 30 dias; d) Anfotericina B - 1mg/kg/dia, IV, diluído em 500ml 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.

OBJETIVO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: 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.



CID-10: B85.0

PEDICULOSES

PEDICULOSIS CAPITIS E CORPORIS (CID-10: B85.1)

DESCRIÇÃO: dermatose pruriginosa produzida por piolhos. A principal manifestação é o prurido intenso, principalmente nas regiões retroauriculares e occipitais (*pediculosis capitis*), encontrando-se pequenos grãos brancos aderidos aos cabelos (lêndeas). Na pediculose corporal há lesões papulo urticariformes e hemorrágicas preferencialmente no tronco, abdomen e nádegas, podendo haver escoriações, liquenificação, hiperpigmentação, caracterizando a chamada “doença do vagabundo”.

SINONÍMIA: piolho.

ETIOLOGIA: causada pelo *Pediculus humanus capitis* e *Pediculus humanus corporis*.

RESERVATÓRIO: o homem.

MODO DE TRANSMISSÃO: contato direto com a pessoa infectada ou com objetos usados por esta.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: sete dias até três semanas.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: enquanto houver piolhos vivos na pessoa infectada ou nos fômites. Os piolhos podem viver até dez dias nos utensílios do hospedeiro.

COMPLICAÇÕES: piodermite do couro cabeludo e corpo.

DIAGNÓSTICO: clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: escabiose, *pitiríasis capitis* (caspa), piodermite do couro cabeludo.

TRATAMENTO: escabícidas (ver tratamento de Escabiose) utilizados em aplicação única durante 6 horas e, após, lavar o couro cabeludo. Repetir a aplicação após 7 dias, ou usar xampu de permetrina (1%) ou deltametrina (0.02%), deixar por 5-10 minutos e enxaguar. Repetir após 7 dias. As lêndeas devem ser retiradas com pente fino após aplicação de vinagre 1:1 em água morna. Ivermectina, na dose de 100mg/kg em dose única, repetida após uma semana efetiva para matar os piolhos. As lêndeas devem ser retiradas.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS: podem ocorrer surtos em escolas, creches ou ambientes confinados.

OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: detecção e tratamento precoce dos casos.