



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

PANORAMA DAS PRINCIPAIS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS COM PERFIL DE PERSISTÊNCIA NO BRASIL¹

Eduarda Ferretti², Luiza Giuliani Schimitt³, João Felipe Peres Rezer⁴

¹ Projeto de iniciação científica associado ao Núcleo de Pesquisa, Ensino e Extensão sobre doenças infectocontagiosas da Unipampa (NUPEEDIC)

² Acadêmica do curso de medicina da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) -
eduardaferretti753@gmail.com

³ Acadêmica do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
luiza_schimitt@yahoo.com.br

⁴ Professor orientador, Doutor em Ciências Farmacêuticas - Análises Clínicas, Curso de Medicina -
Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), joaofeliperezer@gmail.com

RESUMO

Introdução: as doenças infectocontagiosas correspondem à quinta causa de óbito entre os brasileiros. A morbidade associada a essas doenças é alta, mas esse cenário pode ser evitado através de medidas simples. **Objetivo:** divulgar informações sobre as doenças infectocontagiosas com quadro de persistência a fim de ampliar a identificação dos sintomas de cada agravo e os focos dessas doenças pelos acadêmicos, profissionais de saúde e pela população. **Resultado:** a revisão bibliográfica retrospectiva revelou que a prevalência e a incidência de algumas doenças transmissíveis permaneceu constante nas últimas décadas. Para erradicá-las precisamos do engajamento da população no combate à essas doenças. **Conclusão:** As doenças apresentadas (esquistossomose, febre amarela, hepatites, leishmaniose visceral, leptospirose, malária, meningites, tuberculose) podem ser combatidas através da vacinação, eliminação dos focos de vetores, vigilância constante dos novos casos e mantendo a população informada sobre os principais sintomas que, se manifestados, devem ser comunicados à equipe de saúde da comunidade.

Palavras-chave: doenças transmissíveis; perfil de permanência; saúde pública

INTRODUÇÃO

As doenças infectocontagiosas e parasitárias representam uma grande ameaça à saúde pública, uma vez que reduzem a qualidade de vida, incapacitam e estão entre as principais causas de morte no Brasil. O combate a cada uma dessas doenças é único, visto que é necessário ter informações sobre o ciclo dos agentes etiológicos, deter conhecimento sobre os sintomas de cada agravo e conhecer o cenário epidemiológico de cada uma dessas doenças na região (BRASIL, 2010).

A mortalidade por doenças infectocontagiosas tem diminuído no Brasil desde a década de 1930, mas elas ainda correspondem à quinta principal causa de óbito entre os brasileiros. Outro motivo



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

de preocupação é a alta morbidade associada a essas doenças em especial às que não possuem mecanismos eficazes de prevenção ou que estão diretamente associadas a fatores ambientais e socioeconômicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O combate às doenças transmissíveis com perfil de persistência requer o fortalecimento das estratégias já adotadas pelos municípios e a interrupção da cadeia de transmissão, o que pode ser feito através do diagnóstico precoce e do tratamento dos pacientes infectados. Também é fundamental que se desenvolvam ações multissetoriais de prevenção e controle das doenças infectocontagiosas para que elas sejam erradicadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Assim, o presente trabalho objetiva divulgar informações sobre as doenças infectocontagiosas com quadro de persistência para que todos os profissionais da saúde e a população saibam identificar os sintomas de cada agravo e os principais focos de cada doença.

METODOLOGIA

O presente trabalho é uma revisão de literatura de caráter retrospectivo que integra o Núcleo de Pesquisa, Ensino e Extensão sobre Doenças Infectocontagiosas da Unipampa. A fim de delimitarmos as doenças infectocontagiosas com perfil de persistência no Brasil, e em especial do Rio Grande do Sul, utilizamos como elementos norteadores da revisão os seguintes textos: 8ª edição do guia de bolso do Ministério da Saúde (2010), o artigo "Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas e parasitárias no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa" publicado pela Lancet Brasil (2011) e o artigo "Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio" publicado pela Revista de Saúde Pública (2016). O artigo da série Lancet foi escolhido por ser um estudo internacional que considerou a sua análise desde as mudanças geradas logo após a formação do Sistema Único de Saúde até o panorama do momento da publicação, abarcando uma visão mais ampla sobre a realidade dessas doenças nas comunidades brasileiras. Já o Guia de Bolso foi selecionado por ser a principal cartilha informativa acerca dessas doenças distribuídas pelo governo Brasileiro e também por ser de fácil acesso a todos. Por fim, selecionamos o artigo da revista de Saúde Pública porque o mesmo faz uma síntese de todo o conteúdo publicado pela revista nos últimos cinquenta anos sobre o tema Doenças infecciosas e parasitárias, sendo um material complementar ao texto do Lancet.

Também foi realizada uma busca na plataforma Scielo utilizando os termos "perfil", "doenças infecciosas e parasitárias" e "Brasil", mas não foram encontrados resultados correspondentes aos termos pesquisados e aos objetivos do presente trabalho. Dos oito resultados encontrados quatro foram excluídos após a leitura do resumo por não corresponder aos termos pesquisados e quatro deles foram excluídos por demonstrarem o perfil das doenças infecciosas e parasitárias em pequenos grupos populacionais.

A partir das fontes selecionadas, buscou-se os últimos boletins epidemiológicos publicados pelo Ministério da Saúde e pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul (CEVS).



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Após a seleção do material, optou-se por enfatizar o agente etiológico, o perfil epidemiológico, as formas de transmissão de cada doença, a fisiopatologia e as medidas de prevenção e de profilaxia que podem ser adotadas por qualquer cidadão ou instituição.

RESULTADOS

Desde 1967, o Brasil passou por diversas transformações. A população dobrou nesse período, superando a marca de 200 milhões de habitantes, a urbanização ocorreu em um ritmo vertiginoso - mais de 83% dos brasileiros vivem em áreas urbanas- as taxas de escolaridade, renda per capita e expectativa de vida também cresceram muito nesse período. Contudo as doenças infectocontagiosas continuam sendo um importante fator de morbidade e mortalidade para a nossa população (WALDMAN; SATO, 2016).

Toda essa rápida transformação ambiental, tecnológica, cultural e social impactou no ciclo das doenças infectocontagiosas. Por exemplo, após a introdução da vacina contra a meningite bacteriana no calendário vacinal, observou-se que a principal causa da doença é atualmente a bactéria *Neisseria meningitidis*, e não mais a *Haemophylus influenzae*. Já os fluxos migratórios humanos trouxeram cercarias para um município gaúcho, gerando casos de esquistossomose no estado (CEVS, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Devido a todas as mudanças ambientais, culturais, sociais, econômicas e tecnológicas, a prevalência e a incidência de algumas doenças transmissíveis se manteve constante nas últimas décadas. Agora, mais do que nunca, precisamos que a população esteja engajada no combate à essas doenças (WALDMAN; SATO, 2016).

Mesmo que o ciclo de algumas doenças infectocontagiosas tenham sido alterados ao longo do tempo, pesquisas continuam sendo realizadas sobre o tema. Além disso, devido aos novos casos estão notificados, há um cenário propício para o combate dessas doenças. Assim, com pequenas ações realizadas pela comunidade pode-se aumentar a lista de doenças erradicadas em nossa nação (WALDMAN; SATO, 2016).

DISCUSSÃO

1. DOENÇAS COM QUADRO DE PERSISTÊNCIA

1.1 Esquistossomose

A esquistossomose, ou barriga d'água, é uma doença transmissível causada por trematódeos do gênero *Schistosoma*, sendo a *Schistosoma mansoni* a única espécie encontrada no Brasil. A enfermidade é endêmica no país, e está presente em 19 Unidades Federadas (TORTORA; FUNKE;



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

CASE, 2012; BRASIL, 2010).

Os sintomas resultam da deposição dos ovos adultos pelo parasito. Como a fêmea vive em um sulco dentro do corpo do macho, o suprimento de ovos é contínuo. Então esses ovos se alojam nos tecidos e causam granuloma, um tipo de dano tecidual. Os demais sintomas da fase aguda da esquistossomose são dermatite urticariforme, erupção papular, eritema, edema, prurido, febre, anorexia, dor abdominal, cefaleia e hepatoesplenomegalia (TORTORA; FUNKE; CASE, 2012; BRASIL, 2010).

A fase crônica da doença (inicia após seis meses de exposição) pode apresentar as formas hepatointestinal, hepática, hepatoesplênica compensada e hepatoesplênica descompensada. Nas duas primeiras formas ocorre diarreia e epigastralgia sendo que na forma hepatointestinal o fígado é palpável e apresenta nodulações que podem evoluir para fibrose de Symmers ou para granulomatose periportal. A forma hepatoesplênica compensada é caracterizada pela presença de hipertensão portal, varizes no esôfago, esplenomegalia, dores abdominais, alteração da função intestinal. A presença de hemorragia digestiva pode sugerir a descompensação da doença. Se o quadro evoluir para a forma descompensada o paciente apresentará diminuição da função hepática (BRASIL, 2010).

Os ovos que não se depositam nos tecidos do hospedeiro são eliminados pela urina e/ou pelas fezes. Ao entrar em contato com a água do ambiente, os ovos eclodem liberando o miracídeo, que infecta caramujos do gênero *Biomphalaria*. Depois de 4 a 6 semanas, a larva se torna uma cercária e então abandona o caramujo, ficando livre na água. Quando o ser humano entra em contato com as cercárias, se torna infectado (BRASIL, 2010).

Segundo dados de 2015 do Ministério da Saúde, 25 milhões de brasileiros vivem em áreas com risco de contrair a doença. Nos estados que possuem manifestações focais, 11 dos 19 municípios onde as cercárias são encontradas, há 16.246 casos de esquistossomose. No Rio Grande do Sul a doença está limitada ao município de Esteio, sendo que foram registrados 17 casos da doença entre 2005 e 2010 (CARRAMILO, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

1.2 Febre amarela

A febre amarela é causada pelo vírus de RNA da família *Flaviviridae* que possui como vetor, no Brasil, o mosquito *Haemagogus janthinomys* e como hospedeiros naturais os macacos (BRASIL, 2010).

A febre amarela urbana (FAU) é transmitida pela picada do mosquito *Aedes aegypti*, mas está erradicada do Brasil desde 1942 (CEVS, 2019).

A febre amarela é uma doença aguda de curta duração que possui evolução bifásica (períodos de infecção e de intoxicação). A fase de infecção tem início súbito, com febre alta, sinal de Faget, calafrios, cefaleia intensa, mialgia, prostração e vômito que duram cerca de 3 dias. Se os sintomas



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

não regredirem, a doença entra na fase de intoxicação, a qual se manifesta por aumento da febre, diarreia, vômitos em borra de café, início do quadro de insuficiência renal e hepática. Também ocorre icterícia, manifestações hemorrágicas, albuminúria, prostração e obnubilação que pode evoluir para torpor e coma (BRASIL, 2010).

O diagnóstico da febre amarela é clínico, epidemiológico e laboratorial e o tratamento da doença é sintomatológico (BRASIL, 2010).

A febre amarela silvestre é endêmica na África e nas Américas. Costuma causar surtos a cada 5-7 anos tendo maior incidência nos meses de janeiro a abril. Entre 1980-2009, o Brasil confirmou 772 casos da doença, sendo que 339 evoluíram para o óbito (letalidade de 51,7%). Não há comprovação da circulação do vírus da febre amarela no Rio Grande do Sul, porém o estado registrou três casos da doença, todos importados de Minas Gerais (BRASIL, 2010; CEVS 2019).

A principal medida de profilaxia contra a febre amarela é a vacinação, a qual faz parte do calendário de vacinação nacional. Outra medida de prevenção importante, é o combate ao vetor da doença (BRASIL, 2010).

1.3 Hepatites

As hepatites são doenças virais que estão como meta de eliminação da lista de problemas de saúde pública da OMS desde 2016. Por ter se comprometido com a meta da Organização Mundial da Saúde, em 2018 o Brasil atualizou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções (PCDT Hepatite C), o qual oferece acesso universal ao tratamento e diversifica as modalidades de tratamento desta doença (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2018).

Quanto à sintomatologia, a hepatite aguda pode ser assintomática ou se manifestar na forma de mal-estar, cefaléia, astenia, anorexia, vômito, desconforto em hipocôndrio direito, aversão ao cigarro e a alguns alimentos. Se a hepatite se tornar crônica o paciente torna-se icterício, a astenia se acentua e pode desenvolver cirrose e até mesmo hepatocarcinoma. Vale lembrar que a hepatite C é responsável pela maioria dos transplantes hepáticos em todo o mundo Ocidental (BRASIL, 2010).

Entre as hepatites, apenas a A possui transmissão oral-fecal exclusiva, enquanto que as demais são transmitidas pelo sexo sem proteção, uso de materiais injetáveis (como agulhas, material de manicure) contaminados, pela transfusão de hemoderivados contendo as cepas virais ou pelo transplante de órgãos infectados. Cabe ressaltar que a hepatite D só se manifesta quando há coinfeção com o vírus da hepatite B (BRASIL, 2010).

De 1999 a 2017 o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) possui registro de 587.821 casos de hepatites virais confirmados. Esses casos se dividem por subtipos de hepatites virais e por região conforme mostra a figura 1 (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2018).



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Entre os anos de 2016 e 2017 o RS registrou uma queda de 23,63% no número de casos de Hepatite C e de 10,4% nos registros da Hepatite B, mas o número de casos de Hepatite A registrado no primeiro trimestre de 2018 já superou o total notificado em 2017. O Rio Grande do Sul possui 315 casos de coinfeção hepatites - HIV/aids (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Segundo os registros do RS, os casos de Hepatite A prevaleceram entre as faixas etárias de 20 a 39 anos, os de Hepatite B entre 30 e 59 anos e entre 40 a 69 anos para a Hepatite C (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

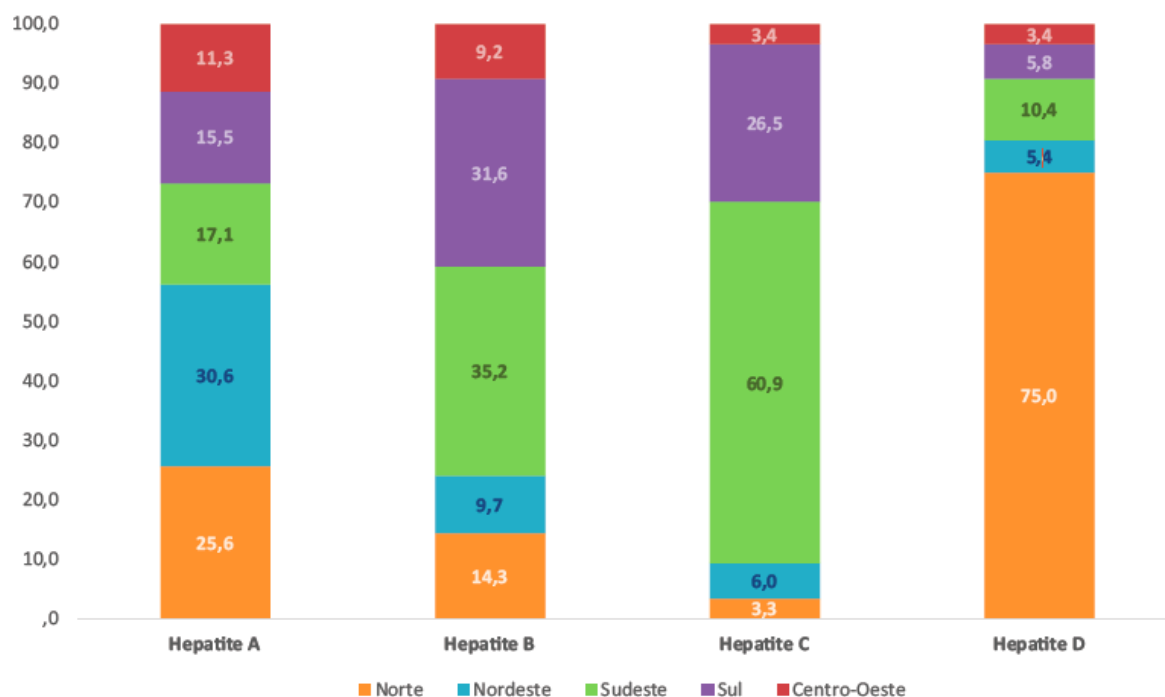


Fig 1 - Proporção de casos de hepatites virais notificados segundo as regiões. Brasil, 1999 a 2017. Fonte: Sinan/SVS/MS.

Entre as quatro etiologias da doença, dá-se mais destaque para os tipos A e C, pois a hepatite A pode ser erradicada através da educação em saúde e da ampliação do acesso ao saneamento básico. Já a hepatite C ganha destaque nas campanhas em relação aos tipos B e D, pois ela é a que possui maiores taxa de cronificação e de óbitos (figura 2), além de ser a terceira maior causa de transplante hepático no país (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2018).

As hepatites B, C e D podem ser erradicadas sem trazer grandes custos, pois são preveníveis através de campanhas de educação sexual que ensinem a população a usar corretamente a camisinha e que informem sobre a importância da realização de sexo seguro (BRASIL, 2010).



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

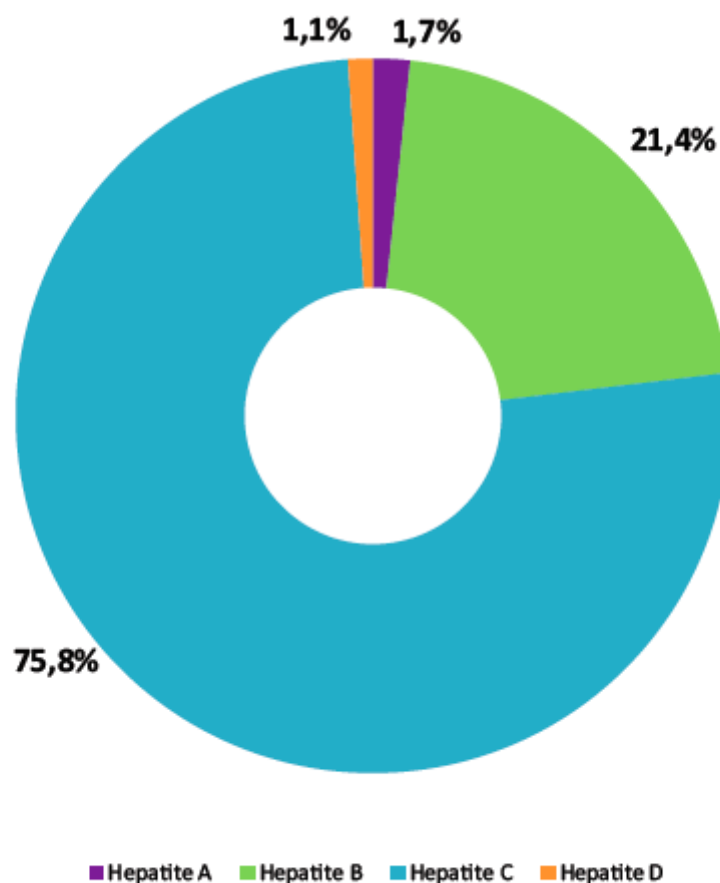


Fig 2 - Distribuição dos óbitos por causa básica e associadas às hepatites virais segundo agente etiológico. Brasil. 2000 a 2016. *Fonte: SVS, 2018.*

1.4 Leishmaniose visceral

A leishmaniose visceral é uma protozoose conhecida popularmente como Calazar, febre dundun ou doença do cachorro. Ela apresenta uma letalidade de 90% dos casos não tratados e está presente em 76 países ao redor do mundo. A leishmaniose visceral é endêmica em 12 países das Américas sendo que 96% dos casos das Américas ocorrem no Brasil (BRASIL, 2010; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

A doença é preocupante, pois entre 2001 e 2016 foram reportados 55.530 casos nas Américas (cerca de 53.308 desde casos registrados no Brasil). Dos casos registrados em 2016 (3.354), 70% resultou em cura, mas a letalidade aumentou para 7,9%, sendo a maior desde 2012



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

(ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

No Rio Grande do Sul o primeiro caso da forma humana da doença foi registrado em 2009 no município de São Borja. Até março de 2017 foram notificados 20 casos humanos da doença no estado e um número muito grande de animais infectados com o protozoário (CEVS, 2017).

A leishmaniose visceral é causada, nas Américas, pelo protozoário intracelular obrigatório *Leishmania chagasi*, e seu principal reservatório é o cachorro. A doença é transmitida aos humanos pela picada da fêmea de *Lutzomyia spp.* e pode causar três períodos sintomáticos, se não tratada (BRASIL, 2010).

O período inicial é caracterizado por febre com duração de até 4 semanas, palidez das mucosas e por hepatoesplenomegalia. Os exames sorológicos realizados como parte da confirmação diagnóstica são reativos e o aspirado de medula revela a forma amastigota do parasito. O hemograma revela anemia, hiperglobulinemia e velocidade de hemossedimentação elevada (BRASIL, 2010).

O segundo período, período de estado, é manifestado por febre irregular e emagrecimento progressivo, persistência da palidez e como o protozoário está se replicando no fígado e no baço do seu hospedeiro há aumento da hepatoesplenomegalia. Nesse estágio os anticorpos *antiLeishmania* estão aumentados (BRASIL, 2010).

Por fim, o período final apresenta febre contínua, grande comprometimento do estado geral, desnutrição, edema de membros inferiores que pode evoluir para anasarca. Pode ocorrer também hemorragias, icterícia e ascite. O quadro pode ser complicado por uma infecção secundária ou por sangramento excessivo levando o paciente ao óbito (BRASIL, 2010).

Como o número de casos de leishmaniose visceral humana está aumentando a cada ano e a doença está expandindo suas fronteiras, em 2017 os países americanos endêmicos para a doença aprovaram o Plano de Ação de Leishmaniose nas Américas 2017-2022. As metas do plano incluem reduzir a letalidade por leishmaniose visceral em 50%; reduzir o número de óbitos por leishmaniose cutânea/mucosa em 90%; reduzir o número de casos de leishmanioses em crianças menores de 10 anos em 50% e também diminuir a incidência de leishmaniose visceral (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Para que as metas sejam alcançadas é necessário que a população adote medidas preventivas como usar repelente continuamente, colocar mosquiteiros nas camas, portas e janelas, e evitar sair de casa no crepúsculo e durante a noite, pois são os horários de maior atividade do mosquito transmissor (BRASIL, 2010).

Realizar a limpeza dos pátios, vacinar os cães, retirar os resíduos orgânicos que estão próximos às casas e manter as árvores podadas (a fim de reduzir a umidade) também são medidas que podem ajudar a diminuir a transmissão da doença (BRASIL, 2010).



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

1.5 Leptospirose

A leptospirose é uma doença infectocontagiosa transmitida pelo contato, seja ele direto ou indireto, com a urina contaminada com bactérias do gênero *Leptospira spp.*. Vários animais podem servir de reservatório para esta bactéria espiralada, mas os ratos e os cães são os reservatórios mais comuns (BRASIL, 2010; TORTORA; FUNKE; CASE, 2012).

A fase precoce da doença é semelhante às doença febris agudas, por isso as regiões que são endêmicas para a leptospirose devem contar com profissionais da saúde atentos para o possível diagnóstico. Devido ao seu quadro inicial não ser específico e a cura da doença requerer tratamento nas fases iniciais, a leptospirose é uma doença de notificação compulsória desde 1993 (BRASIL, 2010; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2018).

Deve-se lembrar que a sufusão conjuntival é característica da leptospirose, e pode ajudar a diferenciar a doença de outras síndromes febris (BRASIL, 2010).

Se a bactéria não for combatida, na segunda semana após a contaminação inicia-se a fase tardia da doença, também chamada de síndrome de Weil. Nesse estágio ocorre icterícia rubínica, insuficiência renal aguda e hemorragias, sendo a mais comum a hemorragia pulmonar. Esse paciente pode vir a desenvolver, também, cefaléia intensa, sinais de irritação meníngea, miocardite, distúrbios neurológicos e exantemas (BRASIL, 2010).

A letalidade da doença é de aproximadamente 10% e de 50% nos pacientes que desenvolvem hemorragia pulmonar. Sendo que a principal complicação que leva ao óbito é a insuficiência renal (BRASIL, 2010).

No Brasil foram confirmados 29.768 casos de leptospirose humana e 2.498 óbitos no período de 2010 à setembro de 2017. A maior incidência da doença ocorre nas regiões sudeste e sul no período de outubro a março (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Como a incidência da leptospirose aumenta nos períodos chuvosos, o ministério da saúde recomenda evitar o contato com água e/ou lama proveniente de enchentes, sempre utilizar botas e luvas durante a limpeza da lama, na remoção de detritos e no desentupimento de esgotos; lavar o chão, as paredes e os objetos atingidos pelas enchentes com sabão e água sanitária e jogar fora todo alimento que teve contato com a água da enchente (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Devido às características do ciclo da doença, os profissionais da saúde devem estar atentos aos sintomas manifestados em profissionais de risco para a doença, como veterinários, garis, militares e bombeiros (BRASIL, 2010).

1.6 Malária

A malária é uma doença contagiosa transmitida pela picada do mosquito fêmea do gênero



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Anopheles contaminada com gametócitos de *Plasmodium spp.* É considerada um problema de saúde global e entrou para os Objetivos do Milênio da ONU (MOURA, 2016).

No Brasil, a malária é uma doença de notificação compulsória em todas as regiões, exceto a Amazônica, pois ela concentra mais de 99% dos casos do país. O país registra cerca de 200 mil casos anualmente. De janeiro a junho de 2018, o Brasil já tinha registrado 88.565 casos, o que representa um aumento de 26% em relação ao mesmo período de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O quadro clínico da malária começa com ataques paroxísticos (calafrios e tremor generalizado), os quais cessam entre quinze e sessenta minutos, quando inicia a sudorese intensa. Se o paciente não receber o tratamento adequado o quadro evolui para a malária grave e complicada, a qual é caracterizada pela hiperexemia, convulsão, hiperparasitemia ($>200.000/mm^3$), vômitos, oligúria, dispneia, anemia intensa, icterícia, hemorragia e hipotensão. No estágio grave pode ocorrer alteração do estado de consciência se mais de 2% das hemácias estiverem parasitadas (BRASIL, 2010).

O diagnóstico só é confirmado com exames laboratoriais, sendo que os mais utilizados na prática diária são os métodos gota espessa, esfregaço delgado e testes rápidos (BRASIL, 2010).

Nas áreas endêmicas deve-se combater o vetor com o uso de borrifação intradomiciliar ou termonebulização e deve-se realizar o controle larvário através do manejo ambiental para reduzir a replicação do vetor (BRASIL, 2010).

Nas áreas não endêmicas utiliza-se como profilaxia a educação em saúde, a qual visa orientar os moradores sobre os sintomas da malária e onde procurar ajuda caso venha a manifestar um quadro clínico semelhante. Nesses locais também é importante orientar as pessoas que vão viajar para áreas endêmicas a usarem repelentes e mosquiteiros, para evitar a transmissão da doença (BRASIL, 2010).

1.7 Meningites

A meningite é a inflamação das membranas que recobrem o Sistema Nervoso Central. Essa inflamação pode ser originada por vários agentes sendo os bacterianos os mais prevalentes (TORTORA; FUNKE; CASE, 2012).

A meningite apresenta alta taxa de letalidade e deixa muitas sequelas nos pacientes que sobrevivem à doença. Ela se manifesta genericamente com febre e cefaleia intensas de início súbito, náuseas e vômito, rigidez na nuca e sinais de Kerning e Brudzinski positivos. Alguns agentes etiológicos apresentam achados mais específicos, por exemplo, a meningite por *Neisseria meningitidis* pode manifestar erupções cutâneas no tronco e nos membros inferiores que não desaparecem quando pressionadas (BRASIL, 2010; TORTORA; FUNKE; CASE, 2012).



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Dentre as causas bacterianas de meningite, após a entrada da vacina conjugada no calendário nacional de vacinação, a bactéria *N. Meningitidis* está associada a 48% dos casos de meningite e a *Haemophilus influenzae* a 10%, mas o agente com maior letalidade é o *Streptococcus pneumoniae* (CEVS, 2017).

A meningite é endêmica no Brasil e afeta aproximadamente 1,8/100.000 habitantes. Sua incidência é maior em menores de um ano, pois eles não possuem imunidade contra os principais agentes etiológicos da doença (CEVS, 2017).

No RS, a incidência da meningite manteve-se em 0,8 casos por 100.000 habitantes entre os anos de 2010 a 2017 e a letalidade variou entre 12 a 24,7% nesse período (CEVS, 2017).

As características epidemiológicas de cada tipo de meningite, e seus quadros clínicos-laboratoriais, variam conforme o agente etiológico. Sobre esta doença deve-se ter em mente que ela apresenta alta letalidade e alto potencial para lesar os nervos periféricos, assim, a meningite pode deixar sequelas graves se não tratada/monitorada de modo eficaz. Para evitar surtos de meningite é importante manter uma alta cobertura de vacinação e um sistema de vigilância epidemiológica efetivo (BRASIL, 2010; TORTORA; FUNKE; CASE, 2012).

1.8 Tuberculose

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* que pode ter várias manifestações, sendo as mais comuns a pulmonar, a pulmonar e extrapulmonar e a forma ganglionar. Se a tuberculose se disseminar por via hematogênica temos um caso de tuberculose miliar, a qual é mais grave e menores percentuais de cura (BRASIL, 2010).

A transmissão da doença ocorre através do ar contendo os bacilos de Koch liberados pela pessoa com tuberculose não tratada (BRASIL, 2010).

O tratamento da doença é longo, cerca de 6 meses, e é a única forma de impedir que o paciente com tuberculose continue a transmitir a doença. Por isso, a adesão do paciente é a principal forma de evitar novos casos da doença (BRASIL, 2010).

Os pacientes com tuberculose costumam apresentar comprometimento do estado geral, febre baixa vespertina, sudorese noturna, inapetência e emagrecimento. Se a doença afetar os pulmões, o paciente pode referir dor torácica, tosse seca que evolui para tosse produtiva e que pode apresentar escarro hemoptoico (BRASIL, 2010).

Em pacientes menores de 15 anos com suspeita de tuberculose deve-se investigar as cadeias de gânglios mediastínico e cervical, pois eles costumam apresentar alterações nesses pacientes (BRASIL, 2010).

A tuberculose é a doença de agente único que mais mata, segundo a OMS, superando inclusive o número de óbitos por HIV. Para dimensionar a gravidade da doença, em 2016, 10,4 milhões de



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

peças desenvolveram tuberculose e destas 1,3 milhão morreram em decorrência da doença, sendo que 4.426 óbitos foram registrados no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Tendo em vista a gravidade da doença causada pelo bacilo de Koch, em 2017 o Brasil lançou o Plano Nacional pelo fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. O Plano estrutura-se em três pilares sendo que o primeiro quer endossar as ações de prevenção e cuidado da pessoa com tuberculose, o que está sendo realizado pela expansão da rede de testes rápidos. O segundo pilar objetiva políticas arrojadas e a construção de um sistema de apoio. Até o momento esse pilar conta com uma articulação entre os Ministérios da Saúde e da Justiça para o enfrentamento da tuberculose na população privada de liberdade. Por fim, o terceiro pilar pretende ampliar e intensificar a pesquisa e a inovação, o que pode ser feito através da capacitação dos profissionais para a implementação de pesquisas nos programas de tuberculose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Um problema preocupante é a alta taxa de abandono do tratamento que o Brasil tem registrado. Se o país não conseguir diminuir esse percentual, a doença continuará a assolar nossa população, as taxas de mortalidade continuarão altas e há possibilidade do bacilo desenvolver resistência aos medicamentos usados atualmente, o que agravaria ainda mais a condição desses pacientes (CEVS, 2018).

Abandono

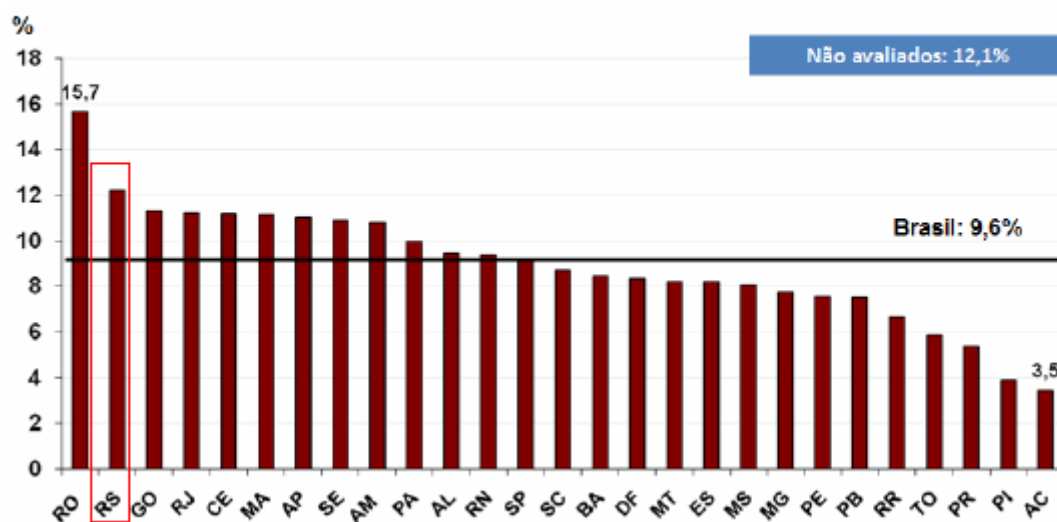


Fig 3 - Percentual de abandono do tratamento de tuberculose por Unidade da Federação, 2016. Fonte: Sinan/PNCT/MS, 2018.

O Rio Grande do Sul foi o estado da região sul com o maior número de novos casos em 2017, tendo notificado 4.467 novos casos de tuberculose (39,5 / 100 mil hab.). Também obteve o maior



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

coeficiente de mortalidade (2,2 /100 mil hab.) entre os três estados (CEVS, 2018).

Como o RS é o estado com o maior percentual de coinfeção TB/HIV, as políticas públicas do estado costumam atuar de forma conjunta no combate aos dois agravos de saúde (CEVS, 2018).

Entre os 20 municípios do RS com o maior número de casos de tuberculose em 2016, encontra-se Uruguaiana. Segundo a secretária de saúde da cidade, Thais Aramburu, há notificação em todas as faixas etárias, sendo a média de idade dos pacientes entre 25 e 50 anos. Para tentar reverter a situação, o município está seguindo as medidas de controle recomendadas pelo Ministério da Saúde, realizando campanhas para a vacinação das crianças, incentivando a notificação de casos suspeitos e confirmados da doença, além da busca ativa dos pacientes que não retornam para a consulta mensal ou que não retiram a medicação (CEVS, 2018; URUGUAIANA, 2018).

CONCLUSÕES

Mesmo com o grande avanço tecnológico na saúde, as doenças infectocontagiosas continuam a causar grande impacto na qualidade de vida dos brasileiros. As oito doenças com perfil de permanência (esquistossomose, febre amarela, hepatites, leishmaniose visceral, leptospirose, malária, meningite e tuberculose) podem ser combatidas através de medidas simples como manter a carteira de vacinação atualizada, eliminar focos de insetos vetores perto dos domicílios, manter vigilância constante dos novos casos de cada enfermidade e manter a população informada sobre os principais sintomas que, se manifestados, devem ser comunicados à equipe de saúde da comunidade. Percebe-se que apesar dos grandes avanços na profilaxia, diagnóstico e tratamento em relação às doenças infectocontagiosas é necessário manter continuamente divulgadas as estratégias de controle para prevenção de agravos e promoção da saúde da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8th ed. Brasília. 2010.

CARRAMILO; Clarissa. **Negligenciada, esquistossomose tem transmissão descontrolada no MA**. Disponível em: . Acesso em 16 jan 2019.

CEVS. **Informativo epidemiológico de arboviroses: semana epidemiológica 02**. Disponível em . Acesso em 26 jan 2019.

CEVS. **Informe epidemiológico das meningites 2010-2017**. Disponível em < <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201803/02145050-informe-epidemiologico-das-meningites-2010-2017.pdf> >. Acesso em 22 jan 2019.



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

CEVS. **Leishmaniose visceral humana no Rio Grande do Sul.** Disponível em < <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201705/08103840-apresentacao-leishmaniose-visceral-humana.pdf> >. Acesso em 17 jan 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Implantação do plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública: primeiros passos rumo ao alcance das metas.** Boletim epidemiológico. n. 11. v. 49. Brasília, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: Relatório de Situação - Rio Grande do Sul.** 5 ed. Brasília, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil.** Disponível em . Acesso em 8 Mar 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Situação epidemiológica da malária.** Disponível em < http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/30/3.%20c%20-%20malaria_CIT_30_a_go_2018_cassiopterka.pdf >. Acesso em 23 jan 2019.

MOURA, Alexandre Simpaio. **Doenças infectocontagiosas na Atenção Básica à Saúde.** Nescon UFMG. 202 p. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Leishmanioses: Informe Epidemiológico nas Américas.** Washington: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018 Disponível em: . Acesso em 17 jan 2019.

RIO GRANDE DO SUL. **Alerta para risco de leptospirose em situações de enchentes e inundações - dezembro de 2017.** Disponível em , <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201712/08083041-alerta-leptospirose-dez-2017.pdf> >. Acesso em 17 jan 2019.

RIO GRANDE DO SUL. **Panorama das hepatites virais no Rio Grande do Sul.** Disponível em < <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201807/25114428-panorama-das-hepatites-virais-b-e-c-no-rs.pdf> >. Acesso 16 jan 2019.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim epidemiológico: hepatites virais - 2018.** n. 31. v. 49. Brasília, 2018.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim epidemiológico: leptospirose- situação epidemiológica do Brasil no período de 2007 a 2016.** n. 41. v. 49. Brasília, 2018

TORTORA, Gerard J.; FUNKE, Berdell R.; CASE, Christiane L. **Microbiologia.** 10. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

URUGUAIANA. **Inicia semana Municipal de Mobilização e Luta Contra a Tuberculose.** Disponível em < http://www.uruguaiana.rs.gov.br/pmu_novo/veiw_noticias/1790 >. Acesso em 24



6º CONGRESSO INTERNACIONAL EM SAÚDE CISaúde

Vigilância em Saúde: Ações de Promoção,
Prevenção, Diagnóstico e Tratamento



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

jan 2019.

WALDMAN, Eliseu Alves; SATO, Ana Paula Sayuri. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. **Rev Saude Pública**. 2016;50:68.