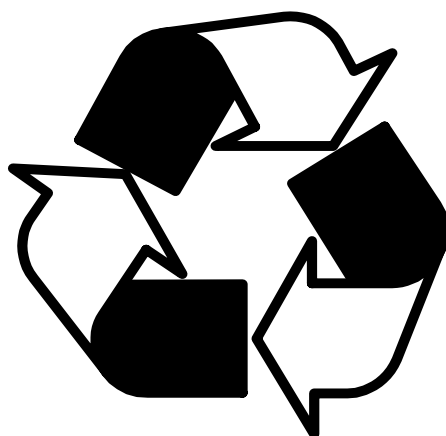


António Paula Brito de Pina

Manual de controlo de doenças infecciosas de declaração obrigatória

Actuação preventiva perante um caso clínico.



**Olhão
Portugal
1999**

ÍNDICE

I - Introdução.....	1
II - Orientações gerais.....	3
III - Orientações específicas.....	6
A051.1-Botulismo.....	7
A23-Brucelose.....	7
A22-Carbúnculo.....	8
A00-Cólera.....	8
A36-Difteria.....	8
A81.0-Doença de Creutzfeldt-Jacob.....	9
A30-Doença de Hansen	9
A69.2-Doença de Lyme.....	10
A48.1-Doença dos legionários.....	11
B67-Equinocose unilocular ou quisto hidático	11
A95-Febre amarela.....	12
A77.1-Febre escaronodular	12
A78-Febre Q.....	12
A01-Febre tifóide.....	13
A01-Febre paratifóide	13
A02-Outras salmoneloses.....	13
B15-Hepatite A.....	14
B16-Hepatite B.....	14
B17.1-Hepatite C.....	14
B17.0-Hepatite D.....	15
B17.2-Hepatite E.....	15
A54-Infecções gonocócicas.....	15
B55-Leishmaniose visceral.....	16
A27-Leptospirose.....	16
B50 a 54-Malária.....	17
A39/039.0-Infecção meningocócica com ou sem meningite.....	17

A49.2/G00.0-Infecção por <i>Haemophilus influenza</i> com ou sem meningite	18
B26-Parotidite epidémica.....	18
A20-Peste.....	18
A80-Poliomielite aguda.....	19
A82-Raiva.....	19
B06-Rubéola (exclui rubéola congénita).....	19
P35.0-Rubéola congénita.....	19
B05-Sarampo.....	20
A03-Shigelose.....	20
A50-Sífilis congénita.....	20
A51-Sífilis precoce.....	21
A34/35-Tétano (exclui tétano neonatal).....	21
A33-Tétano neonatal.....	21
A37-Tosse convulsa.....	21
B75-Triquiníase.....	22
A15/16/17/19-Tuberculose.....	22
Bibliografia.....	23

I - Introdução.

No Quadro 1. estão reunidas as doenças infecciosas de declaração obrigatória ordenadas alfabeticamente, tal como se encontram no actual Boletim de Declaração Obrigatória. Atendendo à perigosidade inerente ao aparecimento destas doenças na comunidade, o médico é obrigado a declará-las quando delas tiver conhecimento.

Nesta publicação, pretende-se reunir de forma clara e sucinta, as informações necessárias para actuar de forma a diminuir o risco de contágio nestas doenças.

No entanto, raramente se fazem referências específicas sobre as medidas de prevenção primária (para prevenir a infecção ainda antes do seu aparecimento na comunidade), ou as medidas que os serviços de saúde deverão tomar em caso de epidemia. Pelo contrário, as informações que aqui foram reunidas estão vocacionadas principalmente para orientar a actuação do técnico de saúde quando são notificados apenas alguns (poucos) casos esporádicos da doença.

Quadro 1.- Doenças de declaração de obrigatória e sua classificação segundo o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças -10ª revisão), ordenadas alfabeticamente, de acordo com o actual Boletim de Declaração.

CID-10	Infecção	CID-10	Infecção	CID-10	Infecção
A05.1	Botulismo	B15	Hepatite aguda A	A80	Poliomielite aguda
A23	Brucelose	B16	Hepatite aguda B	A82	Raiva
A22	Carbúnculo	B17.1	Hepatite aguda C	B06	Rubéola (exclui R. congénita)
A00	Cólera	B19	Hepatite viral não especificada	P35.0	Rubéola congénita
A36	Difteria	B17	Outras hepatites virais agudas especificadas	B05	Sarampo
A81.0	Doença de Creutzfeldt-Jacob	A54	Infecções gonocócicas	A03	Shigelose
A30	Doença de Hansen (Lepra)	B55	Leishmaníase visceral	A50	Sífilis congénita
A69.2	Doença de Lyme	A27	Leptospirose	A51	Sífilis precoce
A48.1	Doença dos legionários	B50 a 54	Malária	A34/35	Tétano (exclui t. neonatal)
B67	Equinococose	A39.0	Meningite meningocócica	A33	Tétano neonatal
A95	Febre amarela	A39	Infecção meningocócica (exclui meningite)	A37	Tosse convulsa
A77.1	Febre escaro-nodular	G00.0	Meningite por <i>Haemophilus influenza</i>	B75	Triquiníase
A78	Febre Q	A49.2	Infecção por <i>Haemophilus influenza</i> (exclui meningite)	A17	Tuberculose do sistema nervoso
A01	Febre tifóide e paratifoide	B26	Parotidite epidémica	A19	Tuberculose miliar
A02	Outras salmoneloses	A20	Peste	A15/16	Tuberculose respiratória

Houve ainda a preocupação de informar sobre os períodos de evicção escolar das doenças, para as quais a lei tem regulamentação.

Finalmente, pretende-se dar uma ideia da frequência destas notificações, indicando a mediana das taxas de incidência (‰) notificada em Portugal entre 1993 e 1997.

II - Orientações gerais.

Antes de se avançar para a consulta da informação específica sobre cada uma destas doenças, contida no capítulo seguinte, torna-se pertinente adiantar alguns considerandos genéricos sobre o controlo epidemiológico das doenças infecciosas.

Embora clinicamente haja uma diferença fundamental entre o doente (infecção com sintomas) e o portador (infecção sem sintomas), as medidas de controlo relativamente aos seus contactos são iguais.

No caso das infecções cujo reservatório é exclusiva ou quase exclusivamente humano, e para as quais não existe vacinação eficaz (por ex. a tuberculose), o controlo epidemiológico baseia-se no tratamento precoce do doente e na detecção e tratamento precoce dos seus contactos infectados, de maneira a eliminar as oportunidades de contágio.

Nas infecções cujo reservatório é também exclusivamente humano, mas para as quais existe vacinação eficaz (por exemplo, o sarampo), o controlo epidemiológico baseia-se na vacinação, sendo possível esperar no futuro a erradicação planetária da doença, como é já o caso da varíola.

No caso das infecções com reservatório ambiental ou animal (particularmente quando os animais são selvagens) a erradicação é impossível, a menos que hajam alterações ecológicas drásticas, o que quase certamente produziria mais prejuízos que benefícios para a saúde humana. Nestes casos, podemos apenas almejar algum controlo através de medidas de imunização (ex.: vacinação anti-tetânica) e de higiene ou segregação Homem/Ambiente (ex.: brucelose, raiva, etc.).

Genericamente, para todos os indivíduos com as doenças ou infecções de declaração obrigatória, devem-se tomar três medidas de controlo:

1- **Declarar** a doença ou infecção.

2- **Isolar** o doente ou infectado relativamente à via de transmissão e apenas durante o período de transmissão de cada infecção.

No caso de infecções cuja via de transmissão é o contacto directo ou a via aérea (ex.: difteria), o isolamento deverá ser total, com especial pertinência em relação a contactos não imunizados.

Quando a via de transmissão é o contacto indirecto através de um vector (ex.: a pulga na peste bubónica), o isolamento só deverá ser total enquanto não se eliminar o vector.

Quando a via de transmissão é mais restrita, por exemplo, a via sexual no caso da sífilis, é evidente que o isolamento só deverá ser restrito a esta via de transmissão (por exemplo, abstinência sexual durante o período de transmissão, etc.)

Se a infecção não tiver transmissão inter-humana directa ou indirecta, por exemplo, a brucelose, não será necessário qualquer tipo de isolamento inter-humano, embora continue a ser necessário tomar precauções relativamente ao reservatório (animais) e via de transmissão (leite, etc.).

3- Vigiar clinicamente os contactos: considera-se contacto todo o indivíduo que contactou com o reservatório da infecção, durante o período de transmissão e segundo a via de transmissão.

Nos casos em que é possível determinar o momento de exposição de um contacto (geralmente só quando a infecção tem um curso sintomático e é autolimitada no tempo, como por exemplo, o sarampo), é possível determinar com rigor o período de vigilância clínica aconselhado. Nestes casos, como um contacto só poderá iniciar a doença clínica após o período de incubação da mesma, e este período varia entre um mínimo e um máximo, deve ser feita vigilância clínica ao contacto entre estes dois “tempos”. Por exemplo, relativamente aos dados referidos para o sarampo (período de incubação entre 8 e 16 dias), se um contacto foi exposto pela primeira vez dia 5 de Abril, poderá iniciar a sua doença entre dia 13(5+8) e dia 21(5+16) de Abril.

Estes cálculos já não são válidos para as infecções em que é impossível determinar o momento da exposição. Este, é frequentemente o caso da febre tifóide ou da tuberculose que, por serem muitas vezes assintomáticas, crónicas e recidivantes, torna impossível saber quando eventualmente foram transmitidas aos contactos. Nestes casos é apenas possível requisitar exames complementares de diagnóstico àqueles que, devido à proximidade com o doente ou portador, têm grandes probabilidades de terem sido infectados numa qualquer data incerta.

Finalmente, no respeitante ao actual enquadramento legal em Portugal, podemos acrescentar que compete ao primeiro médico que faz o diagnóstico da doença, a sua notificação através do preenchimento do Boletim de Declaração e, genericamente, compete à Autoridade de Saúde local a implementação ou verificação das necessárias medidas que evitem o risco do subsequente contágio.

No entanto, em alguns casos, o médico notificador não deverá apenas notificar através do vulgar Boletim de Declaração: para certas doenças que poderão constituir uma emergência nacional, é mandatório que o médico notificador avise a Autoridade de Saúde através do meio mais rápido possível, eventualmente por telefone ou telefax. São exemplos destas doenças a cólera, a peste, a raiva, a poliomielite, e ainda, se comprovadamente pertencessem a casos autóctones, a malária e a febre amarela,. Também é importante avisar imediatamente a Autoridade de Saúde quando as doenças, embora não constituam uma emergência nacional, têm um tempo útil escasso para a tomada de medidas preventivas eficazes, nomeadamente as doenças de transmissão alimentar - salmoneloses, botulismo -, difteria, infecção meningocócica ou por *Haemophilus influenza*, etc. .

Muito frequentemente, as medidas de prevenção só poderão ser postas em prática em articulação com outros serviços fora do sector da saúde humana. É o caso das zoonoses (infecções transmitidas por animais vertebrados ao homem) em que a colaboração das Autoridades de Saúde Veterinárias é imprescindível. Também as doenças de transmissão alimentar necessitam frequentemente de articulação com os serviços que fazem a vigilância dos circuitos comerciais dos produtos alimentares, nomeadamente da Inspeção Geral das Actividades Económicas. Ocasionalmente, as próprias autarquias poderão ser directamente responsabilizadas na actuação contra pragas de insectos ou roedores (ex.: a necessária desratização para evitar novos casos de leptospirose), assim como para o sequestro de cães suspeitos de raiva, etc.

III - Orientações específicas.

Nos Quadros que seguem adiante, dão-se orientações essenciais para interromper o ciclo epidemiológico da infecção na maioria das situações. No entanto, em alguns casos particulares, as orientações aqui preconizadas poderão ser consideradas insuficientes ou excessivas, cabendo ao técnico de saúde tomar as suas opções de acordo com a situação concreta.

No que diz respeito aos viajantes, e atendendo à endemicidade de algumas doenças em regiões específicas do planeta (ex.: cólera, febre amarela, malária, hepatites virais, etc.), a Organização Mundial de Saúde disponibiliza informação actualizada através de publicações anuais (International Travel and Health - vaccination requirements and health advice) e semanais (Weekly Epidemiological Record), assim como na Internet (<http://www.who.ch>).

Em Portugal, quando for necessário aconselhamento especializado a viajantes, recomenda-se o contacto com as consultas que funcionam para o efeito no Hospital de Egas Moniz em Lisboa, Hospital da Universidade de Coimbra ou na Unidade de Saúde dos Guindais do Centro de Saúde da Batalha no Porto. Nestas três cidades funcionam ainda Centros de Vacinação Internacional, onde se administram vacinas contra a febre amarela, cólera, febre tifóide e se fornecem alguns anti-palúdicos¹. Em Faro fornece-se apenas a vacina contra a febre amarela.

Para localização rápida de uma doença específica nos Quadros seguintes, recomenda-se a consulta do Índice.

¹ Endereços dos Centros de Vacinação Internacionais em Portugal:
Lisboa - Av. 24 Julho, nº120, 4º; Coimbra - R. Antero de Quental, 180; Porto - R. Arnaldo Gama, 64;
Faro - R. Brites Almeida, nº8, r/c-E

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção.

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente ou portador	Controlo dos contactos
A051.1-Botulismo (<i>Clostridium botulinum</i> dos tipos A, B, E e raramente de outros tipos ou outras espécies de <i>Clostridium</i>)	<p>*Flacidez simétrica e progressiva, com a consciência mantida, sem alterações do ritmo cardíaco, sem hipotensão e sem déficits sensoriais evidentes.</p> <p>A paralisia flácida poderá levar à paragem respiratória e morte em cerca de 10% dos casos.</p> <p>*3 formas clínicas de acordo com a origem da infecção:</p> <p>1-Toxinfecção alimentar: a flacidez é descendente e inicia-se com náuseas, disfagia, ptose, diplopia, diarreia;</p> <p>2-Botulismo cutâneo: ferida infectada, febre, e flacidez progressiva a partir do local da lesão;</p> <p>3-Botulismo infantil: obstipação, hipotonia e paralisia flácida progressiva que afecta geralmente crianças com menos de 1 ano, ou adultos com alterações anatómicas e da flora intestinal.</p> <p>*Incidência ²desconhecida em Portugal.</p>	<p>Depende da forma clínica:</p> <p>1-Toxinfecção: cerca de 12 horas (6 horas a 8 dias);</p> <p>2-B. cutâneo: 6 dias;</p> <p>3-B. infantil: desconhecido.</p>	<p>R: esporos no solo e intestinos dos animais terrestres e marinhos. No intestino humano, geralmente, estão associados a doença.</p> <p>V: depende da forma clínica:</p> <p>1-Toxinfecção: ingestão de toxinas de alimentos não previamente fervidos e sujeitos a processo incompleto de conservação, por ex., conservas não industriais (caseiras) de vegetais, frutas, peixe não esviscerado e, particularmente na Europa, presuntos e enchidos de carne;</p> <p>2-B. cutâneo: contaminação de ferida com esporos do solo;</p> <p>3-B infantil: ingestão de esporos de alimentos e do meio ambiente que no intestino iniciam produção de toxinas.</p>	<p>Não se aplica porque embora seja frequente a excreção da toxina (na toxinfecção) e do <i>Clostridium</i> (no B. Infantil) nas fezes, não há transmissão inter-humana.</p>	<p>*Toxinfecção:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Soro equino antitoxina (IM e EV) o mais precocemente possível; . Medidas de suporte, nomeadamente ventilação assistida; . A antibioterapia não é útil. <p>*B. cutâneo:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Limpeza e desbridamento da ferida contaminada; . Soro equino antitoxina (IM e EV) o mais precocemente possível; não é útil a sua administração tópica na ferida; . Medidas de suporte, nomeadamente ventilação assistida; *Penicilina. <p>*B. infantil:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Medidas de suporte, nomeadamente ventilação assistida; . O soro equino antitoxina e a antibioterapia são inúteis e podem ter efeitos adversos. 	<p>*Quando surge um ou mais casos dever-se-á investigar a existência de contactos que tenham consumido os mesmos alimentos suspeitos, através da clínica e da identificação da toxina (inoculação no rato) ou do <i>Clostridium</i> (cultura) nas amostras da comida, das fezes, aspirado gástrico e soro.</p> <p>*Lavagem gástrica e aceleração do trânsito intestinal aos contactos que consumiram alimentos contaminados. A administração profilática de soro equino antitoxina não está indicada em crianças, e em adultos se o risco de adoecer for pequeno, atendendo ao perigo de hipersensibilização.</p> <p>* Medidas de higiene alimentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Evitar o consumo de conservas com a lata danificada, abaulada (sinal de produção de gás), ou com odores; . Antes do consumo, ferver sempre que possível os alimentos (destrói a toxina em 10 minutos) semiprocessados em vácuo, fumados ou de conservas domésticas; . Alimentos contaminados devem ser fervidos e enterrados profundamente para evitar o seu consumo por animais; . Utensílios contaminados devem ser fervidos ou desinfectados com cloro.
A23-Brucelose (<i>Brucella abortus</i> , <i>melitensis</i> , <i>canis</i> , <i>suis</i>)	<p>*Início agudo ou insidioso de febre contínua ou irregular, acompanhada de artralgias, mal estar.</p> <p>*Raramente podem ocorrer complicações sistémicas como meningite, osteomielite vertebral e orquite.</p> <p>*Incidência notificada (%000) =9,23</p>	<p>5-30 dias (por vezes, anos)</p>	<p>R: gado caprino, ovino, bovino, equino e raramente o cão.</p> <p>V: contacto directo com animais infectados, ou ingestão de leite ou queijo não pasteurizado nem fervido. Muito raramente, através da ingestão de carne crua.</p>	<p>Enquanto o animal contaminante não for eliminado.</p>	<p>*Antibioterapia: Rifampicina e doxiciclina.</p>	<p>*Eliminação dos animais doentes.</p> <p>*Reforço da higiene na manipulação dos animais, especialmente do seu sangue, urina, secreções, fetos-mortos e respectivas placentas.</p> <p>*Ingestão de leite e derivados pasteurizados ou fervidos.</p>

² Não existem actualmente dados, atendendo ser uma doença de declaração obrigatória apenas a partir de 1999.

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
A22-Carbúnculo (<i>Bacillus anthracis</i>)	*Geralmente carbúnculo cutâneo ou antraz: erupção papular → vesicular → escara. *Raramente carbúnculo pulmonar e intestinal. *Incidência notificada (%0000) = 0,04	2-7 dias	R: peles, couros, lã carne e ossos de gado infectado (vacas, cavalos, ovelhas, cabras, porcos). V: Carb. cutâneo - contacto directo; Carb. pulmonar - aérea; Carb. intestinal - ingestão de carne mal cozida.	Enquanto existirem esporos em objectos ou no solo (sobrevivem anos).	*Precauções de isolamento relativamente às lesões cutâneas. *Isolamento hospitalar rigoroso relativamente à transmissão aérea, no caso do Carb. pulmonar. *Antibioterapia: Penicilina.	*Eliminação de animais suspeitos, com concomitante incineração ou enterramento das carcaças em cova profunda cobertas de cal. *Desinfecção do solo contaminado com dejectos destes animais com lixívia a 5%. *Em fábricas onde se manipulam artigos provenientes de peles, couros, lã carne e ossos de animais domesticados infectados, fazer o encerramento até desinfecção por vaporização com formaldeído. *Vigilância clínica de todas as lesões cutâneas aos contactos que trabalham nestas fábricas.
A00-Cólera (<i>Vibrio Cholerae O-1</i>)	*Início súbito de diarreia aquosa, profusa, frequentemente acompanhada de vômitos, com desidratação grave e rápida. *Incidência notificada(%0000) = 0,00	horas a 5 dias	R: Homem doente ou portador. V: fecal-oral directa ou indirecta (ex.: água ou alimentos).	Geralmente até 10 dias após início da doença. Raramente meses ou anos (caso raro do portador).	*Precauções de isolamento relativamente às fezes e vômitos. *Rehidratação rápida. *Antibioterapia: Tetraciclina, doxiciclina, cotrimoxazol.	*Solicitar exames directos e coproculturas aos contactos com menos de 5 dias desde a última exposição suspeita. *Reforçar as precauções de higiene (ex.: lavagem das mãos antes das refeições e após as dejectos, cozedura dos alimentos, etc.). *Consumo de água potável (ex.: fervida ou clorada). *Quimioprofilaxia: Tetraciclina 2g/dia em 4 tomas, por 2 dias.
A36-Difteria (<i>Corynebacterium diphtheriae</i>)	*Início agudo de enantema com formação de placas membranosas acinzentadas nas amígdalas, faringe, laringe e outras mucosas, seguido 2 a 6 semanas depois de miocardite e paralisia dos nervos cranianos e periféricos. *Incidência notificada (%0000) = 0,00	1-7 dias	R: Homem doente ou portador. V: aérea (gotículas de expectoração) ou, raramente, através de contacto com objectos ou leite contaminados.	Até 2 culturas negativas do exsudado nasofaríngeo (geralmente a antibioterapia interrompe rapidamente a disseminação). São raros os portadores crónicos.	*Isolamento hospitalar e evicção escolar, até 2 culturas negativas do exsudado nasofaríngeo (colhidas com intervalo mínimo de 24h e após 24h de cessação de antibioterapia). *Antibioterapia: Penicilina ou eritromicina. *Soro antidiftérico.	*Contactos com vacina actualizada: 1 dose vacinal de reforço, evicção escolar por 7 dias. *Contactos sem vacina actualizada: actualização vacinal, evicção escolar por 7 dias e quimioprofilaxia (eritromicina 50mg/Kg/dia durante 7d). *Se os contactos forem muito íntimos, independentemente do estado vacinal, e para além das medidas já preconizadas, deverá fazer-se uma cultura do exsudado nasofaríngeo.

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
A81.0-Doença de Creutzfeldt-Jacob (Prião PrP)	<p>*Demência, alterações do comportamento, descoordenação cerebelosa, mioclonias progressivas até à morte em menos de 12 meses nas formas clássicas (geralmente mais alguns meses na nova variante).</p> <p>*Existem 4 formas, das quais 3 são clássicas (Doença de Creutzfeldt-Jacob ou DCJ) e uma pertence a nova variante (DCJ-V):</p> <p>1-DCJ esporádica onde predomina a demência e é mais frequente após os 60 anos;</p> <p>2-DCJ familiar ou hereditária;</p> <p>3-DCJ iatrogénica;</p> <p>4-DCJ-V onde predominam inicialmente as alterações do comportamento e é mais frequente em adultos jovens com menos de 40 anos.</p> <p>*Incidência (%₀₀₀₀)=0,05-0,1³</p>	Longo, eventualmente 2-8 anos ou mais.	<p>R: Na DCJ iatrogénica o reservatório é humano: doentes ou cadáveres contaminados. Na DCJ-V o reservatório é o gado bovino contaminado por rações enriquecidas com carne.</p> <p>V: Não há transmissão interhumana:</p> <p>*DCJ familiar - hereditária</p> <p>*DCJ esporádica - causa desconhecida.</p> <p>*DCJ iatrogénica - manipulações de neurocirurgia ou por consumo de extractos hipofisários humanos;</p> <p>*DCJ-V - ingestão, geralmente excessiva, de alguns produtos de bovino, nomeadamente: miolos, vísceras, tutano.</p>	Não se aplica	Não existe terapêutica, pelo que serão de aplicar apenas medidas paliativas.	<p>Não existem medidas específicas de profilaxia para quem já consumiu os produtos contaminados.</p> <p>Existem apenas medidas de prevenção primária, no sentido de evitar o consumo ou contaminação por estes produtos:</p> <p>*Na DCJ iatrogénica:</p> <ul style="list-style-type: none"> . controlo sanitário do extracto de hipofise humana com hormona de crescimento; . esterilização adequada dos instrumentos neurocirúrgicos; . instrumentos utilizados em autópsias ou em neurocirurgia de doentes com DCJ deverão ser destruídos, e caso não seja possível esta destruição, deverão ser imersos em hipoclorito não diluído (mais de 1 hora) e seguidamente autoclavados a 134°C por 1 hora; . evitar enxertos de duramater e manipulações neurocirúrgicas desnecessárias (ex.: biópsias cerebrais, craniotomias, implantação de electrodos no cérebro, etc.); . os trabalhadores de matadouros deverão utilizar luvas de protecção em malha metálica quando manipulam cérebros ou medulas espinhais e terem protecção adequada das feridas. <p>*Na DCJ-V dever-se-á evitar o consumo de alguns produtos do bovino, nomeadamente: miolos, medula espinhal, tutano, timo, baço, amígdalas, intestino, pulmão, fígado, suprenais e outras glândulas. Poderão ser consumidos sem perigo para a saúde os seguintes produtos: carne, coração e língua (músculo esquelético), leite e lactínios, gelatina, margarinas, estômago ("dobrada"), rim (sem as suprenais presentes na "rilada").</p>
A30-Doença de Hansen (lepra) (<i>Mycobacterium leprae</i>)	<p>*Alterações tróficas difusas e simétricas (L. lepromatosa) ou bem limitadas e assimétricas (L. tuberculóide) na pele e mucosas, com comprometimento dos nervos periféricos, músculos e ossos.</p> <p>*Incidência notificada (%₀₀₀₀) = 0,05</p>	1-20 anos (geralmente 4 anos para a L. tuberculóide e 8 anos para a L. lepromatosa)	<p>R: Homem doente e raramente alguns animais. Possivelmente, também o solo.</p> <p>V: contacto cutâneo ou raramente via aérea (em particular na lepra lepromatosa, através das secreções nasais e expectoração).</p> <p>É necessário contacto íntimo prolongado.</p>	Até 3 dias de antibioterapia com rifampicina.	Poliquimioterapia durante meses (L. tuberculóide) ou anos (L. lepromatosa), segundo vários protocolos possíveis atendendo à forma clínica: DDS, rifampicina, clofazimina, etionamida, protionamida.	<p>*Proceder à vacinação BCG e, no caso da L. tuberculóide, é de ponderar a quimioprofilaxia com DDS.</p> <p>*Vigilância clínica nos contactos íntimos durante 5 (L. tuberculóide) a 12 anos (L. lepromatosa).</p>

³ Estimativa efectuado com base em estudos efectuados fora de Portugal.

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
A69.2-Doença de Lyme (Três grupos da <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> : <i>B. burgdorferi sensu stricto</i> , <i>B. garinii</i> e <i>B. afzelii</i>)	*No local da picada da carraça, inicia-se geralmente uma mácula eritematosa que se expande em anel (Eritema Migrans - único sinal patognomónico quando maior que 5cm de diâmetro). Além da astenia, cefaleias, mialgias, poliartralgias migratórias, meningismo, linfadenopatia, pode ocorrer meningite linfocitária, paralisia facial, coreia e ataxia, arritmias cardíacas e miopericardites. *Após período de latência (meses ou anos) poderá iniciar-se a fase tardia: artrite crónica recidivante, encefalopatia, acrodermite crónica atrófica. *Incidência(% ₀₀₀₀)=1,8 ⁴	3-32 dias até ao aparecimento do eritema migrans (mediana de 7 dias)	R: carraças <i>Ixodes</i> nomeadamente <i>I. scapularis</i> e <i>pacificus</i> (nos EUA), <i>ricinus</i> (na Europa) e <i>persulcatus</i> (na Ásia). Os roedores, veados e outros animais selvagens são fundamentais no ciclo de vida do <i>Ixode</i> . V: picada prolongada (mais de 24 horas) de carraça infectada; não há transmissão inter-humana, excepto raros casos documentados de transmissão congénita.	A carraça transmite toda a vida após a infecção.	*Eliminação de carraças do corpo. *Antibioterapia evita a progressão para a fase tardia da doença: Tetraciclina (especialmente a doxiciclina) ou a amoxiciclina durante 2-4 semanas.	*Evitar locais com muita vegetação e sombra. *Eliminação das carraças na habitação e nos animais. *Quando é inevitável o contacto com ambiente ou animais infestados de carraças, dever-se-á: . Fazer a pesquisa e remoção periódica (de 4 em 4h) de carraças do próprio corpo; . Vestir roupas claras que cubram todo o corpo (especialmente as pernas e braços); . Colocar as calças sob as peúgas; . Com os devidos cuidados, aplicar repelentes de carraça na pele (dietilmetatoluamida) e nas calças e mangas (permetrin a 0,5%). *A quimioprofilaxia não está indicada nos indivíduos que sofreram picada de <i>Ixodes</i> .

⁴ Valor estimado para o Distrito de Évora (David de Morais, 1997), prevendo-se ser mais alto no norte do País atendendo à crescente prevalência da carraça *Ixodes ricinus* (reservatório e vector da infecção) à medida que se avança para norte no nosso País.

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
A48.1-Doença dos legionários (<i>Legionella</i> spp, geralmente <i>pneumophila</i> dos serotipos 1,4, e 6)	*A D. do legionário inicia-se com astenia, cefaleias, mialgias e febre alta, seguindo-se tosse seca, dor torácica, diarreia aquosa (em 50%) e finalmente broncopneumonia (no 2º ou 3º dia) que poderá ser fatal. Afecta sobretudo homens com mais de 50 anos e déficits imunitários, sendo muito raramente diagnosticado correctamente como legionelose (em menos de 3% dos casos). *A febre de Pontiac é a forma benigna da legionelose, semelhante a uma virose, com período de incubação de horas e recuperação espontânea em poucos dias. Afecta sobretudo jovens e não é de declaração obrigatória. *Incidência ⁵	5-6 dias (eventualmente entre os 2-10 dias)	R: rede de água de abastecimento (torneiras, chuveiros e bypass com águas paradas), tubagens dos sistemas de ar condicionado que utilizam a vaporização de água para refrigeração (os restantes sistemas de ar condicionado não têm risco), humidificadores e condensadores, sistemas de aerossol em hospitais e outros sistemas que incluam águas “paradas”; V: aérea não inter-humana (gotículas de água contaminada em aerossol); em hospitais também através da instilação ou inalação devido às entubações.	Não há transmissão inter-humana mas a <i>legionella</i> mantém-se viva durante meses a anos em águas paradas, ligeiramente aquecidas, e poluídas biologicamente (a <i>legionella</i> sobrevive infectando amebas, outros protozoários e bactérias).	*Antibioterapia o mais precoce possível, estando o prognóstico intimamente associado a esta precocidade: macrólidos (eritromicina, claritromicina, azitromicina) e quinolonas.	*No caso de detecção de um doente suspeito ou confirmado: 1º-Investigar clinicamente os contactos domésticos ou do local onde provisoriamente reside (hospitais, hotéis, etc.) para detecção de novos casos e investigação da fonte ambiental comum; 2º-Nos locais suspeitos de serem fonte ambiental (ex.: rede de abastecimento, nomeadamente nas torneiras e chuveiros; sistemas de climatização e refrigeração; vaporizadores e aerossóis; etc.) fazer culturas de amostras e comparar com as culturas dos doentes; 3º-Fazer a limpeza mecânica nos sistemas possíveis, e implementar o superaquecimento das canalizações a 60-77°C durante vários dias, seguido de purga nas torneiras e chuveiros por 30 mn. Caso não seja possível este superaquecimento dever-se-à proceder à supercloragem apesar das suas desvantagens (oneroso, corrosivo para as canalizações e produção de resíduos carcinogénicos), segundo três fases: supercloragem inicial a 50 mg/l de Cloro residual durante alguns minutos, com posterior descarga total do sistema, seguidamente a 30mg/l durante 4 horas com nova descarga e, finalmente, manutenção de 5 mg/l durante 3 dias. Esta água não poderá ser consumida. 4º- Vigilância/colheita periódica de amostras até 12 meses após o surto. * Medidas de higiene preventivas: eliminação de troços com água estagnada na rede, manutenção de cloro residual entre 1-2mg/l, e temperaturas superiores a 50°C na rede aquecida; limpeza periódica dos sistemas de climatização e vaporização.
B67-Equinococose unilocular ou quisto hidático (<i>Echinococcus granulosus</i>) Nota: a equinococose multilocular e poliquística não existem em Portugal)	*Clínica depende da localização dos quistos, que se desenvolvem com maior frequência no fígado e pulmões, e com menor frequência no rim coração, ossos, cérebro, etc. *Incidência notificada(%0000) = 0,39	meses a anos	R: cão é o hospedeiro definitivo e os herbívoros e o Homem são hospedeiros intermediários. V: fecal-oral directa ou através da ingestão de alimentos contaminados com os ovos das fezes dos cães.	O cão infestado de vermes adultos, excreta ovos contaminantes nas fezes durante 2-3 anos, que resistem vários meses no solo.	*Cirurgia. *Eventualmente metronidazol, mebendazol, albendazol.	*Pesquisa nos elementos da família de quistos hepáticos, pulmonares e noutros órgãos (através da requisição de ecografias, Rx, etc.). *Exame veterinário dos cães suspeitos nas redondezas.

⁵ Não existem actualmente dados, atendendo ser uma doença de declaração obrigatória apenas a partir de 1999.

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
A95-Febre amarela (Vírus da febre amarela)	*Início súbito de febre, cefaleias, mal estar, com icterícia progressiva e eventualmente manifestações hemorrágicas e insuficiência renal aguda. *Incidência notificada (% ₀₀₀₀) = 0,00	3-6 dias	R: Homem doente e macaco (existente apenas na África e América tropical). V: picada de mosquito <i>Aedes</i> .	O reservatório humano é infectante desde 1 dia antes até 5 dias após início da doença. O mosquito <i>Aedes</i> é, após infectado pelo homem, infectante toda a vida.	*Isolamento relativamente aos mosquitos durante o período de transmissão, através da utilização de mosquiteiros e insecticidas. *Terapêutica sintomática e de manutenção.	*Eliminação dos mosquitos através de insecticida. *Vacinação.
A77.1-Febre escaronodular (<i>R. conorii</i>)	*Úlcera comprovativa de picada de carraça, febre e ao 3º-4º dia exantema que não poupa a palma das mãos e planta dos pés. *Incidência notificada (% ₀₀₀₀) = 7,70	5-7 dias	R: cães e roedores (eventualmente outros animais). V: picada de carraça previamente infectada pelo cão ou roedor.	O reservatório animal transmite à carraça enquanto estiver doente. A carraça transmite toda a vida (± 18 meses mas por vezes, anos) após a infecção.	*Eliminação de carraças do corpo. *Antibioterapia: Tetraciclina.	*Evitar locais com muita vegetação e sombra. *Eliminação das carraças na habitação e nos animais. *Quando é inevitável o contacto com ambiente ou animais infestados de carraças, dever-se-á: . Fazer a pesquisa e remoção periódica (de 4 em 4h) de carraças do próprio corpo; . Vestir roupas claras que cubram todo o corpo (especialmente as pernas e braços); . Colocar as calças sob as peúgas; . Com os devidos cuidados, aplicar repelentes de carraça na pele (dietilmetatoluamida) e nas calças e mangas (permetrin a 0,5%).
A78- Febre Q (<i>Coxiella burnetii</i>)	*Início geralmente súbito de febre, cefaleias e frequentemente sinais mínimos de infecção respiratória (tosse, expectoração, dor torácica). *Raramente complicações de endocardite, pericardite, hepatite, etc. . *Incidência notificada (% ₀₀₀₀) ⁶	15-21 dias	R: vacas, ovelhas e cabras. V: aérea, através de poeiras contaminadas pelos animais ou, mais raramente, através do contacto directo com os animais ou objectos contaminados.	Enquanto o reservatório animal permanecer infectado (geralmente no estado de portadores assintomáticos).	*Antibioterapia: Tetraciclina.	*Vigilância clínica dos colegas de trabalho do doente (atendendo que a origem da infecção é geralmente o gado). *Eliminação dos animais suspeitos. *Reforço de medidas de higiene veterinária nos recintos dos animais.

⁶ Apenas existem dados para o conjunto das rickettsioses (excluindo a Febre escaro-nodular): Taxa Incidência mediana (1993-97) = 0,38

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
A01-Febre tifóide (<i>Salmonella typhi</i>)	*Início insidioso de febre em escada, geralmente sem ou com poucas alterações do trânsito intestinal, seguido de exantema no tronco, hepatoesplenomegalia moderada, bradicardia e leucopenia relativa (não concordante com a altura da febre). *Incidência notificada(% ⁰⁰⁰⁰) = 3,43 (inclui a febre tifóide e paratifóide).	7-21 dias (existem casos raros entre 3 e 60 dias)	R: Homem doente ou portador. V: fecal-oral directa ou indirecta (ex.: água ou alimentos); a urina também pode ser contaminante, especialmente em doentes com antecedentes de patologia urinária.	Até 3 coproculturas negativas (colhidas após 48h de cessação de antibioterapia e 1 mês após o início da doença, e com intervalo mínimo de 24h). Geralmente menos de 10% continuam a transmitir ao 3º mês após início da doença, e 2-5% após o 1º ano.	*Precauções de isolamento relativamente às fezes e urina. *Excluir da manipulação dos alimentos, e evicção escolar até à apresentação de 3 coproculturas negativas. *Antibioterapia (ex.: cloranfenicol, ampicilina ou amoxicilina, cotrimoxazol, cefalosporinas da 3ª geração, quinolonas). Ex. de protocolo possível para o portador crónico: amoxicilina(6g/dia) por 6 semanas.	*Se não houver história de consumo de água ou alimentos suspeitos, solicitar 2 coproculturas nos contactos íntimos mais suspeitos de serem a fonte da infecção (ex.: idosos ou doentes urinários, manipuladores de alimentos, mulheres à volta dos 40 anos, por serem as mais frequentes portadoras crónicas, etc.). *Excluir da manipulação dos alimentos estes contactos, até à confirmação da negatividade das coproculturas e uroculturas. *Reforçar as precauções de higiene (ex.: lavagem das mãos antes das refeições e após as defecções, cozedura dos alimentos, etc.). *Consumo de água potável (ex.: fervida ou clorada). *Vacinação dos contactos de portadores crónicos cujo estado é rebelde à terapêutica.
A01-Febre paratifóide (<i>Salmonella paratyphi A,B e C</i>)	*Geralmente semelhante à F. Tifóide embora de início mais súbito e de menor gravidade. * Por vezes semelhante a gastroenterite. *Incidência notificada incluída na taxa correspondente à febre tifóide.	*7-21 dias quando semelhante à F. Tifóide; *1-10 dias quando semelhante a gastroenterite.	Semelhante à F. Tifóide, embora seja mais rara a transmissão através da água.	Desde o início da doença até 2 semanas após a cura clínica. É possível o estado de portador permanente.	*Semelhante à F. Tifóide.	*Solicitar 2 coproculturas nos contactos íntimos. *Excluir da manipulação dos alimentos estes contactos, até à confirmação da negatividade das coproculturas. *Reforçar as precauções de higiene (ex.: lavagem das mãos antes das refeições e após as defecções, cozedura dos alimentos, etc.). *Consumo de água potável (ex.: fervida ou clorada).
A02-Outras salmoneloses (<i>Salmonella enteritidis, typhimurium, heidelberg, newport, etc.</i>).	*Geralmente semelhante a gastroenterite, acompanhada de febre (com coproculturas mais frequentemente positivas que as hemoculturas). Raramente poderá resultar em 3 síndromes distintos: 1-Semelhante à febre tifóide. 2-Bacterémia (febre prolongada, hemoculturas positivas e coproculturas geralmente negativas). 3-Infecção localizada. *Incidência notificada(% ⁰⁰⁰⁰) = 2,01	6-72 horas	R: Homem e animais (galinhas, perús, patos, porcos, vacas, cães, gatos, periquitos e tartarugas de estimação). V: fecal-oral geralmente indirecta (ex.: alimentos contaminados e não submetidos a cozedura eficaz).	Até 2 coproculturas negativas: (colhidas com um intervalo mínimo de 24h e após 48h de cessação de antibioterapia). Geralmente até 5 semanas após início da doença. É muito raro o estado de portador humano permanente.	*Na gastroenterite: apenas rehidratação. A antibioterapia é ineficaz e pode prolongar o período de transmissão. *A antibioterapia (ampicilina, cefalosporinas da 3ª geração, quinolonas) é apenas indicada em crianças pequenas, idosos, imunodeprimidos e em caso de salmonelose sistémica. *Excluir os que apresentam sintomatologia, da manipulação dos alimentos e do cuidado íntimo de crianças ou de doentes. *Os portadores permanentes deverão ser tratados tal como os portadores de Febre tifóide.	*Reforçar as precauções de higiene (ex.: lavagem das mãos antes das refeições e após as defecções, cozedura dos alimentos, etc.). *Quando não é possível manter as precauções higiénicas ou há dúvidas relativamente aos hábitos higiénicos dos contactos, estes devem ser afastados da manipulação de alimentos e do cuidado de crianças ou doentes, até à confirmação de 2 coproculturas negativas.

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
B15-Hepatite A (Vírus da Hepatite A)	*Início súbito de febre, anorexia, náuseas, desconforto abdominal, seguidos de icterícia. *Incidência notificada (% ⁶⁰⁰⁰) = 4,74	14-45 dias	R: Homem doente. V: feecal-oral, geralmente directa, ou mais raramente indirecta, através da água ou alimentos mal cozidos.	Desde a 2ª metade do período de incubação, até 7 dias após o início da icterícia ou pico das transaminases.	*Precauções relativamente às fezes. *Evicção escolar até 7 dias após o início da icterícia. *Terapêutica sintomática e de manutenção.	*Um único caso de doença: apenas vigilância dos contactos e reforço das precauções de higiene (ex.: lavagem das mãos, cozedura dos alimentos, consumo de água potável). *Vários casos de doença: Imunoglobulina inespecífica (0,02ml/Kg IM) até 15 dias após a exposição aos contactos domésticos e companheiros de carteira.
B16-Hepatite B (Vírus da Hepatite B)	*Geralmente com sintomatologia mais insidiosa, mas também mais grave que a Hepatite A: 1% de letalidade imediata e 10% de cronicidade; destes crónicos cerca de 30% evoluirão para cirrose hepática e destes, metade morrerá ao fim de 5 anos. *Incidência notificada (% ⁰⁰⁰) = 10,01	60-180 dias	R: Homem doente ou portador. V: hemática, sexual e perinatal. Raramente através do contacto directo com outros líquidos orgânicos (saliva, leite materno, urina, suor, lágrimas).	Enquanto tiver AgHBs+ ou AgHBc(IgM)+.	*Precauções com o sangue. *Relações sexuais com preservativo ou abstinência sexual, até à cura ou vacinação dos parceiros. *Terapêutica: interferão.	*Contactos não imunizados, sem exposição sexual ou percutânea/mucosa ao sangue: vacinação (não é uma urgência). *Contactos não imunizados, com exposição sexual ou percutânea/mucosa ao sangue: vacinação + Imunoglobulina HB (0,06ml/Kg até 5ml, IM) até 48h após a exposição. *No caso particular do recém-nascido de mãe com AgHBs (evidentemente tal informação pressupõe a necessidade de fazer sistematicamente um prévio rastreio a todas as grávidas): vacinação + Imunoglobulina HB (0,5ml IM) até 12h após o nascimento.
B17.1-Hepatite C (Vírus da Hepatite C)	*Geralmente com sintomatologia ainda mais insidiosa que a Hepatite B (frequentemente assintomática), mas evolui mais frequentemente para a cronicidade (70%) que termina na cirrose em 20% dos casos (em média 20 anos depois da infecção) e 1-5% destes, cerca de 10 anos depois, desenvolvem carcinoma hepático. *Incidência notificada (% ⁶⁰⁰⁰) = 4,65	40-70 dias (15-150 dias)	R: Homem doente ou portador. A existência de Anticorpos HCV é indicador de infecção antiga e pode existir em indivíduos já curados e sem contagiosidade (cerca de 30% dos que têm Anticorpos HCV). V: raramente sexual e vertical (mãe-feto), muito frequentemente por via hemática.	Entre os que têm Anticorpos HCV, são contagiosos apenas os que apresentam RNA viral no soro (detectado por PCR). Alguns dos que não apresentam RNA viral poderão ser contagiosos noutros momentos, caso se comprove através de biópsia hepática continuarem portadores.	*Precauções com o sangue. *No caso dos portadores: relações sexuais com preservativo se o portador tem múltiplos parceiros sexuais; se a relação é estável não é aconselhado o uso do preservativo atendendo à baixa contagiosidade em portadores saudáveis (é recomendável discutir a questão com o casal porque, embora o risco de contágio seja baixo, continua a existir...) *Terapêutica: interferão.	*Não há profilaxia adequado para contactos com exposição sexual ou percutânea/mucosa ao sangue.

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
B17.0-Hepatite D (Vírus da Hepatite D)	*Atendendo tratar-se de uma coinfeção ou sobreinfecção em doente com Hepatite B, expressa-se por um quadro clínico agravado da Hepatite B. *Incidência (%0000) ⁷	15-45 dias	R: Homem doente ou portador de Hepatite B. V: semelhante à Hepatite B, embora com maior relevância para a via hemática.	Enquanto tiver Anticorpo HDV (IgM ou total).	*Precauções com o sangue. *No caso dos portadores: relações sexuais com preservativo ou abstinência sexual até à cura ou vacinação contra a Hepatite B dos parceiros. *Terapêutica: interferão.	*Contactos não imunizados sem exposição sexual ou percutânea/mucosa ao sangue: vacinação contra a Hepatite B (não é uma urgência). *Contactos não imunizados com exposição sexual ou percutânea/mucosa ao sangue: vacinação + Imunoglobulina HB (0,06ml/Kg, IM) até 48h após a exposição.
B17.2-Hepatite E (Vírus da Hepatite E)	*Semelhante à Hepatite A, embora maior frequência de hepatites fulminantes letais (especialmente em grávidas infectadas no 3º trimestre) *Incidência (%0000) ⁷	15-64 dias	R: Homem doente. V: feecal-oral, geralmente indirecta, através da água, ou mais raramente directa.	Desde a 2ª metade do período de incubação, até 7 dias após o início da icterícia ou pico das transaminases.	*Precauções relativamente às fezes. *Terapêutica sintomática e de manutenção.	*Reforçar as precauções de higiene (ex.: lavagem das mãos, cozedura dos alimentos, consumo de água potável). *Vigilância dos contactos adultos jovens (grupo etário onde a doença atinge maior incidência), particularmente das mulheres grávidas (grupo mais vulnerável a manifestações graves da doença).
A54-Infecções gonocócicas (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	*A gonorreia é a infecção mais comum: uretrite purulenta no homem ou cervicite na mulher, (esta geralmente assintomática, embora evolua para doença inflamatória pélvica em 20% dos casos). A infecção rectal ou a faringite são relativamente comuns. A conjuntivite aparece nos recém-nascidos de mães infectadas. Mais raramente aparece a bacterémia, artrite, hepatite tóxica, endocardite, miopericardite e meningite. *Incidência notificada (%0000) = 0,74	2-7 dias (gonorreia)	R: Homem doente ou portador. V: sexual ou, no caso da conjuntivite dos recém-nascidos, o contacto directo com os exsudados cervico-vaginais.	A antibioterapia eficaz interrompe a transmissão em 24 horas. A mulher infectada é frequentemente portadora assintomática durante meses, enquanto o homem só o é raramente (quando a uretrite evolui para epididimite crónica).	*Abstinência sexual no adulto doente até finalizar a antibioterapia. *Requisitar VDRL para pesquisa de sífilis (frequentemente concomitante com a gonorreia) antes do tratamento e 6 semanas após o seu início. *Antibioterapia: Penicilina procainica, eritromicina, ceftriaxona, doxiciclina, espectinomina.	*Pesquisa dos contactos sexuais (pela cultura dos exsudados) e tratamento profilático dos mesmos (Ceftriaxona IM, 250mg, toma única, mais doxiciclina oral, 200mg/dia em 2 tomas, durante 7 dias), sendo considerados contactos todos os parceiros sexuais: . nos 14 dias anteriores ao início da uretrite aguda; . nos 60 dias anteriores ao início da doença inflamatória pélvica. *Requisição de cultura do exsudado cervico-vaginal e rectal nas grávidas consideradas de risco. *Requisição de culturas conjuntivais, faríngeas, uretrais e rectais aos recém-nascidos de mães infectadas: quando infectado, o recém-nascido deverá ser sujeito a isolamento hospitalar nas primeiras 24h de antibioterapia.

⁷Não existem dados desagregados para as hepatites D e E, sendo a mediana das taxas de incidência das outras hepatites virais agudas especificadas (excluem-se as hepatites A, B, C) de 0,16.

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
B55- Leishmaniose visceral ou Kala-Azar (<i>Leishmanias infantum</i> - a mais comum em Portugal - <i>donovani</i> , <i>chagasi</i>)	*L. visceral (mais frequente nas crianças com menos de 4 anos): febre irregular mas prolongada, hepatoesplenomegália, anemia e leucopénia. *L. cutânea (no Mediterrâneo - <i>L. tropica</i> - e na América - <i>L. mexicana</i>) e a <i>L. mucocutânea</i> (na América - <i>L. brasiliensis</i>) não são de notificação obrigatória. *Incidência notificada (‰) = 0,18	6 semanas - 18 meses	R: canídeos (no Mediterrâneo) roedores (em África), o Homem (pouco frequente fora da Índia mas, neste país, o Homem é o único reservatório conhecido). V: picada de mosca flebótomo, previamente infectada pelo cão, roedor ou o Homem (pouco frequente, fora da Índia).	O reservatório animal ou humano (pouco frequente, fora da Índia) transmite à mosca enquanto estiver doente. Desconhece-se o período de transmissão da mosca, após a infecção.	*Antimoniais pentavalentes - antimoniatos de meglumina, estibogliconato sódico - e, nos casos resistentes, anfotericina B.	*Investigação e eliminação dos cães doentes.
A27- Leptospirose (<i>Leptospira interrogans</i>)	*Clínica e gravidade muito variável: febre, cefaleias, vómitos, mialgias, por vezes meningite, comprometimento hepático e renal, anemia e manifestações hemorrágicas. *Incidência notificada (‰) = 0,38	4-19 dias	R: ratos (o reservatório mais importante), vacas, porcos, cavalos, cães, etc.. V: contacto mucocutâneo directo com a urina ou água contaminada com urina destes animais; raramente pela ingestão de alimentos contaminados com urina dos ratos.	Diversos animais, nomeadamente os ratos, são portadores assintomáticos durante anos. As leptospirosas, após excretadas na urina destes animais, podem sobreviver no meio ambiente durante semanas.	*Antibioterapia é útil apenas se for iniciada nos primeiros 4 dias de doença: Penicilina, tetraciclina, estreptomicina. *Terapêutica de manutenção (hidroelectrolítica, etc.).	*Desratização. *Medidas de protecção individual em trabalhadores expostos a águas potencialmente contaminadas: uso de botas e luvas, etc. *Higiene veterinária relativamente ao gado: segregação animais/homem, precauções em relação à urina dos animais, etc.

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
B50/51/52/53/54 -Malária (4 espécies de <i>Plasmodium</i> : <i>falciparum</i> , <i>vivax</i> , <i>ovale</i> e <i>malariae</i>)	*Muito grave no caso de infecção a <i>P. falciparum</i> (pode evoluir rapidamente para insuficiência renal e hepática, choque, encefalite e morte). *Os outros <i>Plasmodium</i> geralmente não são letais e têm maior tendência para a cronicidade (especialmente o <i>P. malariae</i>): ciclos de febre, calafrios e sudorese. *Incidência notificada (%0000) = 0,74	*12-14 dias no caso de infecção a <i>P. falciparum</i> , <i>vivax</i> ou <i>ovale</i> *30 dias no caso de infecção a <i>P. malariae</i>	R: Homem doente. V: picada de mosquito Anopheles, previamente infectado de homem doente. Esporadicamente aparecem casos autóctones de malária na Europa, perto de aeroportos, devido a mosquitos transportados acidentalmente em aviões.	O reservatório humano transmite ao mosquito enquanto estiver doente. O mosquito transmite toda a vida após a infecção (geralmente, só após 10 dias da ingestão de sangue contaminado).	*Verificar se se trata de um caso importado ou autóctone. *Isolamento relativamente aos mosquitos durante o período de transmissão, eventualmente através da utilização de mosquiteiros e insecticidas. *Anti-palúdicos: Cloroquina, amodiaquina, primaquina, pirimetamina, mefloquina, halofantrina, quinino, quinidina.	*Em Portugal, apesar da existência do mosquito, a malária foi erradicada em 1958, pelo que os casos têm sido sempre esporádicos e importados, não havendo medidas específicas relativamente aos contactos. Os viajantes para áreas endémicas deverão iniciar quimioprofilaxia de acordo com informação actualizada da OMS, relativa ao local para onde vão viajar, pelo que recomenda-se sempre o contacto com as consultas específicas para viajantes (ver endereços no capítulo "Orientações específicas"). Geralmente utilizam-se em toma única semanal, desde 1 semana antes da viagem e até 4 semanas após o regresso, substâncias como a Cloroquina (300mg) ou a Mefloquina (250mg). *Nas áreas endémicas deverão ser tomadas medidas contra os mosquitos, através da utilização de mosquiteiros e insecticidas, e investigação clínica de portadores na vizinhança, que possam constituir fonte de infecção, através de colheita de sangue (método da gota espessa e/ou serologia).
A39/39.0- Infecção meningocócica com ou sem meningite (<i>Neisseria meningitidis</i>)	*A infecção pode restringir-se à nasofaringe (nasofaringite aguda), às meninges (meningite) ou ter disseminação sistémica (sépsis). *Incidência notificada (%0000) = 1,90	2-10 dias	R: Homem doente ou portador (cerca de 25% da população é portadora saudável). V: aérea (gotículas de expectoração).	Geralmente a transmissão é interrompida após 24h de antibioterapia eficaz.	*Isolamento nas primeiras 24h de antibioterapia. *Antibioterapia: Penicilina, ampicilina, cloranfenicol.	*Quimioprofilaxia com rifampicina em 2 tomas diárias, por 2 dias, apenas aos contactos domésticos e companheiros de carteira, excepto no caso de creches ou outras instituições com crianças pequenas em que a quimioprofilaxia deverá abranger todos os contactos, com a seguinte dosagem: . crianças com menos de 1 mês: 5mg/Kg em cada toma. . outras crianças e adultos: 10mg/Kg em cada toma, até um máximo de 600mg.

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
A49.2 e G00.0- Infecção por <i>Haemophilus influenza</i> com ou sem meningite (<i>Haemophilus influenza</i> tipos "a" a "f", com predominância para o tipo "b")	*2 padrões de infecção: 1-Infecção invasiva acompanhada de bacteriemia, afectando principalmente crianças com menos de 5 anos: meningite, epiglote, artrite, osteomielite, celulite; 2-Infecção por continuidade da nasofaringe: otite média, sinusite, conjuntivite e broncopneumonia. *Incidência (% ₀₀₀) = 19,6 (em crianças com menos de 5 anos) ⁸	2-4 dias	R: Homem doente ou portador (cerca de 80% da população é portadora saudável na nasofaringe, e raramente nas mucosas conjuntivas e genitais). V: aérea (gotículas de expectoração).	Geralmente a transmissão é interrompida após 48h de antibioterapia eficaz.	*Isolamento nas primeiras 48h de antibioterapia. *Antibioterapia: Ampicilina e cloranfenicol, ou cefalosporinas da 3ª geração.	*A quimioprofilaxia só é importante quando algum dos contactos domésticos ou da mesma sala do infante tem menos de 4 anos, não está imunizado, e teve contacto com o doente há menos de 4 dias. Nestes casos, dever-se-á proceder à quimioprofilaxia das crianças (para prevenir a doença) e adultos próximos (para eliminar o seu eventual estado de portador), com rifampicina em 2 tomas diárias, por 4 dias, com a seguinte dosagem: . crianças com menos de 1 mês: 5mg/Kg em cada toma. . outras crianças e adultos: 10mg/Kg em cada toma, até um máximo de 600mg. *Aproveitar a ocasião para sensibilizar para a vacinação das crianças, embora esta vacinação não tenha efeito protector imediato.
B26-Parotidite epidémica (Vírus da papeira)	*Início súbito de febre e tumefacção das glândulas salivares, particularmente das parótidas. Possibilidade de complicações inflamatórias nos testículos, ovários e outros órgãos. *Incidência notificada (% ₀₀₀) = 22,48	12-25 dias	R: Homem doente. V: aérea (gotículas de saliva / expectoração).	Desde 6 dias antes, até 9 dias após o início da tumefacção.	*Isolamento e evicção escolar até 9 dias após início da tumefacção. *Terapêutica sintomática.	* Aproveitar a oportunidade para fazer a actualização vacinal, embora esta actualização não tenha efeito protector imediato.
A20-Peste (<i>Yersinia pestis</i>)	*Geralmente linfadenite nos gânglios de drenagem da área da picada da pulga (peste bubónica). *Por vezes evolui para a disseminação sistémica (peste septicémica) e/ou pulmonar (peste pulmonar). *Incidência notificada(% ₀₀₀) = 0,00	2-6 dias	R: Ratos e outros roedores. V: picada de pulga do roedor infectado ou, com menos frequência, a via aérea, de homem-a-homem, no caso da peste pneumónica (gravíssimo).	Enquanto existirem pulgas infectantes (poderão permanecer neste estado durante meses). No caso da peste pneumónica, o doente transmite até ao 2º dia de antibioterapia eficaz.	*Eliminação das pulgas do doente e habitação e, só posteriormente proceder a medidas de desratização. *Isolamento hospitalar rigoroso relativamente à transmissão aérea, no caso da peste pneumónica. *Antibioterapia: Estreptomicina, tetraciclina, cloranfenicol.	*Eliminação das pulgas do contacto e habitação e, só posteriormente proceder a medidas de desratização. *No caso de contactos (incluindo pessoal de saúde) de doentes com peste pneumónica: quimioprofilaxia (tetraciclina oral, 15mg/Kg até um máximo de 250mg diários, em 4 tomas, durante 7 dias).

⁸ Estimado por Paula Valente e Armando Fernandes (Pita Groz, 1997) em trabalho efectuado em 1995, em Portugal..

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
A80-Poliomielite aguda (Poliovirus 1,2 e 3)	*De infecção inaparente a febre e sinais de meningismo, com ou sem paralisia flácida assimétrica, geralmente nos membros inferiores. *Incidência notificada (%0000) = 0,00	3-35 dias	R: Homem com doença aparente ou inaparente. V: fecal-oral directa e, raramente a via aérea.	36h a 6 semanas após o início da infecção.	*Investigação sobre o estado vacinal do doente (caso esteja vacinado verificar o lote da vacina). *Precauções relativamente às fezes. *Evicção escolar até à negatificação do vírus em cultura das fezes. *Terapêutica de suporte.	*Investigação de casos despercebidos inicialmente (ex.: deformidades musculó-esqueléticas atribuídas erroneamente a outras causas); * Aproveitar a oportunidade para fazer a actualização vacinal, embora esta actualização não tenha efeito protector imediato. *Evicção escolar, aos que não têm a vacinação actualizada, até à comprovação da ausência do vírus em cultura das fezes.
A82-Raiva (Rhabdovirus da raiva)	*Encefalomielite aguda geralmente fatal caracterizada por cefaleias, febre, hidrofobia e paralisias, nomeadamente paralisia respiratória. *Incidência notificada (%0000) = 0,00	15-60 dias	R: canídeos selvagens ou domésticos e, menos frequentemente, outros mamíferos. V: inoculação de saliva através de mordedura.	O animal geralmente é contaminante desde 10 dias antes do início e até ao final da doença.	*Isolamento rigoroso relativamente à saliva ou objectos conspurcados de saliva do doente. *Limpeza das feridas devidas a mordedura animal. *Vacinação. *Imunoglobulina anti-rábica. *Terapêutica sintomática e de manutenção.	*Actualmente, o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, através das Autoridades de Saúde Regionais dão o necessário suporte técnico para o controlo destes casos. *Basicamente a actuação técnica restringe-se a vigiar durante 10 dias o animal que mordeu: caso este animal adoça deve-se-à proceder de imediato ao seu abate para colheita de tecido cerebral (para confirmação laboratorial da raiva). Caso se confirme a raiva o contacto humano deverá ser tratado como doente.
B06-Rubéola (exclui congénita) (Vírus da rubéola)	*Início de febrícula com exantema maculo-papuloso na face que ao fim do 1º dia se generaliza, ao 2º dia desaparece da face e ao 3º dia do resto do corpo. Acompanha-se de adenopatias retroauriculares, sub-occipitais e cervicais. *Incidência notificada (%0000) = 2,84	14-21	R: Homem doente. V: aérea (gotículas de saliva / expectoração).	Desde 7 dias antes, até 7 dias após início do exantema.	*Precauções de isolamento relativamente às grávidas não imunizadas e evicção escolar até 7 dias após início do exantema. *Terapêutica sintomática.	*Vigilância relativamente às grávidas não imunizadas.
P35.0-Rubéola congénita (Vírus da rubéola)	*Grávida infectada geralmente no 1º trimestre dá origem a recém-nascido com múltiplas malformações congénitas. Amostra de sangue do cordão umbilical com Anticorpos IgM específicos. *Incidência notificada(%0000) = 0,88	Não se aplica.	R: Homem doente. V: transplacentar.	Os recém-nascidos infectados transmitem a doença durante meses.	*Precauções de isolamento relativamente às grávidas não imunizadas. *Terapêutica sintomática e cirurgia.	*Vigilância relativamente às grávidas não imunizadas.

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
B05-Sarampo (Vírus do sarampo)	*Após 3 dias de febre, aparece a conjuntivite, coriza, tosse, início de exantema maculopapuloso na face, que ao fim de 3 dias desce a todo o corpo poupando as palmas das mãos e plantas dos pés. *Incidência notificada (%0000) = 1,94	8-16 dias	R: Homem doente. V: aérea (gotículas de saliva / expectoração).	Desde 4 dias antes, até 4 dias após início do exantema.	*Precauções de isolamento relativamente a crianças não imunizadas e evicção escolar até 4 dias após início do exantema. *Terapêutica sintomática.	*Vacinação até 72h após exposição.
A03-Shigelose (<i>Shigella spp.</i>)	*Início súbito de diarreia (por vezes com sangue, muco e pús) acompanhada de febre e cólicas. *Incidência notificada(%0000) = 0,15	1-7 dias	R: Homem doente ou portador. V: fecal-oral directa ou indirecta (ex.: alimentos contaminados não submetidos a cozedura).	Até 2 coproculturas negativas: (colhidas com um intervalo mínimo de 24h e após 48h de cessação de antibioterapia). Geralmente até 4 semanas após início da doença. É muito raro ser portador durante meses.	*Rehidratação. *Antibioterapia: Tetraciclina, ampicilina, cotrimoxazol. *Excluir da manipulação dos alimentos e afastar do cuidado íntimo das crianças ou doentes quando portadores.	*Reforçar as precauções de higiene (ex.: lavagem das mãos antes das refeições e após as dejectões, cozedura dos alimentos, etc.). *No caso de instituições, quando os contactos são funcionários manipuladores de alimentos ou cuidam de crianças ou doentes, dever-se-á afastá-los destas actividades até à confirmação de 2 coproculturas negativas.
A50-Sífilis congénita (<i>Treponema pallidum</i>)	*A s. congénita caracteriza-se por morte fetal/neonatal, baixo peso, rinite, etc., ou manifestações tardias neurológicas, dentárias, ósseas, e outras. Por vezes, é assintomática nas primeiras semanas de vida. *Incidência notificada (%0000) ⁹	-	R: Homem. V: transmissão é transplacentar. Geralmente a mãe é portadora de infecção recente.	Geralmente a transmissão ao feto ocorre após o 4º mês de gestação ou durante o nascimento, por contacto directo com lesões de s. primária.	*Antibioterapia: Penicilina G cristalina aquosa.	*Requisição de VDRL a todos os elementos da família nuclear da criança infectada. *Requisição de VDRL por rotina a todas as grávidas ou, preferivelmente, a todas as mulheres que planeiam engravidar. *Os recém-nascidos de mães infectadas deverão sempre fazer tratamento com Penicilina, mesmo quando as mães já foram tratadas durante a gravidez. Nota: O VDRL é um teste com uma boa sensibilidade após a fase primária, mas com uma elevada taxa de falsos-positivos pelo que a sua positividade necessita sempre de confirmação por um teste treponémico (ex: FTA-Abs).

⁹ Não existem actualmente dados, atendendo ser uma doença de declaração obrigatória apenas a partir de 1999.

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
A51-Sífilis precoce (<i>Treponema pallidum</i>) Nota: a sífilis latente tardia (>2 anos) e terciária não são de declaração obrigatória.	*Pápula ou úlcera dura (s. primária) geralmente nos órgãos genitais por 2-6 semanas (por vezes na boca ou ânus), acompanhada de adenopatias inguinais bilaterais duras e indolores. 6 semanas após a cura da úlcera aparece exantema generalizado (s. secundária) que dura 2-6 semanas. Segue-se um período de latência de semanas ou anos até à fase terciária da sífilis. *Incidência notificada (% ₀₀₀₀) = 2,08	9-90 dias	R: Homem. V: sexual é a mais importante; muito raramente através do contacto directo com lesões e exsudados, nomeadamente em carícias a recém-nascidos com s. congénita.	Enquanto houver lesões activas (primárias ou secundárias). A penicilina interrompe a transmissão em 48h.	*Abstinência sexual até ao desaparecimento das lesões. *Antibioterapia: Penicilina benzatínica, tetraciclina. *O VDRL confirma a cura quando o seu título se reduz 4 vezes num ano.	*Pesquisa dos contactos sexuais (pela requisição de VDRL) e tratamento profilático dos mesmos (Penicilina benzatínica 2.400.000 U, IM), sendo considerados contactos todos os parceiros sexuais: . nos 3 meses anteriores ao início da lesão primária; . nos 6 meses anteriores ao início do exantema secundário; . nos 12 meses anteriores ao início da fase de latência ou quando se desconhece esta data. Nota: O VDRL é um teste com uma boa sensibilidade após a fase primária, mas com uma elevada taxa de falsos-positivos pelo que a sua positividade necessita sempre de confirmação por um teste treponémico (ex: FTA-Abs).
A34/35-Tétano não neonatal (<i>Clostridium tetani</i>)	*Após ferimento (por vezes indetectável), início de contracturas musculares dolorosas em redor do ferimento ou nos masséteres, pescoço e tronco, que se generalizam posteriormente. *Incidência notificada (% ₀₀₀₀) = 0,28	1-21 dias (por vezes, meses)	R: Solo conspurcado de fezes (o <i>C. tetani</i> é saprófita do intestino animal e humano). V: contaminação directa de feridas.	Não se aplica.	*Limpeza e desbridamento da ferida contaminada. *Imunoglobulina humana antitetânica IM. *Penicilina e medidas de suporte (relaxantes musculares, traqueostomia).	*Em caso de ferimento, além da limpeza e demais tratamento cirúrgico, nas situações que se seguem, fazem-se as seguintes recomendações: 1-Ferida pequena e limpa : nada, em indivíduo com 3 doses de vacina, em que última dose tem menos de 10 anos; uma dose de reforço em caso contrário. 2-Outras feridas: 2.1.- em indivíduo com 3 doses de vacina: nada, se a última dose tem menos de 5 anos; uma dose de reforço em caso contrário; 2.2.- em indivíduo com menos de 3 doses de vacina: uma dose vacinal e Imunoglobulina anti-tetânica (250 unidades IM).
A33-Tétano neonatal (<i>Clostridium tetani</i>)	*Após parto com falta de assépsia, de mãe não vacinada, início de contraturas musculares no recém-nascido. *Incidência notificada (% ₀₀₀₀) = 0,00	5-12 dias	R: solo conspurcado de fezes (o <i>C. tetani</i> é saprófita do intestino animal e humano). V: contaminação directa do coto umbilical.	Não se aplica.	*Semelhante ao tratamento preconizado para o tétano não neonatal.	*Investigar a situação que deu origem ao caso de tétano neonatal. Estes casos apenas ocorrem quando os serviços de saúde cometem cumulativamente dois erros: 1- A grávida não é vacinada (recomenda-se iniciar a actualização vacinal no 4ºmês de gravidez mas, quando tal não acontece, a actualização poderá iniciar-se logo que possível, em qualquer outro momento da gravidez); 2- O recém-nascido nasce em local sem condições de assépsia.
A37-Tosse convulsa (<i>Bordetella pertussis</i>)	*Início insidioso de tosse seca que após 1-2 semanas evolui para tosse paroxística. *Incidência notificada (% ₀₀₀₀) = 0,19	4-21 dias	R: Homem. V: aérea (gotículas de expectoração).	Até 5 dias de terapêutica com eritromicina.	*Isolamento e evicção escolar até ao 5º dias de eritromicina (50mg/kg/dia em 3 doses orais, durante 14d). *Terapêutica sintomática.	*Contactos sem intimidade: apenas actualização vacinal quando menores de 7 anos. *Contactos íntimos (domésticos e companheiros de carteira): actualização vacinal (apenas quando menores de 7 anos), evicção escolar por 7 dias e quimioprofilaxia (eritromicina, 50mg/kg/dia, durante 14d).

QUADRO - Actuação preventiva perante um caso de doença/infecção (continuação).

Doença	Descrição clínica	Período de incubação	Reservatório (R) e via de transmissão (V)	Período de transmissão	Controlo do doente (ou portador)	Controlo dos contactos
B75- Triquiníase (<i>Trichinella spiralis</i>)	*Início súbito de edema das pálpebras superiores, diarreia, mialgias, febre, eosinofilia e, eventualmente após a 3ª semana, sintomas respiratórios, neurológicos e raramente insuficiência cardíaca. *Incidência notificada(‰) = 0,00	4-45 dias	R: porco (o mais importante), rato, cão, gato, e vários animais selvagens. V: ingestão de carne de porco mal passada.	A carne de porco é contaminante durante meses, a menos que seja bem cozinhada ou previamente refrigerada durante 10d a -25°C.	*Tiabendazol nos casos iniciais. *Corticosteróides nos casos graves.	*Vigilância dos que ingeriram a carne suspeita. *Exame veterinário dos porcos suspeitos de serem a causa da infecção.
A15/16/17/19- Tuberculose (<i>Mycobacterium tuberculosis, africanum, bovis</i>)	*Geralmente infecção assintomática, por vezes doença crónica com exacerbações e remissões. *Clínica depende da localização: geralmente pulmonar. *Incidência notificada(‰) = 49,46	*Na primoinfecção : 6-12 semanas; *Na doença clínica: meses a anos.	R: Homem bacilífero ou, raramente, a vaca. V: aérea (gotículas de expectoração) ou, raramente, consumo de leite de vaca não fervido ou pasteurizado.	Até o exame cultural da expectoração ser negativo: geralmente até 2 meses após início do tratamento.	*Evicção escolar e do local de trabalho, até à negatificação dos exames culturais ¹¹ . *Antibioterapia, segundo diversos protocolos: isoniazida, rifampicina, etambutol, pirazinamida, estreptomicina.	*Actualmente, os Centros de Diagnóstico Pneumológico, sediados nos Centros de Saúde, dão o necessário apoio técnico para o controlo destes casos: basicamente dever-se-á solicitar 1 ou 2 Mantoux, em que o último é efectuado 3 meses após a exposição e, eventualmente, fazer quimioprofilaxia, segundo diversos protocolos - um protocolo possível: Isoniazida isolada durante 3-6 meses (10mg/Kg/dia até um máximo de 300mg), ou em associação com a Rifampicina (10mg/kg até um máximo de 600mg/dia) e Pirazinamida (30 mg/Kg/dia até 2g/dia) durante 2 meses, aos contactos tuberculino-positivos com menos de 16 anos, e em qualquer idade aos contactos com silicose, imunodepressão, nefropatias, tuberculose antiga não tratada, infecção HIV e diabetes.

Nota: As “incidências notificadas” correspondem às medianas das taxas de incidência anual notificada por 100.000 habitantes, em Portugal no quinquénio 1993-1997, calculadas segundo os dados da Direcção Geral de Saúde e as estimativas populacionais do Instituto Nacional de Estatística. No caso da rubéola congénita e tétano neonatal as taxas de incidência foram calculadas por 100.000 nados-vivos.

¹⁰Dados fornecidos pelo Núcleo de Tuberculose e Doenças Respiratórias da Direcção Geral de Saúde, que não incluem os doentes antigos que recidivaram.

¹¹ O Decreto Lei nº 48359 de 27-04-1968 regulamenta a gratuidade da assistência aos funcionários públicos, assim como a não existência de perda de regalias durante a doença.

Bibliografia

1. Abbott Científica,S.A. División Diagnósticos. Hepatitis virales. Madrid, 1992. Mimeografado.
2. Antunes, Abílio B. S. Febres recorrentes. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas*. 1990; 13: 137-145.
3. Bárcia, M.A.; Roberto, O. Doenças exantemáticas. In Sandoz-Wander. *Temas de pediatria*. 1982. Mimeografado.
4. Benenson, Abram S., ed. *Control of communicable diseases in man*. 15th, Washington: American Public Health Association, 1990.
5. Carreira, Mário; Lima, Carlos; Pimentel, José; Lemos, Maria S.. Doença de Creutzfeldt-Jacob: estudo retrospectivo 1980-1995, resultados preliminares. *Saúde em números*. 1996. Vol 10, nº5.
6. Carvalheira, C. . *Hepatite C*. 1999. <http://www.terravista.pt/Bilene/2332/hepatitec.htm>
7. Carvalheira, C. *Hepatite B*. 1999. <http://www.terravista.pt/Bilene/2332/hepatiteb.htm>
8. Castro, Rui S.; Santos, Maria L. Hepatite C. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas*. 1998; 21: 102-107.
9. Castro, Rui Sarmiento; Horta, Ana Aboim; Marques, Rocha. Malária na prática clínica. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas*. 1995; 18: 11-20.
10. Costa, João D. As encefalopatias espongiformes transmissíveis. *Ordem dos Médicos*. Abril 1996: 11-19.
11. David de Moraes, J.^a Doença de Lyme: epidemiologia e clínica. *Saúde em números*. 1997. Vol 12, nº1.
12. Dias, Pita G. Vacinas anti-hepatite B e anti.haemophilus influenzae tipo b. *Acta Médica Portuguesa*. 1997, 10: 129-138.
13. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 12 DTP de 15-12-92.
14. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Circular Normativa nº 24/85 de 15-07-85.
15. Ferreira, F.A. Gonçalves. *Moderna saúde pública*. 5^aed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1982.
16. Gantz, Nelson M.; Brown, Richard B.; Berk, Steven L.; et al. *Manual of clinical problems in infectious disease*. 3th ed. Boston: Little, Brown and Company; 1994.
17. Inez, Francisco. *Legionella pneumophila – medidas preventivas*. Administração Regional do Algarve, 1997. Fotocopiado.
18. Isselbacher, Kurt J.; Braunwald, Eugene; Wilson, Jean D. eds *Harrison's principles of internal medicine*. 13th ed.New York: McGraw-Hill Inc., 1995.

19. Koof, Raymond. Hepatitis B today: clinical and diagnostic overview. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 1993; 12: 428-32.
20. Last, John M.; Wallace, Robert B., eds. *Maxcy-Rosenau-Last public health and preventive medicine* 13th ed. Connecticut: Appleton and Lange, 1992.
21. Mandell, Gerald L.; Bennett, John E.; Dolin, Raphael, eds. *Principles and practice of infectious diseases*. 4th ed. New York: Churchill Livingstone, 1995.
22. Ministério da Saúde. Decreto Regulamentar nº3/95. Diário da República, 1ª ser. B, 27 Janeiro 1995; 23: 500-501.
23. Morais, J.A. David. As borrelioses no sul do país. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas*. 1991; 14: 115-119.
24. Pimentel, José; Lima, Carlos. Encefalopatias espongiformes humanas. *Ordem dos Médicos*. Fevereiro 1997: 18-20.
25. Poças, José M. Leishmaníose visceral - zoonose oportunística endémica em Portugal. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas*. 1993; 16: 233-240.
26. Shapiro, Craig N. Epidemiology of hepatitis B. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 1993; 12: 433-7.
27. Sherlock, S. Hepatitis B: the disease. *Vaccine*. 1990; 8 (Supplement): s6-s9.
28. World Health Organization. *Fact Sheet nº 164: hepatitis C*. 1997.
<http://www.who.ch/inf/fact164.html>
29. World Health Organization. Human transmissible spongiform encephalopathies. *Weekly Epidemiological Record*. 1998; 73: 361-365.