

SERVIÇOS DE SAÚDE DE MACAU
UNIDADE TÉCNICA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA
= VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA =

Grupo de trabalho:

Fernando J M Costa Silva

Lam Chong

Maria Marcelina Moraes

Tong Ka lo

Macau
Setembro, 1999

Vigilância Epidemiológica das Doenças de Declaração Obrigatória

Com o desenvolvimento económico e social sustentado verificado nos últimos anos, e a actuação concertada das entidades prestadoras de cuidados de saúde, foi possível reduzir ou controlar a incidência e prevalência de muitas doenças infecciosas.

Contudo, pela elevada densidade populacional e grande mobilidade da população de Macau, o risco de ocorrência e disseminação daquelas doenças continua a persistir, constituindo a *vigilância epidemiológica* um instrumento essencial à sua prevenção e controlo efectivo.

Em Macau, a vigilância epidemiológica das *Doenças de Declaração Obrigatória* (DDO - cuja obrigatoriedade de participação está regulamentada em diploma específico) alicerça-se na informação detalhada e atempada fornecida à Autoridade Sanitária, por todos os médicos e laboratórios de análises clínicas.

Sem aquela informação não é possível conhecer-se o padrão de ocorrência e a dinâmica das doenças infecciosas mais relevantes na comunidade, nem averiguar os factores determinantes da sua evolução, aspectos que são essenciais à identificação e implementação das medidas mais apropriadas para a sua prevenção e controlo.

Devendo ser utilizado como documento de referência, este manual fornece definições e critérios uniformes e actualizados, que devem ser aplicados por todos os profissionais de saúde de Macau, no âmbito da notificação e da vigilância epidemiológica das *DDO*. Como muitas destas doenças já não contribuem de forma relevante para a morbilidade, ocorrendo raramente na prática clínica diária, este manual apresenta ainda algumas considerações clínico-epidemiológicas importantes sobre as *DDO* de Macau.

Serviços de Saúde de Macau, 1 de Setembro de 1999

O Director dos Serviços de Saúde

João Larguito Claro

Índice

Siglas e abreviaturas	iv
Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e sistema de notificação das Doenças de Declaração Obrigatória	1
Doenças de Declaração Obrigatória em Macau	2
Amebíase	5
Cancróide	5
Cólera	6
Dengue	7
Difteria	8
Escarlatina	10
Febre amarela	10
Febres tifóide e paratifóide	12
Hepatite viral	13
Infecção intestinal por <i>Escherichia coli</i>	15
Infecção meningocócica	16
Infecção por <i>Haemophilus influenzae</i>	17
Infecções gonocócicas	18
Intoxicação alimentar bacteriana	19
Legionelose	21
Lepra	23
Linfogranuloma venéreo	23
Malária	24
Outras doenças de transmissão sexual	25
Outras salmoneloses	26
Parotidite infecciosa	26
Peste	28
Poliomielite aguda	29
Portador do Vírus da Imunodeficiência Humana	30
Raiva	31
Rubéola	32
Sarampo	33
SIDA	35
Sífilis	36
Sigelose e disenteria bacilar	37
Tétano	38
Tosse convulsa	40
Tracoma	41
Tuberculose	42
Varicela	45
Bibliografia	46

Siglas e abreviaturas

ADN	Ácido desoxi-ribonucleico
BCG	Bacilos <i>Calmette-Guérin</i> (vacina contra a tuberculose)
CD ₄	População de linfócitos T ₄
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CID-9	Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão
cm ³	Centímetro cúbico
DDO	Doenças de Declaração Obrigatória
dT	Vacina contra a difteria e tétano (adultos)
DT	Vacina contra a difteria e tétano (infantil)
DTP	Vacina tríplice contra a difteria, tétano e tosse convulsa
FTA-ABS	<i>Fluorescent treponemal antibodies absorbed</i>
Ig	Imunoglobulina
IgG	Classe de imunoglobulina
IgM	Classe de imunoglobulina
kg	Quilograma(s)
mg	Miligrama(s)
MHA-TP	<i>Microhemagglutination assay for Treponema pallidum</i>
mm ³	Milímetro cúbico
n.º	Número
p.e.	Por exemplo
PCR	<i>Polymerase chain reaction</i>
PDT	Vacina tríplice contra a difteria, tétano e tosse convulsa (acelular)
PVM	Programa de Vacinação de Macau
RPR	<i>Rapid plasmatic reagin</i>
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
SSM	Serviços de Saúde de Macau
SVEDT	Sistema de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis
TPHA	<i>Treponema pallidum hemagglutination assay</i>
UTVE	Unidade Técnica de Vigilância Epidemiológica
VAT	Vacina anti-tetânica
VDRL	<i>Venereal disease research laboratory</i>
VEDT	Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis
VHA	Vírus da hepatite A
VHB	Vírus da hepatite B
VHC	Vírus da hepatite C
VHD	Vírus da hepatite D
VHE	Vírus da hepatite E
VIH	Vírus da imunodeficiência humana
µl	Microlitros
°C	Graus <i>Celsius</i> (graus centígrados)
%	Porcentagem (por cento)

Vigilância epidemiológica e sistema de notificação das Doenças de Declaração Obrigatória

A Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (VEDT) tem sido definida como “a observação continuada da distribuição e tendência evolutiva de uma determinada doença transmissível, mediante a colheita sistemática, a análise, o tratamento e a interpretação dos correspondentes dados de morbilidade e mortalidade”, com a consequente difusão da informação assim obtida pelas entidades interessadas (médicos, serviços prestadores de cuidados de saúde, etc.), de modo a que estes possam actuar, de forma esclarecida, em conformidade com as situações existentes.

De um modo geral, pode dizer-se que os sistemas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis (SVEDT) procuram conhecer o padrão de ocorrência e a dinâmica de determinadas doenças na comunidade (e grupos de risco), seguindo de forma continuada a evolução das mesmas, tentando averiguar os factores determinantes dessa evolução, e procurando detectar o aparecimento de padrões não habituais, com o objectivo de identificar e pôr em prática as medidas mais apropriadas para a sua prevenção e controlo.

Como objectivos principais de um SVEDT, podem-se referir os seguintes:

1. Conhecer a incidência e as características epidemiológicas de uma doença na comunidade, ou em grupos de risco, estudando a dinâmica da sua difusão temporal, espacial e social e procurando prever a extensão dessa difusão;
2. Detectar situações aberrantes relativamente ao padrão de incidência habitual;
3. Fornecer indicadores de alerta das epidemias e possibilitar a intervenção mais adequada e oportuna, de forma a interromper-se a cadeia de transmissão; e
4. Avaliar o impacto de estratégias e acções de prevenção.

Baseadas no diagnóstico clínico, as fontes de informação de um SVEDT são fundamentalmente clínico-biológicas, e a toda a informação essencial deve ser transmitida atempadamente a um serviço central, responsável pelo tratamento, análise e difusão dos dados, bem como pela difusão de informação adicional pertinente. Em Macau, estas funções são da responsabilidade da Unidade Técnica de Vigilância Epidemiológica (UTVE) dos Serviços de Saúde.

A notificação de um determinado número de doenças transmissíveis, definidas pela legislação em vigor como «**Doenças de Declaração Obrigatória** (DDO)», é muito importante para o conhecimento da dinâmica das suas diferentes realidades epidemiológicas, bem como para o delineamento e implementação em tempo útil das estratégias de controlo adequadas. Em Macau, o grupo de DDO abrange cerca de trinta doenças e síndromes, e a sua selecção está relacionada com a realidade epidemiológica da região geográfica onde o Território se insere e com os compromissos internacionais a que os Serviços de Saúde de Macau (SSM) se encontram vinculados, nomeadamente o *Regulamento Sanitário Internacional*.

Embora a UTVE utilize um sistema misto de VEDT, a sua componente principal é a “metodologia passiva” que assenta nas informações fornecidas pelas várias fontes, através das notificações de DDO (médicos e laboratórios). Estas constituem pois a fonte de informação mais importante em Macau.

Considerando a legislação em vigor, a notificação de DDO (casos de doença ou de óbito) «é obrigatória para todos os médicos e laboratórios de análises clínicas que exerçam as suas actividades no Território». A notificação obrigatória de DDO é aplicável a todos os médicos e laboratórios de análises clínicas, de organismos oficiais e privados (incluindo hospitais e clínicas). Os impressos de notificação são fornecidos gratuitamente pelos SSM, não carecem de franquia postal, e devem ser correcta e completamente preenchidos antes de serem remetidos à Autoridade Sanitária Concelhia (Ilhas ou Macau-Tap Seac).

Doenças de Declaração Obrigatória em Macau

CID.9	CID.10	Doenças
001	A00	Cólera
002.0	A01.0	Febre tifóide
002.1–002.4	A01.1–A01.4	Febres paratífóides (A, B, C e não especificada) A01.1 Febre paratífóide A A01.2 Febre paratífóide B A01.3 Febre paratífóide C A01.4 Febre paratífóide não especificada
003	A02	Outras salmoneloses (exclui A01.0-A01.4) A02.0 Enterite por salmonelas A02.1 Septicemia por salmonelas A02.2–A02.9 Outras salmoneloses especificadas e não especificadas
004	A03	Sigelose (inclui a disenteria bacilar)
008.0	A04.0–A04.4	Infecção intestinal por <i>Escherichia coli</i>
005	A05	Intoxicação alimentar bacteriana (exclui A01-A04) A05.0 Intoxicação alimentar por estafilococos A05.1 Botulismo A05.2–A05.9 Outras intoxicações especificadas e não especificadas
006	A06	Amebíase A06.0 Disenteria amebiana aguda A06.1–A09.9 Outras amebiasas especificadas e não especificadas
010–018	A15–A19	Tuberculose A15 Tuberculose respiratória confirmada por estudos laboratoriais – bacteriologia e/ou histologia A15.0–A15.3 Tuberculose pulmonar confirmada por estudos laboratoriais – bacteriologia e/ou histologia A15.4–A15.6, A15.8 Outras tuberculosas respiratórias especificadas, confirmadas por estudos laboratoriais – bacteriologia e/ou histologia (exclui A15.7) A15.7 Tuberculose respiratória primária, confirmada por estudos laboratoriais – bacteriologia e/ou histologia A15.9 Tuberculosas respiratórias não especificadas, mas confirmadas por estudos laboratoriais – bacteriologia e/ou histologia A16 Tuberculose respiratória <u>não confirmada</u> por estudos laboratoriais – bacteriologia e/ou histologia

	A16.0–A16.2	Tuberculose pulmonar <u>não confirmada</u> por estudos laboratoriais – bacteriologia e/ou histologia
	A16.3–A16.5, A16.8	Outras tuberculoses respiratórias especificadas, <u>não confirmadas</u> por estudos laboratoriais (exclui A16.7)
	A16.7	Tuberculose respiratória primária, <u>não confirmada</u> por estudos laboratoriais – bacteriologia e/ou histologia
	A16.9	Tuberculoses respiratórias não especificadas e <u>não confirmadas</u> por estudos laboratoriais – bacteriologia e/ou histologia
	A17	Tuberculose do sistema nervoso
	A18	Tuberculose de outros órgãos/aparelhos
	A19	Tuberculose miliar
020	A20	Peste
030	A30	Lepra
037, 771.3	A33–A35	Tétano
	A33	Tétano neonatal
	A34	Tétano obstétrico
	A35	Outras formas de tétano (exclui A33-A34)
032	A36	Difteria
033	A37	Tosse convulsa (coqueluche)
034.1	A38	Escarlatina
036	A39	Infecção meningocócica (com ou sem meningite)
482.8	A48.1	Legionelose (doença dos legionários)
320.0	A49.2, G00.0	Infecção por <i>Haemophilus influenza</i>
	A49.2	Infecção por <i>Haemophilus influenza</i> (sem meningite)
	G00.0	Meningite por <i>haemophilus influenza</i>
090–096	A50–A52	Sífilis
	A50	Sífilis congénita (menos de 2 anos após o nascimento)
	A51	Sífilis precoce
	A52	Sífilis tardia
098	A54	Infecções gonocócicas
099.8	A55	Linfogranuloma venéreo (linfogranuloma clamidiano)
099	A56–A64	Outras doenças de transmissão sexual (exclui A50-A55 e B20-B24)
076	A71	Tracoma
045	A80	Poliomielite aguda
071	A82	Raiva
061	A90–A91	Dengue
	A90	Dengue clássico (exclui A91)
	A91	Febre hemorrágica por dengue
060	A95	Febre amarela
052	B01	Varicela
055	B05	Sarampo

056, 771.0	B06, P35.0	Rubéola B06 Rubéola (exclui P35.0) P35.0 Rubéola congénita
070.0-070.9	B15–B19	Hepatite viral B15 Hepatite A aguda B16.1 Coinfecção de hepatite B aguda e hepatite D B16.9 Hepatite B aguda (sem referência a coinfecção “delta”) B17.0 Hepatite D aguda (super-infecção “delta” em portador crónico do vírus da hepatite B) B17.1 Hepatite C aguda B17.2 Hepatite E aguda B17.8 Hepatite viral aguda “não-A / não-B” B18 Hepatite viral crónica (especificada ou não especificada) B19 Hepatite viral não especificada
042-044, 279.5, 795.8	B20–B24, Z21	Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) B20-B24 Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) B20 SIDA associada a doenças infecciosas/parasitárias B21 SIDA associada a neoplasias malignas B22 SIDA associada a outras doenças específicas B23.0 Síndrome da infecção aguda pelo VIH B24 SIDA não especificada R75 Evidência laboratorial da infecção pelo VIH (aplicável aos laboratórios de análises clínicas) Z21 Infecção assintomática pelo VIH (portador assintomático)
072	B26	Parotidite infecciosa (papeira)
084	B50–B54	Malária B50 Malária por <i>Plasmodium falciparum</i> B51 Malária por <i>Plasmodium vivax</i> B52 Malária por <i>Plasmodium malariae</i> B53.0 Malária por <i>Plasmodium ovale</i> B53.8 Outras formas de malária (exclui B50-B53.0 e B54) B54 Malária não especificada

Notas:

Amebíase (CID-9: 006; CID-10: A06)

Introdução clínica e epidemiológica

A infecção do cólon pela *Entamoeba histolytica* pode ser assintomática ou originar um quadro diarreico agudo de intensidade variável, que vai da diarreia ligeira à disenteria fulminante. Também pode ocorrer infecção extra-intestinal (p.e. abscesso hepático) ou, mais raramente, diarreia crónica.

O homem é o único reservatório do agente etiológico. O período de incubação habitual é de 2-4 semanas (variação: de alguns dias a vários anos). A transmissão ocorre principalmente através da via fecal-oral (sobretudo pela ingestão de água e alimentos contaminados).

O controlo dos indivíduos infectados (doentes e portadores) efectua-se com antibioterapia (metronidazole). Para o controlo dos contactos em geral salienta-se o reforço das medidas de higiene individual e o consumo de água potável (desinfectada/fervida); para os contactos íntimos deve-se efectuar o exame directo das fezes.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

Amebíase intestinal

- Demonstração de cistos ou trofozoitos de *E. histolytica* nas fezes, ou
- Demonstração de trofozoitos após cultura ou histopatologia (biópsia de tecidos ou úlceras).

Amebíase extra-intestinal

- Demonstração de trofozoitos de *E. histolytica* em tecidos extra-intestinais.

Classificação dos casos

- *Caso confirmado de amebíase intestinal*: quadro clínico compatível, com confirmação laboratorial;
- *Caso confirmado de amebíase extraintestinal*: parasitologia positiva em tecidos extra-intestinais, ou demonstração de anticorpos específicos anti *E. histolytica* em indivíduos sintomáticos (através de testes fiáveis de imunodiagnóstico).

Notas

- A amebíase aguda (casos sintomáticos de colite ou disenteria amebiana) é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau.
- Os casos assintomáticos de infecção intestinal por *E. histolytica* (portadores) não devem ser notificados.
- Entre as pessoas assintomáticas, um teste serológico positivo não indica necessariamente a existência de infecção amebiana extra-intestinal.

Cancróide (CID-9: 099.0; CID-10: A57)

O cancroíde, cancro mole ou úlcera mole, é uma doença bacteriana aguda de transmissão sexual caracterizada pelo aparecimento de uma ou mais úlceras genitais dolorosas e adenopatias inguinais dolorosas que podem supurar.

O agente etiológico é o *Haemophilus ducreyi* e o seu reservatório é o homem doente ou portador (as mulheres podem ser portadoras assintomáticas); o período de incubação habitual é de 3-14 dias. A transmissão faz-se pela via sexual e o período de transmissibilidade vai desde o início das lesões até à sua cicatrização.

O controlo dos indivíduos infectados (doentes e portadores) inclui *a)* antibioterapia eficaz (ceftriaxona, azitromicina, eritromicina), associada a *b)* abstinência sexual até à cura das lesões; uma vez que o cancroíde e a sífilis se podem confundir ou ocorrer simultaneamente, deve efectuar-se a pesquisa da segunda doença (VDRL) antes da instituição da antibioterapia. O controlo dos contactos implica a pesquisa de todos os parceiros sexuais (exame directo do exudado das lesões) e o seu tratamento profilático (eritromicina); devem considerar-se parceiros sexuais todos os contactos sexuais ocorridos nas duas semanas anteriores ao início dos sintomas.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento do *H. ducreyi* no exudado de uma lesão.

Classificação dos casos

- *Caso provável*: quadro clínico compatível associado a ausência de infecção por *Treponema pallidum* (através de exame directo em campo escuro do exudado de uma úlcera, ou através de um teste serológico para a sífilis efectuado sete ou mais dias após o início da ulceração).
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível confirmado laboratorialmente.

Notas

- O cancroíde é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos prováveis ou confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- A ocorrência desta doença em crianças pode ser considerada um «indicador de abuso sexual».

Cólera (CID-9: 001; CID-10: A00)

Introdução clínica e epidemiológica

Doença caracterizada por diarreia aquosa e vómitos, de intensidade variável.

O homem e o zoo plancton são os únicos reservatórios conhecidos dos *Vibrio colerae*. O período de incubação habitual é de 2-3 dias (variação: de 12 horas a 5 dias). A transmissão pode ser directa ou indirecta e ocorre principalmente através da via fecal-oral (sobretudo pela ingestão de água e alimentos contaminados); o período de transmissão ocorre geralmente até 10 dias após o início da doença, mas pode ser de meses ou anos.

O controlo dos indivíduos infectados (doentes e portadores) inclui *a)* hidratação oral ou parentérica, *b)* antibioterapia (ciprofloxacina/ofloxacina) e *c)* isolamento total e desinfecção de fezes e vómitos. Para o controlo dos contactos em geral salienta-se *a)* o reforço das medidas de higiene individual (lavagem das mãos após a utilização de sanitários, antes da manipulação e confecção de alimentos, antes das

refeições, etc.), b) o consumo de água potável (desinfectada) e c) a instituição de quimioprofilaxia; para os contactos com menos de 5 dias desde a última exposição suspeita, deve-se efectuar em primeiro lugar o exame directo das fezes e coprocultura.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento de *V. cholerae* O1 ou O139 nas fezes ou vómito, ou
- Evidência serológica de infecção recente.

Classificação dos casos

- *Caso suspeito*: quadro clínico compatível (ainda sem confirmação laboratorial).
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível, com confirmação laboratorial.

Notas

- A cólera é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau, também sujeita ao regime de notificação no âmbito do **Regulamento Sanitário Internacional**. Todos os casos suspeitos ou confirmados devem ser prontamente notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- Os laboratórios devem notificar todos os casos de infecção pelos *V. cholerae* O139 (Bengal) e O1 clássico e El Tor (serótipos Hikojima, Inaba e Ogawa).

Dengue (CID-9: 061; CID-10: A90)

Introdução clínica e epidemiológica

Doença febril aguda caracterizada por início súbito com cefaleias intensas, dor retro-auricular, dores musculares, artralrias, exantema, manifestações hemorrágicas e leucopenia. As consequências graves da doença, como a febre hemorrágica por dengue e a síndrome de choque hemorrágico (CID-9: 065.4; CID-10: A91), são raras mas geralmente fatais.

O mosquito *Aedes aegypti* é o principal vector da doença e a transmissão ocorre frequentemente em regiões tropicais e subtropicais. O período de incubação habitual é 5-7 dias (variação: 3-14 dias). Não é uma doença transmissível de pessoa a pessoa. A infecção confere imunidade homóloga para toda a vida (a infecção por um serótipo não confere imunidade para os restantes).

O controlo dos doentes e contactos inclui o isolamento relativamente a mosquitos, durante o período de transmissão (cerca de uma semana), através da utilização de redes mosquiteiras e insecticidas.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento dos vírus dengue no soro, plasma, leucócitos e/ou amostras de tecidos de autópsia, ou
- Demonstração de aumento no título de anticorpos virais específicos IgG ou IgM (aumento do título de anticorpos de pelo menos quatro vezes), em amostras de soro emparelhadas, ou

- Demonstração de antígenos dos vírus dengue em amostras de tecidos de autópsia, por imunohistoquímica ou imunofluorescência, ou em amostras de soro através de métodos imunoenzimáticos, ou
- Detecção de sequências genómicas virais em amostras de tecidos de autópsia, de líquido cefalo-raquidiano, ou soro, através de PCR (*polymerase chain reaction*).

Classificação dos casos

- *Caso suspeito*: quadro clínico compatível sem confirmação laboratorial.
- *Caso provável*: quadro clínico compatível associado a um ou mais dos seguintes aspectos:
 - a) avaliação serológica compatível (título de anticorpos IgG igual ou superior a 1280 ou anticorpos séricos IgM durante a fase aguda-tardia ou na fase de convalescença),
 - b) possível relacionamento, no espaço e no tempo, com casos já confirmados laboratorialmente.
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível, com confirmação laboratorial.

Notas

- O dengue (incluindo a febre hemorrágica e o síndrome de choque) é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos suspeitos, prováveis ou confirmados devem ser prontamente notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- A febre hemorrágica por dengue é uma doença febril aguda que apresenta manifestações hemorrágicas de intensidade variável, trombocitopenia (contagem de plaquetas inferior a 100.000/mm³) e hemoconcentração (hematócrito aumentado em, pelo menos, 20%), ou evidência clínica de permeabilidade capilar aumentada.
- Os doentes com síndrome de choque hemorrágico apresentam, além do quadro clínico-laboratorial da febre hemorrágica por dengue, hipotensão e redução do intervalo sisto-diastólico (intervalo geralmente inferior a 20 mmHg).

Difteria (CID-9: 032; CID-10: A36)

Introdução clínica e epidemiológica

Doença bacteriana aguda do aparelho respiratório superior, caracterizada pelo aparecimento súbito de enantema e placas membranosas branco-acinzentadas nas amígdalas, faringe, laringe e nariz; ocasionalmente pode existir envolvimento de outras membranas mucosas, pele, conjuntivas ou até de órgãos genitais. As infecções inaparentes são muito mais frequentes que os casos de doença clínica.

A «difteria laríngea» é mais grave em latentes e crianças, enquanto que a «difteria nasal» é menos grave, tende para a cronicidade e geralmente apresenta-se com escoriações e corrimento nasal unilateral. Na «difteria faringo-amigdalina», ou «difteria das fauces», existem muitas vezes ganglios linfáticos cervicais dolorosos e muito aumentados de volume; o edema acentuado do pescoço é frequente nos casos graves de doença. A «difteria cutânea» pode apresentar lesões idênticas ao impetigo (eritema vesículo-bulhoso).

O homem (doente ou portador) é o único reservatório do agente etiológico (*Corinebacterium diphtheriae*). O período de incubação habitual é de 2-5 dias

(variação: 1-7 dias, raramente superior). A transmissão ocorre sobretudo por via aérea ou, raramente, através de contacto com fómite contaminadas; o leite (não pasteurizado ou fervido) pode servir de veículo para a transmissão do agente.

O controlo dos indivíduos infectados inclui a) antibioterapia (penicilina/eritromicina), b) soro antidiftérico e c) isolamento hospitalar e evicção escolar. Para o controlo dos contactos com vacinação actualizada, deve administrar-se uma dose de reforço da vacina DT, no caso de crianças até aos 9 anos ou, em crianças mais velhas, adolescentes e adultos, 0,2 cm³ da mesma vacina, ou uma dose da vacina “dT” (esta vacina não é administrada pelos Serviços de Saúde Macau). Para o controlo dos contactos sem vacinação actualizada, deve efectuar-se a sua imunização de acordo com o esquema já referido, acompanhada de quimioprofilaxia (eritromicina). Se os contactos forem íntimos, além das medidas já descritas deve fazer-se uma cultura do exudado nasofaríngeo.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento da *Corinebacterium diphtheriae*,
- Diagnóstico histopatológico da doença, ou
- Serologia positiva – título de anticorpos elevado (as amostras de soro têm que ser obtidas antes da eventual administração de qualquer toxóide diftérico ou antitoxina)

Classificação dos casos

- *Caso provável*: quadro clínico compatível (ainda sem confirmação laboratorial e não relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado).
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível, com confirmação laboratorial, ou relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado (laboratorialmente).

Notas

- A difteria é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos prováveis ou confirmados devem ser prontamente notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises. Os portadores assintomáticos (com culturas positivas) não devem ser notificados.
- É uma **doença evitável pela vacinação** e a sua prevenção primária deve considerar prioritariamente a vacinação precoce dos grupos etários mais vulneráveis (crianças a partir dos dois meses de idade). O *Programa de Vacinação de Macau* (PVM) inclui a administração de três doses primovacinais e duas doses de reforço de um toxóide específico inactivado (vacina DTP/PDT e/ou DT), às crianças até aos 8-9 anos de idade. De acordo com calendário recomendado pelo PVM, a vacina deve ser administrada aos 2, 4, 6 e 18 meses, e aos 5-6 anos de idade.
- A ocorrência desta doença em instituições escolares implica a aplicação do **regime de evicção escolar** (Decreto-Lei n.º 1/97/M, de 20 de Janeiro). Para os indivíduos doentes, o período de afastamento da instituição (isolamento profilático) deve manter-se até à apresentação de duas análises negativas dos exudados nasal e faríngeo, feitas com um mínimo de vinte e quatro horas de intervalo, e após vinte e quatro horas de suspensão do tratamento antimicrobiano; para os contactos a duração do afastamento é, geralmente, de sete dias.

Escarlatina (CID-9: 034.1; CID-10: A38)**Introdução clínica e epidemiológica**

Esta doença é devida a infecção por um estreptococo β -hemolítico do Grupo A (*Streptococcus pyogenes*) e o seu quadro clínico habitual é constituído pelos sinais e sintomas da faringo-amigdalite estreptocócica, enantema, língua de morango e exantema puntiforme. Este eritema pode invadir o pescoço, peito, pregas axilares, cotovelos, verilhas e face interna das coxas, poupando a face, palma das mãos e planta dos pés.

O homem (doente ou portador) é o único reservatório do agente etiológico. O tempo médio de incubação é 2 dias (variação: 1-6 dias). A transmissão ocorre por via aérea (gotículas de expectoração), através do contacto directo contínuo com doentes ou, mais raramente, através de contacto indirecto (objectos e alimentos contaminados).

O controlo dos indivíduos infectados inclui antibioterapia (penicilina/eritromicina), isolamento com desinfecção concorrente (secreções/excreções e fómites) e evicção escolar. Para o controlo dos contactos que manipulam alimentos, ou que têm antecedentes de febre reumática ou síndrome de choque tóxico por estreptococo, deve instituir-se um regime quimioprofilático (penicilina/eritromicina).

Crítérios laboratoriais de diagnóstico

- Cultura-isolamento do agente etiológico, ou
- Detecção antigénica.

Classificação dos casos

- *Caso provável*: quadro clínico compatível, sem confirmação laboratorial.
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível, confirmado laboratorialmente.

Notas

- A escarlatina é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos prováveis ou confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- A ocorrência desta doença em instituições escolares implica a aplicação do **regime de evicção escolar** (Decreto-Lei n.º 1/97/M, de 20 de Janeiro). Para os indivíduos doentes o período de afastamento da instituição (isolamento profilático) mantém-se até à cura clínica, ou até 24 horas após o início de um regime terapêutico adequado, devidamente comprovado por declaração médica.

Febre amarela (CID-9: 060; CID-10: A95)**Introdução clínica e epidemiológica**

Doença febril aguda de início súbito, geralmente com arrepios de frio, cefaleias, lombalgias, dores musculares generalizadas, prostração, náuseas, vômitos, icterícia e albuminúria. Podem ocorrer ainda manifestações hemorrágicas

generalizadas (epistaxis, gengivorragias, hematemeses, melenas, etc.) e insuficiência hepática e/ou renal.

O agente etiológico é o *Flavivirus* da febre amarela. O mosquito *Aedes aegypti* é o principal vector da doença nos centros urbanos das regiões endémicas do continente africano. Nas formas selváticas africanas (floresta), além do *Ae. aegypti* existem outras espécies de mosquitos *Aedes* que podem transmitir o vírus, nomeadamente os *Ae. africanus*, *Ae. furcifer*, *Ae. luteocephalus*, *Ae. bromeliae* e *Ae. simpsoni*. O *Ae. albopictus* é um vector potencial para a transmissão do vírus na Ásia, Brasil e Estados Unidos da América. Na América do Sul, os principais vectores da doença são os mosquitos do género *Haemagogus*.

O período de incubação habitual é 3-6 dias, no homem, e de 9-12 dias no mosquito *Ae. aegypti*. Embora não seja uma doença transmissível de pessoa a pessoa, o homem pode infectar o mosquito e vice-versa; uma vez infectado, o mosquito mantém-se infectante por toda a vida.

O controlo dos doentes inclui o isolamento relativamente a mosquitos, durante o período de transmissão (cerca de uma semana), através da utilização de redes mosquiteiras e insecticidas, e terapêuticas sintomáticas. O controlo dos contactos, além da vacinação específica (em regiões endémicas), deve considerar ainda a eliminação dos mosquitos através de insecticidas.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento do vírus da febre amarela, ou
- Detecção imuno-histoquímica do antígeno específico em tecidos orgânicos, ou
- Detecção de sequências genómicas do vírus da febre amarela em amostras de sangue ou tecidos orgânicos, através de PCR (*polymerase chain reaction*), ou
- Demonstração de aumento no título de anticorpos virais específicos IgG ou IgM (aumento do título de anticorpos de pelo menos quatro vezes), em amostras de soro emparelhadas, ou
- Histopatologia positiva em amostras de tecidos de autópsia.

Classificação dos casos

- *Caso suspeito*: quadro clínico compatível sem confirmação laboratorial.
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível, com confirmação laboratorial.

Notas

- A febre amarela é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau, e está sujeita ao regime de notificação no âmbito do *Regulamento Sanitário Internacional* (RSI). Os casos suspeitos ou confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos e laboratórios de análises; a notificação nos termos do RSI é da responsabilidade dos Serviços de Saúde de Macau.
- A vacina específica contra a febre amarela deve ser aplicada aos viajantes para regiões endémicas (Africa Central e America Intertropical), pelo menos 10 dias antes da data de chegada ao país/região de destino. A administração da vacina só pode ser efectuada em centros aprovados internacionalmente, devendo ser registada em certificado internacional de vacinação aprovado pela Organização Mundial de Saúde; a primovacinação (uma dose) é válida por um período de dez anos.. Em Macau, o Centro de Saúde “Macau Oriental - Tap Seac” é centro de vacinação internacional contra a febre amarela.

Febres tifóide e paratifóide (CID-9: 002; CID-10: A01)

Introdução clínica e epidemiológica

A febre tifóide é uma doença causada pela bactéria *Salmonella typhi* cujo quadro clínico se caracteriza por febre sustentada “em escada”, de início insidioso, cefaleias, mal estar, anorexia, esplenomegalia e bradicardia relativa; por vezes ocorrem alterações do trânsito intestinal (diarreia ou obstipação), tosse não produtiva e exantema do tronco. A febre paratifóide é causada pela *Salmonella paratyphi* (serótipos A, B e C) e apresenta um quadro clínico idêntico ao da febre tifóide, geralmente de menor gravidade e com início menos insidioso. Quando as infecções por *S. typhi* e *paratyphi* não apresentam manifestações sistémicas, o quadro clínico é geralmente de gastroenterite (ver o sub-capítulo “salmoneloses”).

O reservatório do agente etiológico é o homem (doente ou portador) e o período de incubação habitual é de 1-3 semanas (1-10 dias na gastroenterite por *S. paratyphi*), mas podendo variar entre 3-60 dias. A transmissão ocorre sobretudo pela via fecal-oral, directa ou indirecta (água e alimentos contaminados); a urina também pode veicular o agente etiológico.

O controlo de doentes e portadores inclui *a)* precauções de isolamento (fezes e urina) com *b)* desinfecção concomitante de fezes, urina e fómites, *c)* antibioterapia (cloranfenicol, cefalosporinas, quinolonas) e *d)* exclusão da manipulação de alimentos e evicção escolar. O controlo dos contactos deve considerar sempre *a)* vigilância clínico-laboratorial até à obtenção de duas coproculturas negativas, recolhidas com, pelo menos, 24 horas de intervalo, *b)* exclusão da manipulação de alimentos e evicção escolar, *c)* consumo de água potável (fervida ou clorada) e *d)* reforço das medidas de higiene (lavagem das mãos após a utilização de sanitários, antes da manipulação e confecção de alimentos, antes das refeições, etc.); para os contactos com os portadores crónicos de *S. typhi* deve ponderar-se a eventual vacinação.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento do agente etiológico em amostras de sangue, urina ou fezes

Classificação dos casos

- *Caso provável*: quadro clínico compatível, mas relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado durante um surto epidémico.
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível, com confirmação laboratorial.

Notas

- As febres tifóide e paratifóide são **Doenças de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos prováveis ou confirmados devem ser prontamente notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises. Os portadores assintomáticos não devem ser notificados como febre tifóide/paratifóide.
- A sua ocorrência em instituições escolares implica a aplicação do **regime de evicção escolar** (Decreto-Lei n.º 1/97/M, de 20 de Janeiro). Para os indivíduos afectados, o período de afastamento da instituição (isolamento profilático) deve manter-se, pelo menos, durante quatro semanas após o início da doença e até à apresentação de três análises de fezes negativas, colhidas com um mínimo de

vinte e quatro horas de intervalo, e não antes de quarenta e oito horas após a interrupção de antibioterapia. Para os contactos íntimos o isolamento profilático deve manter-se até à apresentação de, pelo menos, duas análises de urina e fezes negativas, colhidas com um mínimo de vinte e quatro horas de intervalo.

Hepatite viral aguda (CID-9: 070.0-070.9; CID-10: B15-B17)

Introdução clínica e epidemiológica

É uma doença aguda que apresenta geralmente um quadro clínico de icterícia, urina escura, anorexia, mal estar geral, fadiga, desconforto abdominal (sobretudo no quadrante superior direito) e aminotransferases séricas elevadas. A hepatite viral, como grupo nosológico, inclui infecções específicas distintas, nomeadamente as originadas pelos vírus *A* (VHA, hepatite A), *B* (VHB, hepatite B), *C* (VHC, hepatite C), *Delta* (VHD, hepatite D) e *E* (VHE, hepatite E).

- **Hepatite A:** o período de incubação habitual é de 28-30 dias (variação: 14-50 dias). A transmissão ocorre sobretudo pela via fecal-oral, directamente ou através de água e alimentos mal cozinhados. A infecção pode originar casos esporádicos de doença ou epidemias, geralmente de fonte comum e relacionadas com a ingestão de água e alimentos contaminados. O controlo do indivíduo infectado inclui precauções relativamente às fezes e evicção escolar. Para o controlo dos contactos sublinha-se a importância da vigilância, o consumo de água e alimentos não contaminados e o reforço das medidas de higiene individual (lavagem das mãos após a utilização de sanitários, antes da manipulação e confecção de alimentos, antes das refeições, etc.); nos contactos domésticos e escolares (“companheiros de carteira”) deve-se considerar ainda a administração de imunoglobulina inespecífica (até 15 dias após a exposição).

- **Hepatite B:** o período de incubação habitual é de 60-90 dias (variação: 45-180 dias). A transmissão é essencialmente directa, por via percutânea (hemática) ou através das mucosas (sexual e perinatal); mais raramente, pode ocorrer a inoculação indirecta do VHB através de fómites contaminadas. O controlo dos doentes e portadores inclui precauções com o sangue e relações sexuais (uso de preservativo ou abstinência), até à cura ou vacinação dos parceiros com a vacina anti-hepatite B. Para o controlo dos contactos não imunizados e com exposição sexual ou percutânea/mucosa ao sangue, deve-se efectuar a administração de imunoglobulina específica seguida de vacinação.

- **Hepatite C:** o período de incubação habitual é de 40-60 dias (variação: 14-180 dias). A transmissão do VHC ocorre sobretudo através da exposição percutânea ao sangue e derivados plasmáticos contaminados (via hemática). O controlo dos doentes e portadores inclui precauções com o sangue e relações sexuais, caso existam múltiplos parceiros (uso de preservativo).

- **Hepatite D:** o período de incubação habitual é 14-60 dias. O modo de transmissão do VHD é idêntico ao do VHB, nomeadamente no que se refere às transmissões hemática e sexual. A *hepatite D* só ocorre associada à *hepatite B* (coinfecção ou superinfecção). Para o controlo dos indivíduos infectados e dos seus contactos preconizam-se medidas idênticas às referidas para a *hepatite B*.

- **Hepatite E:** o período de incubação habitual é de 25-40 dias (variação: 14-60 dias). A transmissão do VHE ocorre sobretudo através da ingestão de água

contaminada, podendo também ocorrer directamente através da via fecal-oral. Para o controlo dos indivíduos infectados e dos seus contactos preconizam-se medidas idênticas às referidas para a *hepatite A*.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- *Hepatite A*: serologia positiva para os anticorpos IgM anti-VHA;
- *Hepatite B*: serologia positiva a) para o antígeno HBs, e/ou b) para os anticorpos IgM anti-VHBc (“core antigen”);
- *Hepatite C*: serologia positiva para os anticorpos anti-VHC;
- *Hepatite D*: serologia positiva a) para o antígeno HBs e anticorpos anti-VHD, e/ou b) para os anticorpos IgM anti-VHBc e anti-VHD;
- *Hepatite E*: serologia positiva para os anticorpos IgM anti-VHE, com serologia negativa para os anticorpos IgM anti-VHA.

Classificação dos casos

- *Caso suspeito*: quadro clínico compatível (ainda sem confirmação laboratorial e não relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado).
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível, com confirmação laboratorial (para todos os tipos de infecção). Para as hepatites *A* e *E*, considera-se ainda “caso confirmado” aquele que só apresentar quadro clínico compatível (sem confirmação laboratorial), mas que está epidemiologicamente relacionado com um ou mais casos confirmados laboratorialmente.

Notas

- Os diferentes tipos de hepatite viral aguda são considerados **Doenças de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos suspeitos ou confirmados devem ser prontamente notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises. Os portadores assintomáticos do VHB (portadores crónicos) também podem ser notificados.
- A hepatite B é uma **doença evitável pela vacinação** e a sua prevenção primária alicerça-se essencialmente na imunização activa da população. O PVM inclui a administração gratuita de quatro doses da vacina específica a todos as crianças até aos doze anos de idade. De acordo com calendário recomendado pelo PVM, a vacina deve ser administrada aos 0, 1 e 6 meses (primovacinação), e aos 5-6 anos de idade (reforço).
- A ocorrência das hepatites *A* e *B* em instituições escolares implica a aplicação do **regime de evicção escolar** (Decreto-Lei n.º 1/97/M, de 20 de Janeiro). Para os doentes com *hepatite A*, o período de afastamento da instituição (isolamento profilático) deve manter-se pelo menos durante sete dias após o início da doença ou até ao desaparecimento da icterícia (quando presente). Para a *hepatite B*, o período de isolamento profilático dos casos agudos deve manter-se até à cura clínica; nos portadores crónicos, com ou sem doença hepática activa, deve manter-se o afastamento da instituição sempre que se verifiquem dermatoses exsudativas ou coagulopatias com tradução clínica e em fase hemorrágica activa.

Infecção intestinal por Escherichia coli (CID-9: 008.0; CID-10: A04.0-A04.4)

Introdução clínica e epidemiológica

A infecção intestinal por *Escherichia coli* caracteriza-se por originar um quadro agudo de diarreia, de intensidade variável, geralmente acompanhado de febre e cólicas abdominais. Os inúmeros serótipos de *E. coli* que originam diarreia podem ser agrupados em seis categorias principais: a) enteropatogénica (CID-10: 04.0), b) enterotoxigénica (CID-10: 04.1), c) enteroinvasiva (CID-10: 04.2), d) enterohemorrágica (CID-10: 04.3), e) enteroagregante (CID-10: 04.4) e f) difusa (CID-10: 04.4). A forma mais grave de doença é a resultante da infecção pelo serótipo O157:H7.

Esta secção refere-se essencialmente à infecção pelo serótipo **O157:H7**, (forma enterohemorrágica), cujo quadro clínico característico é constituído por diarreia sanguinolenta e cólicas abdominais intensas; a infecção pode ser assintomática. Como complicações possíveis referem-se o síndrome urémico hemolítico e a púrpura trombocitopénica trombótica.

O gado bovino é o principal reservatório da *E. coli* O157:H7, embora o homem também possa servir de reservatório (transmissão pessoa-a-pessoa); nas restantes formas, o homem é o principal reservatório do agente etiológico. O período de incubação habitual é de 3-8 dias, na forma enterohemorrágica, sendo de 9-48 horas nas restantes formas. A transmissão ocorre sobretudo através da ingestão de alimentos contaminados.

Para todos os serótipos, o controlo dos indivíduos infectados deve considerar as seguintes medidas: a) isolamento com precauções entéricas, na fase aguda, com b) desinfecção concomitante de fezes e fómites, c) hidratação oral ou parentérica, se houver sinais de desidratação e d) exclusão da manipulação de alimentos. O controlo dos contactos faz-se através de a) vigilância clínico-laboratorial, b) exclusão da manipulação de alimentos e c) reforço das medidas de higiene (lavagem das mãos após a utilização de sanitários, antes das refeições, etc.); não se recomenda a instituição de quimioprofilaxia.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Identificação do(s) agente(s) etiológico(s) ou da(s) sua(s) toxina(s):
 - a) *E. coli* enteropatogénica: teste de aglutinação com tipificação específica;
 - b) *E. coli* enterotoxigénica e enteroinvasiva: testes imunoserológicos, biológicos ou técnicas com ADN;
 - c) *E. coli* enterohemorrágica: tipificação específica ou identificação com técnicas ADN;
 - d) *E. coli* enteroagregante: identificação com técnicas ADN.

Classificação dos casos

- *Caso suspeito* (só para a *E. coli* O157:H7): caso de síndrome urémico hemolítico ou de púrpura trombocitopénica trombótica, após um quadro de diarreia aguda.
- *Caso provável*: quadro clínico compatível, relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado.
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível, confirmado laboratorialmente.

Nota

- A infecção intestinal por *E. coli* é considerada uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau, desde 1999. Os casos suspeitos, prováveis ou confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.

Infecção meningocócica (CID-9: 036; CID-10: A39)

Introdução clínica e epidemiológica

A infecção meningocócica, doença meningocócica ou febre cerebrospecial, é uma doença bacteriana aguda que se manifesta geralmente com sinais e sintomas de meningite (CID-10: A39.0) ou meningococcemia sem meningite (CID-10: A39.2-A39.4). O quadro clínico tem início súbito e pode ser constituído por febre, cefaleias intensas, rigidez da nuca, náuseas e vômitos, podendo evoluir rapidamente para púrpura fulminante, choque e morte. A infecção pode restringir-se à nasofaringe.

O homem é o único reservatório do meningococo, a *Neisseria meningitidis* (grupos A, B, C, W-135, X, Y e Z). O tempo de incubação habitual é 3-4 dias (variação: 2-10 dias). A transmissão faz-se por contacto directo, nomeadamente por via aérea (gotículas de saliva/expectoração), matendo-se o período de transmissibilidade até ao desaparecimento do agente etiológico das secreções nasofaríngeas; a transmissão é interrompida 24 horas após o início de antibioterapia eficaz. A ocorrência da doença meningocócica pode ser esporádica ou epidémica, atingindo sobretudo crianças com 0-5 anos de idade; a meningite meningocócica é a única forma de meningite que pode originar epidemias.

O controlo dos indivíduos infectados inclui: a) isolamento com precauções respiratórias (até 24 horas após o início de antibioterapia) com b) desinfecção das secreções nasofaríngeas, c) antibioterapia eficaz (com antibiograma) e d) evicção escolar. O controlo dos contactos domésticos e escolares (companheiros de carteira), bem como de crianças muito jovens em bercários, creches etc., além da vigilância contínua para detecção precoce de sinais/sintomas sugestivos de doença, deve considerar a quimioprofilaxia (rifampicina, ciprofloxacina, ceftriaxone) e a evicção escolar.

Para efeitos de vigilância epidemiológica, a *definição clínica de “caso de infecção meningocócica”* deve considerar sempre:

1. febre superior a 38°C e rigidez da nuca, e/ou alteração da consciência, e/ou outros sinais meníngeos, ou
2. febre superior a 38°C e ptéquias ou exantema purpúrico.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Cultura-isolamento do agente etiológico numa amostra de sangue ou de líquido cefalo-raquidiano, ou
- Detecção antigénica no líquido cefalo-raquidiano.

Classificação dos casos

- *Caso suspeito*: indivíduo que apresenta o quadro clínico referido na definição de “caso de infecção meningocócica”, sem confirmação laboratorial.

- **Caso provável:** indivíduo que apresenta o quadro clínico referido na definição de “caso de infecção meningocócica”, e com turvação do líquido cefalo-raquidiano, ou associado epidemiologicamente a um caso confirmado.
- **Caso confirmado:** caso suspeito ou provável confirmado laboratorialmente.

Notas

- A infecção meningocócica é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Os casos suspeitos, prováveis ou confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- A infecção com os serogrupos A, C, W-135 e Y, pode ser considerada *doença evitável pela vacinação*. O PVM não inclui a administração daqueles antigénios, uma vez que a situação epidemiológica do Território não o justifica. Contudo a vacinação deve ser recomendada a “viajantes de risco” (turismo “económico” em áreas com grande densidade populacional, turismo de “boleia ou caminhadas”) para áreas endemo-epidémicas (Nepal, Nova Deli, Arábia Saudita e regiões áridas da África sub-Sahariana). No mercado internacional existem quatro tipos de vacinas: duas monovalentes (serogrupo A ou C), uma bivalente (A e C) e uma tetravalente (A, C, W-135 e Y); as duas últimas devem ser administradas a partir dos dois anos de idade e o esquema de vacinação recomendado é constituído por várias doses, aplicadas com intervalos de 2-5 anos. A “vacina monovalente A” só deve administrar-se a crianças com idades compreendidas entre três meses e dois anos de idade (duas doses com 3-5 meses de intervalo).
- A ocorrência desta doença em instituições escolares implica a aplicação do **regime de evicção escolar** (Decreto-Lei n.º 1/97/M, de 20 de Janeiro). Para os indivíduos infectados/doentes, o período de afastamento da instituição (isolamento profilático) deve manter-se até à cura clínica, comprovada por declaração médica; para os contactos o afastamento deve manter-se até 24 horas após o início de quimioprofilaxia adequada.

Infecção por *Haemophilus influenzae* (CID-9: 320.0; CID-10: A49.2 e G00.0)

Introdução clínica e epidemiológica

O *Haemophilus influenzae* pode originar dois padrões de infecção distintos: a) *doença invasiva*, situação grave, acompanhada geralmente de bacteriemia, que se pode apresentar sob a forma de meningite, pneumonia, epigloteite, osteomielite, artrite e/ou celulite, e b) *infecção por continuidade da nasofaringe*, manifestada como otite média, sinusite, conjuntivite e/ou broncopneumonia. A *doença invasiva* é mais frequente no grupo etário de 0-5 anos.

O reservatório do *H. influenzae* (tipos de “a” a “f”) é o homem (doente e portador), e o período de incubação habitual é de 2-4 dias. A transmissão faz-se por via aérea (gotículas de saliva/expectoração), sendo interrompida 48 horas após o início de antibioterapia eficaz.

O controlo dos indivíduos infectados (doentes e portadores) inclui isolamento com precauções respiratórias (até 48 horas após o início de antibioterapia) e antibioterapia (ampicilina ou cefalosporinas de terceira geração). A quimioprofilaxia com rifampicina (5-10mg/kg/dia, durante 5 dias) é importante para o controlo dos contactos não

imunizados, domésticos e escolares (infantários, creches), como menos de cinco anos de idade, que tenham contactado com um doente há menos de cinco dias. Embora a vacinação com o antigénio específico contra o «*H. influenzae* tipo *b*» não tenha efeito protector imediato, pode ser recomendada a grupos de risco até aos cinco anos de idade.

Crítérios laboratoriais de diagnóstico

- Cultura-isolamento do agente etiológico numa amostra de sangue ou de líquido cefalo-raquidiano (os testes para detecção antigénica não devem ser considerados).

Classificação dos casos

- *Caso provável*: indivíduo com quadro clínico compatível e com detecção do «*H. influenzae* tipo *b*» no líquido cefalo-raquidiano.
- *Caso confirmado*: caso confirmado laboratorialmente (isolamento-cultura).

Notas

- A “*infecção meningocócica com doença invasiva*” é uma **Doença de Declaração Obrigatória**. Todos os casos prováveis e confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- A infecção pelo «*H. influenza* tipo *b*» pode ser considerada uma *doença evitável pela vacinação*. O PVM não inclui a administração deste antigénio, embora a vacina possa ser recomendada a crianças até aos cinco anos (primovacinação: três doses aos 2, 4 e 6 meses de idade; reforço: uma dose, nove meses após a terceira dose primovaccinal).

Infecções gonocócicas (CID-9: 098; CID-10: A54)

Introdução clínica e epidemiológica

Este grupo inclui as doenças de transmissão sexual causadas pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*. As diferentes patologias e quadros clínicos que podem originar, dependem essencialmente da localização do processo inflamatório: uretrite, epididimite, cervicite, Bartolinite, salpingite, endometrite, vulvovaginite, rectite, faringite e conjuntivite. A *gonorreia* é a situação mais frequente e traduz-se geralmente num quadro de uretrite purulenta (sobretudo no homem) ou de cervicite (mulher); a cervicite é geralmente assintomática. Enquanto que a rectite e faringite gonorreicas são relativamente comuns no adulto, a vulvovaginite aparece sobretudo em crianças; a conjuntivite é mais frequente em recém-nascidos de mães infectadas. Embora a bacteriemia gonocócica seja uma situação rara, pode originar um síndrome dermato-artrítico, endocardite e meningite; a amniotite neonatal e a hepatite tóxica são complicações possíveis.

O homem é o único reservatório do gonococo. O período de incubação é geralmente de 2-7 dias, nas infecções urogenitais, ou de 1-5 dias na conjuntivite neonatal. A transmissão faz-se por contacto directo com exudados cervico-vaginais infectados, sobretudo por via sexual nos adultos. A transmissibilidade mantém-se até ao desaparecimento do gonococo, podendo ser interrompida 24 horas após o início de antibioterapia eficaz.

O controlo dos indivíduos infectados (doentes e portadores) faz-se através de antibioterapia eficaz (ceftriaxona, ciprofloxacina, ofloxacina; cefalosporina e eritromicina em grávidas), associada a abstinência sexual até 48 horas após o seu início; uma vez que a gonorreia ocorre frequentemente associada à sífilis, deve efectuar-se a pesquisa desta (VDRL) antes da instituição da antibioterapia e seis meses após o seu início. O controlo dos contactos inclui a pesquisa de todos os parceiros sexuais e o seu tratamento profilático (ceftriaxona e doxiclina); devem considerar-se parceiros sexuais todos os contactos sexuais ocorridos nas duas semanas anteriores ao início da uretrite aguda, ou nos dois meses anteriores ao início de salpingite e/ou endometrite. Nas “grávidas suspeitas ou de risco” deve efectuar-se a cultura dos exudados cervico-vaginal e rectal. O controlo dos recém-nascidos de mães infectadas implica a realização de culturas conjuntivais, faríngeas, uretrais e rectais, e, caso exista infecção, as primeiras 24 horas de antibioterapia devem ser efectuadas em regime de isolamento hospitalar.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Exame directo (com coloração *Gram*), do exudado endocervical (diagnóstico de presunção na mulher) ou uretral (homem), ou
- Demonstração da *Neisseria gonorrhoeae* numa amostra clínica, através de detecção antigénica ou de ácidos nucleicos, ou
- Isolamento-cultura em “meio de *Thayer-Martin* modificado”, do exudado vaginal (colo uterino, meato uretral, glândula de Bartholin) e ano-rectal.

Classificação dos casos

- *Caso provável*: mulher em que se fez o isolamento de diplococo oxidase-positivo (exame directo com coloração *Gram*) numa amostra de exudado endocervical, ou diagnóstico clínico de gonorreia efectuado por um médico,
- *Caso confirmado*: caso confirmado laboratorialmente (exame directo no homem ou isolamento-cultura).

Notas

- A infecção gonocócica urogenital (CID-10: A54.0-54.2) e a conjuntivite gonocócica do recém-nascido (CID-10: A54.3) são **Doenças de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos prováveis e confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- Em crianças com mais de um ano de idade, a ocorrência de uma infecção gonocócica urogenital pode ser considerada «indicador de abuso sexual».

Intoxicação alimentar bacteriana (CID-9: 005; CID-10: A05)

Os agentes patogénicos das doenças veiculadas por alimentos contaminados podem ser bactérias, vírus, parasitas e produtos químicos. As principais toxinfecções alimentares bacterianas incluídas neste grupo são as originadas por *Staphylococcus aureus* (CID-10: A05.0), *Clostridium botulinum* (CID-10: A05.1), *Clostridium perfringens* (CID-10: A05.2), *Vibrio parahaemolyticus* (CID-10: A05.3) e *Bacillus cereus* (CID-10: A05.4); as toxinas libertadas pelas bactérias são as principais responsáveis pelo quadro clínico. Destas, a mais grave é a intoxicação

alimentar pelo *C. botulinum*, e o quadro clínico inicial é geralmente constituído por disfagia, boca seca, diplopia ou visão turva, vômitos e diarreia ou obstipação; esta doença caracteriza-se pelo aparecimento de disfunção bilateral aguda dos nervos craneanos e flacidez ou paralisia descendente, que pode originar paragem respiratória e morte. No quadro seguinte apresentam-se algumas características epidemiológicas relevantes dos principais agentes do grupo A05 da CID-10.

PRINCIPAIS AGENTES DE INTOXICAÇÕES ALIMENTARES BACTERIANAS ¹

Bactéria	Período de incubação	Quadro clínico	Duração da doença	Reservatório	Transmissão ²
<i>Bacillus cereus</i>	1–24 horas	Náuseas e Vômitos, Cólicas e Diarreia	1–2 dias	Solo; Alimentos crus, secos e processados	Alimentos requentados e preparados horas antes da sua ingestão (p.e. arroz)
<i>Clostridium botulinum</i>	6–96 horas	Disfagia, Boca seca, Diplopia ou Visão turva, Vômitos, Diarreia ou Obstipação	3–7 dias (por vezes meses)	Esporos no solo e sedimento marinho; intestino de animais terrestres e peixes	Alimentos enlatados (sobretudo carne e vegetais) e fumados (enchidos, presunto, salmão, etc.)
<i>Clostridium perfringens</i>	6–24 horas	Cólicas, Diarreia, Náuseas	1–2 dias	Solo; Intestinos do homem, gado bovino e porcino, galináceos e peixes	Alimentos crus, mal cozinhados, ou requeijados (sobretudo carne); Contaminação cruzada de alimentos
<i>Staphylococcus aureus</i>	½–8 horas	Náuseas, Cólicas, Vômitos, Prostração, Diarreia, Temperatura sub-febril, Hipotensão	1–2 dias	Homem; Ubre de vacas (ocasional)	Contaminação cruzada de alimentos; Alimentos pré-processados mal refrigerados e/ou aquecidos (carne, cremes, maioneses, sandes, etc.)
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	4–30 horas	Diarreia, Cólicas, Náuseas, Vômitos, Febre, Cefaleias	1–7 dias	Águas marítimas costeiras, sedimento marinho, bivalves e peixes	Peixe e marisco cru, mal cozinhado ou requeijado; Contaminação cruzada de alimentos

¹ Não se incluem os agentes/doenças referidos em outras secções (salmoneloses, sigelose, febre tifóide etc.)

² Alimentos geralmente implicados na transmissão do agente etiológico

A prevenção e controlo das intoxicações alimentares, independentemente da sua etiologia, alicerça-se essencialmente na prevenção da contaminação de alimentos e na eliminação de potenciais agentes contaminantes.

Além das «medidas gerais de higiene individual», a prevenção de intoxicações alimentares depende sobretudo da educação e procedimentos dos manipuladores de alimentos, nomeadamente no que se refere ao cumprimento dos seguintes princípios técnico-sanitários, os quais têm como finalidade garantir a segurança

dos produtos alimentares em todas as fases da cadeia alimentar (desde a produção ao consumo):

- a) utilizar somente água da rede geral de abastecimento público (nunca de outras origens);
- b) manter sempre limpas as cozinhas e todas as superfícies de trabalho;
- c) proteger sempre os alimentos de insectos, roedores e outros animais;
- d) lavar frequentemente as mãos com sabão, sobretudo depois da utilização de instalações sanitárias, antes da preparação de alimentos e antes das refeições;
- e) armazenar e/ou refrigerar cuidadosamente os alimentos (crús ou cozinhados);
- f) evitar a promiscuidade/contacto entre alimentos crús e cozinhados;
- g) não servir nem consumir alimentos crus ou mal cozinhados, nomeadamente carne, peixe e marisco; todos os alimentos devem ser consumidos quentes e logo após a sua preparação;
- h) não servir nem consumir frutas previamente descascadas ou com a pele parcialmente destruída; frutas, saladas, hortaliças e legumes só devem ser consumidos crús depois de lavados com água corrente e desinfectados;
- i) não preparar, servir ou consumir alimentos de proveniência duvidosa;
- j) evitar servir ou consumir alimentos reaquecidos; em caso de necessidade, os alimentos devem ser devidamente reaquecidos (tempo e temperatura adequados);
- k) consumir somente gelo preparado com água da rede geral de abastecimento público;
- l) servir e consumir de preferência leite pasteurizado; o leite fresco deve ser sempre fervido antes de ser ingerido.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento do agente etiológico específico numa amostra clínica.

Classificação dos casos

- *Caso suspeito*: quadro clínico compatível.
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível, após confirmação laboratorial.

Nota

- As patologias referidas nesta secção são **Doenças de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos suspeitos ou confirmados devem ser prontamente notificados à autoridade sanitária.

Legionelose – Doença dos Legionários (CID-9: 482.8; CID-10: A48.1)

Introdução clínica e epidemiológica

A legionelose é uma infecção bacteriana aguda que pode originar duas entidades clínica e epidemiologicamente distintas: a *doença dos Legionários*, pneumonia dos Legionários ou “legionelose pneumónica” (CID-10: A48.1), e a *febre de Pontiac* ou “legionelose não pneumónica” (CID-10: 48.2). A **doença dos Legionários** é potencialmente epidémica, com uma taxa de letalidade elevada (cerca de 40%), e o quadro clínico é constituído geralmente por febre superior a 39°C, mialgias, tosse seca e pneumonia focal, que pode progredir bilateralmente e originar insuficiência respiratória. A *febre de Pontiac* é uma doença benigna, com “quadro

clínico idêntico ao das viroses”, sem pneumonia, e a recuperação é espontânea (2-5 dias sem tratamento).

O agente etiológico é a *Legionellae pneumophila*, o seu reservatório primário é aquático, tendo sido isolado em equipamentos de climatização ambiente, como sistemas centralizados de ar condicionado (com torres de refrigeração a água) e/ou aquecimento, humidificadores, condensadores, em jacuzis, fontes de decoração, torneiras, etc.. O tempo de incubação habitual da *doença dos Legionários* é de 5-6 dias (variação: 2-10 dias); na *febre de Pontiac* é de 24-48 horas. A via aérea é o único modo de transmissão conhecido (gotículas de águas/aerossol contaminado).

A instituição precoce de antibioterapia (eritromicina, claritromicina, azitromicina ou fluoroquinolonas) é essencial para o controlo dos indivíduos com *doença dos Legionários*; os aminoglicosídeos, cefalosporinas e penicilina são ineficazes no tratamento da doença. Perante um caso de doença, provável ou confirmado, deve iniciar-se de imediato a investigação dos contactos (domicílio, local de trabalho, etc.) e procurar detectar uma fonte ambiental de contágio. A ocorrência de um caso nosocomial implica a investigação imediata de possíveis fontes de contágio.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

Critérios de presunção:

- Detecção do antígeno específico em secreções respiratórias, ou
- Detecção do microrganismo por imunofluorescência directa de anticorpos em secreções respiratórias ou amostras de tecido pulmonar, ou
- Demonstração de aumento significativo do título de anticorpos (aumento igual ou superior a quatro vezes) de uma legionela, excepto da *L. pneumophila* do grupo 1, através de um teste imuno-serológico válido.

Critérios de confirmação:

- Detecção do antígeno específico na urina, ou
- Isolamento do microrganismo em secreções respiratórias, amostras de tecido pulmonar, líquido pleural, sangue ou outros fluidos orgânicos estéreis, ou
- Demonstração de aumento significativo (aumento igual ou superior a quatro vezes) do título de anticorpos específicos da *L. pneumophila* do grupo 1, através de um teste de imunofluorescência indirecta ou microaglutinação.

Classificação dos casos

- *Caso provável*: quadro clínico compatível, associado a um critério de diagnóstico laboratorial de “presunção”.
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível, associado a um critério laboratorial de “confirmação”.

Nota

- A *doença dos Legionários* é uma **Doença de Declaração Obrigatória** (DDO) em Macau, desde 1999. Os casos prováveis ou confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises. A *febre de Pontiac* não é uma DDO.

Lepra – Doença de Hansen (CID-9: 030; CID-10: A30)

Introdução clínica e epidemiológica

É uma doença bacteriana que pode atingir a pele, os nervos periféricos e as vias respiratórias superiores. Caracteriza-se pelo aparecimento de alterações tróficas da pele e mucosas, com hipostesia e comprometimento dos nervos periféricos, músculos e ossos. As alterações tróficas são difusas e simétricas na lepra lepromatosa (multibacilar), e bem delimitadas e assimétricas, na lepra tuberculóide (paucibacilar).

O agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* e o seu principal reservatório é o homem. O período de incubação médio é de 4 anos para a forma tuberculóide e de 8 anos para a forma lepromatosa (variação global: de 9 meses a 20 anos). A doença pode ser transmitida através do contacto cutâneo ou, raramente, na lepra lepromatosa, por via aérea (secreções nasais e expectoração). A transmissão desta doença é geralmente consequência de um contacto íntimo prolongado.

O controlo dos indivíduos infectados faz-se através da instituição de um regime de poliquimioterapia, geralmente de 6 meses na forma tuberculóide (rifampicina e dapsona) e 2 anos na forma lepromatosa (clofazimina, rifampicina e dapsona). No controlo dos contactos deve considerar-se a vacinação com BCG e a vigilância clínico-laboratorial (anual), durante, pelo menos, 5 anos.

Crítérios laboratoriais de diagnóstico

- Demonstração de bacilos acido-resistentes (“acid-fast”) em esfregaços de pele obtidos pelo método de incisão-escarificação.

Classificação dos casos

- *Caso provável*: quadro clínico compatível (ainda sem confirmação laboratorial), considerando-se a existência de até 5 lesões tróficas, para a lepra tuberculóide (paucibacilar), ou mais de 5 lesões tróficas, para a lepra lepromatosa (multibacilar) – critérios da OMS para a classificação clínica dos casos.
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível, com confirmação laboratorial.

Nota

- A lepra é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos prováveis ou confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária.

Linfogranuloma venéreo (CID-9: 099.8; CID-10: A55)

Introdução clínica e epidemiológica

É doença de transmissão sexual caracterizada clinicamente por apresentar uma pápula genital indolor, linfadenopatias inguinais volumosas (bubões) que podem supurar e evoluir para a cronicidade, febre e rectorragias (proctite hemorrágica).

O agente etiológico é a *Chlamydia trachomatis*, serótipos L_1 , L_2 , ou L_3 , e o seu reservatório é o homem (sobretudo mulheres); o período de incubação é de 3-30

dias. A transmissão é essencialmente sexual e o período de transmissibilidade vai desde o início das lesões até à sua cicatrização (meses ou anos).

O controlo dos indivíduos infectados (doentes e portadores) inclui *a)* antibioterapia eficaz (azitromicina, doxiciclina, eritromicina, tetraciclina), associada a *b)* abstinência sexual até à cura das lesões; uma vez que o linfogranuloma venéreo ocorre muitas vezes associado à sífilis, deve efectuar-se a pesquisa desta (VDRL) antes da instituição da antibioterapia. No controlo dos contactos deve considerar-se sempre a pesquisa de todos os parceiros sexuais (teste de fixação do complemento) e o seu tratamento profilático (doxiciclina, durante 3 semanas); devem considerar-se parceiros sexuais todos os contactos sexuais ocorridos nas três semanas anteriores ao início da doença.

Crítérios laboratoriais de diagnóstico

- Imunofluorescência de corpos de inclusão leucocitários, em aspirado de bubões, ou
- Detecção da *C. trachomatis* (serótipos L_1 , L_2 , ou L_3) através de um teste serológico de microimunofluorescência, ou
- Isolamento-cultura da *C. trachomatis* (serótipos L_1 , L_2 , L_3) numa amostra clínica.

Classificação dos casos

- *Caso provável*: quadro clínico compatível, com teste de fixação do complemento sugestivo (título superior a 64).
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível confirmado laboratorialmente.

Nota

- O linfogranuloma venéreo é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos prováveis e confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.

Malária (CID-9: 084; CID-10: B50-B54)

Introdução clínica e epidemiológica

A principal característica clínica das quatro formas de malária é a febre, à qual se associam frequentemente arrepios de frio, cefaleias, náuseas, vômitos, diarreia, tosse, mialgias, lombalgias e hipersudorese.

A forma mais grave de doença é a *malária falciparum*, ou “febre terçã maligna” (CID.10: B-50), que pode apresentar um quadro clínico variável constituído por febre, calafrios, sudorese profusa, tosse, diarreia, cefaleias, depressão respiratória, icterícia, alterações da coagulação, choque, insuficiências renal e hepática, encefalopatia aguda, edema pulmonar e cerebral, podendo evoluir rapidamente para coma e morte.

As outras formas de malária humana – *vivax* ou “febre terçã benigna” (CID.10: B-51), *malariae* ou “febre quartã” (CID.10: B-52) e *ovale* (CID.10: B-53) – geralmente não são letais (excepto em latentes, crianças jovens, idosos e imunodeprimidos), têm maior tendência para a cronicidade, sobretudo as infecções por *Plasmodium malariae*, e

o quadro clínico caracteriza-se por ciclos de febre, calafrios e hipersudorese, que se repetem diariamente, em dias alternados, ou com intervalos de três dias.

A fêmea do mosquito *Anopheles* é o vector do protozoário, transmitindo-o ao homem através de picada; a transmissão congénita é muito rara. A malária é uma das três principais causas de morte em todo o mundo e a causa “major” de mortalidade em inúmeras regiões tropicais e subtropicais da África, América e Ásia. As zonas que apresentam risco elevado de transmissão são: América Central e México, América do Sul (centro e norte), África Central (sub-Sahariana), Médio Oriente, sub-continente Indiano, Sudeste Asiático e Oceania (Micronésia e Polinésia). O período de incubação habitual é 7-14 dias para os *P. falciparum*, *P. vivax* e *P. ovale*, e de 7-30 dias para o *P. malariae*.

Em Macau não existem casos indígenas de malária há mais de uma década, apesar da existência do vector na região; todos os casos de malária detectados entre 1988 e 1998 (22 casos), foram importados de Angola, São Tomé, Birmânia, China e Indonésia. Assim, as medidas de controlo a seguir referidas dirigem-se essencialmente à eventual ocorrência de casos importados ou esporádicos, bem como aos viajantes para regiões endémicas. O controlo dos doentes e portadores inclui: a) precauções com o sangue, para os doentes hospitalizados, devendo estes permanecer sempre em áreas sem mosquitos, e b) terapêutica antipalúdica (mefloquina, cloroquina, quinino, pirimetamina), considerando sempre os eventuais efeitos colaterais e resistências do agente etiológico. Aos viajantes para regiões endémicas deve-se prescrever um regime quimioprolático adequado (mefloquina, cloroquina, proguanil, doxiciclina), considerando sempre a sensibilidade dos agentes etiológicos mais prevalentes nas regiões de destino; como medida suplementar de prevenção, deve-se recomendar ainda a utilização de redes mosquiteiras e insecticidas, bem como a aplicação de repelentes (sobretudo após o ocaso do sol).

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Detecção e identificação dos parasitas em amostras de sangue, pelo “método da gota espessa”.

Classificação dos casos

- *Caso provável*: doente que aguarda confirmação laboratorial, mas com quadro clínico sugestivo e história recente de viagem/permanência em zona endémica.
- *Caso confirmado*: caso confirmado laboratorialmente (com ou sem quadro clínico sugestivo).

Nota

- A malária é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.

Outras doenças de transmissão sexual (CID-9: 099; CID-10: A56-A64)

As principais doenças incluídas neste grupo são o cancro mole, úlcera mole ou cancro mole (CID-10: A57), atrás descrito, o granuloma inguinal ou donovanose

(CID-10: A58), a tricomoníase urogenital (CID-10: A59.0) e a infecção anogenital por herpes simplex (CID-10: A60).

Outras salmoneloses (CID-9: 003; CID-10: A02)

Introdução clínica e epidemiológica

Neste grupo incluem-se os quadros agudos de gastroenterite (diarreia, náuseas e vômitos) originados por salmonelas (*Salmonella enteritidis*, *typhimurium*, etc.), e geralmente acompanhados de febre e cefaleias; pode ocorrer desidratação de grau variável, por vezes grave em crianças e idosos. Podem ocorrer infecções assintomáticas e extra-intestinais.

Inúmeras espécies animais podem servir de reservatório ao agente etiológico, nomeadamente homem e animais domésticos e selvagens (canídeos, felinos, galináceos, roedores, etc.). O período de incubação habitual é de 12-36 horas (variação: 6-72 horas). A transmissão ocorre geralmente através da via fecal-oral indirecta (alimentos contaminados mal cozinhados).

O controlo de doentes e portadores inclui *a)* precauções de isolamento (fezes) com desinfecção concomitante de fezes e fómites, *b)* rehidratação com reposição de electrólitos e *c)* exclusão da manipulação de alimentos e evicção escolar; na ausência de salmonelose sistémica os antibióticos (amoxicilina, cefalosporinas, quinolonas) só devem ser prescritos em latentes, idosos e imunodeprimidos. No controlo dos contactos a principal medida refere-se ao reforço das medidas de higiene individual (lavagem das mãos após a utilização de sanitários, antes da manipulação e confecção de alimentos, antes das refeições, etc.).

CrITÉRIOS laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento da salmonela em amostras de sangue ou fezes.

Classificação dos casos

- *Caso provável*: quadro clínico compatível, mas relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado durante um surto epidémico.
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível, com confirmação laboratorial.

Nota

- As salmoneloses são **Doenças de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos prováveis ou confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.

Parotidite infecciosa (CID-9: 072; CID-10: B26)

Introdução clínica e epidemiológica

A parotidite infecciosa (“parotidite epidémica”), trasorelho ou papeira, é uma doença viral aguda caracterizada por febre e tumefacção de uma ou mais glândulas

salivares (geralmente da parótida). Pode ocorrer ainda orquite (homens), ooforite (mulheres) e meningite asséptica (raramente com sequelas).

O homem é o único reservatório do *Paramixovirus* da papeira e o período de incubação habitual é de 18 dias (variação: 12-25 dias). A transmissão faz-se por via aérea (gotículas de saliva/expectoração) ou através do contacto directo com saliva infectada; o período de transmissibilidade vai desde uma semana antes até 9 dias após o início da tumefacção glandular.

O controlo dos doentes inclui *a)* precauções de isolamento respiratório, com *b)* desinfecção de fómites contaminadas, *c)* terapêutica sintomática e *d)* evicção escolar. O controlo dos contactos faz-se através da actualização vacinal, embora a vacinação não tenha efeito protector imediato.

Para efeitos de vigilância epidemiológica, a *definição clínica de “caso de papeira”* deve considerar sempre: *a)* febre de início súbito e *b)* tumefacção bem delimitada, unilateral ou bilateral, de uma ou mais glândulas salivares; estes sinais clínicos não devem outra causa aparente e a sua duração deve ser igual ou superior a 2 dias.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento do vírus da papeira em amostras clínicas, ou
- Presença de anticorpos virais específicos IgM, ou
- Demonstração serológica de aumento significativo do título de anticorpos virais específicos IgG, entre as fases aguda e de convalescença.

Classificação dos casos

- *Caso provável*: quadro clínico correspondente à definição de “caso de papeira”, sem confirmação laboratorial e não relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado.
- *Caso confirmado*: caso confirmado laboratorialmente, ou que apresenta quadro clínico correspondente à definição de “caso de papeira” e que está relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado.

Notas

- A papeira é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos prováveis ou confirmados devem ser prontamente notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- É uma **doença evitável pela vacinação** e a sua prevenção primária alicerça-se na vacinação precoce dos grupos etários mais vulneráveis (crianças a partir dos 12 meses de idade). O PVM inclui a administração de duas doses do antigénio específico aos 15 meses e 5-6 anos de idade (vacina tríplice vírica atenuada contra a papeira-rubéola-sarampo).
- A ocorrência desta doença em instituições escolares implica a aplicação do **regime de evicção escolar** (Decreto-Lei n.º 1/97/M, de 20 de Janeiro). Para os indivíduos doentes, o período mínimo de afastamento da instituição (isolamento profilático) é de nove dias, contados a partir do início da tumefacção glandular. Para os contactos não vacinados, o afastamento mantém-se até à apresentação de declaração médica comprovativa da inexistência de risco de contágio.

Peste (CID-9: 020; CID-10: A20)**Introdução clínica e epidemiológica**

Esta doença bacteriana é caracterizada por febre, arrepios, cefaleias, mialgias, prostração e leucocitose, traduzida clinicamente por uma ou mais das seguintes manifestações: *a)* linfadenite regional dolorosa (peste bubónica), *b)* septicemia sem evidência de bubões (peste septicémica), *c)* faringite com linfadenite cervical (peste faríngea) e *d)* pneumonia (peste pneumónica). A pneumonia resulta da inalação de gotículas salivares infectadas (peste pneumónica primária), ou da disseminação hematogénica das formas bubónica ou septicémica (peste pneumónica secundária), e acompanha-se de tosse com expectoração hemática, dor torácica e dispneia.

O agente etiológico (*Yersinia pestis*) pode ser transmitido ao homem através da picada de pulgas infectantes (*Xenopsylla cheopis*, ou “pulga do rato”), por via aérea (gotículas de saliva/expectoração), ou por exposição directa a tecidos de animais infectados; também pode ocorrer a transmissão pessoa-a-pessoa, através da pulga humana (*Pulex irritans*). O período de incubação habitual é 2-4 dias (variação: 1-7 dias).

O controlo do doente deve incluir: *a)* isolamento hospitalar, com precauções contra a transmissão por via aérea, no caso da peste pneumónica, *b)* desinfecção de expectoração, exudados, secreções e fómites, *c)* antibioterapia (estreptomicina, gentamicina, tetraciclina, cloranfenicol) e *d)* eliminação de pulgas. As medidas preconizadas para o controlo dos contactos são: *a)* desinfestação corporal com insecticidas adequados, para a peste bubónica, *b)* quimioprofilaxia (tetraciclina, cloranfenicol), para a peste pneumónica, *c)* eliminação completa de pulgas (corpo, residência, outros locais), seguida de acções de *d)* desratização e *e)* eliminação de todos os locais/alimentos que possam servir para abrigo, criação e alimentação de roedores.

CrITÉRIOS laboratoriais de diagnóstico

- Detecção de anticorpos séricos para a fracção antigénica (F1) da *Y. pestis*, através de um teste de imunofluorescência (“critério de presunção”), ou
- Isolamento (cultura) da *Y. pestis* em bubões, sangue, expectoração ou líquido cefalo-raquidiano (“critério de confirmação”).

Classificação dos casos

- *Caso suspeito*: doente com quadro clínico compatível, sem aplicação de qualquer critério laboratorial de diagnóstico (presunção/confirmação);
- *Caso provável*: doente com quadro clínico compatível a que é possível aplicar o critério laboratorial de “diagnóstico por presunção”, ou que está relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado laboratorialmente;
- *Caso confirmado*: doente com quadro clínico compatível e com confirmação laboratorial (“critério de confirmação”).

Nota

- A peste é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau, também sujeita ao regime de notificação no âmbito do **Regulamento Sanitário Internacional**.

Todos os casos suspeitos, prováveis ou confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.

Poliomielite aguda (CID-9: 045; CID-10: A80)

Introdução clínica e epidemiológica

A infecção pelo vírus da poliomielite pode originar quadros clínicos diversos, por vezes semelhantes aos do síndrome de Guillan-Barré, nevrite traumática, mielite transversa, desequilíbrio hidro-electrolítico, mal de Pott, encefalite, meningite, etc.; sem apoio laboratorial adequado, o diagnóstico diferencial é impossível. Mais de 90% dos casos são *infecções inaparentes* (ausência de sinais e sintomas) e menos de 2% apresentam-se como *doença paralítica*; os casos de *poliomielite abortiva* representam 4-8% das infecções, e 1-2% apresentam um quadro clínico de *meningite asséptica*. Na *poliomielite abortiva* a ausência de paralisia é uma constante e o quadro clínico pode ser constituído por febre ligeira, faringite, vômitos, dor abdominal, mal estar geral e anorexia.

O homem é o único reservatório do *Enterovirus* da poliomielite (tipos 1, 2 e 3). Para os casos de *doença paralítica* o período de incubação habitual é de 1-2 semanas (variação: 3-35 dias). A via de transmissão mais relevante é a fecal-oral directa, embora a vida aérea seja relativamente importante, sobretudo em regiões com bom nível de saneamento; a transmissão oral-oral é possível e a infecção também pode ser veiculada por água, alimentos e fómites (raramente).

O controlo dos doentes deve considerar as seguintes medidas: *a)* isolamento com precauções entéricas, para os doentes hospitalizados, com *b)* desinfecção concomitante de fezes, secreções faríngeas e fómites contaminadas, *c)* medidas de suporte da vida, *d)* fisioterapia, *e)* terapêutica sintomática, e *f)* evicção escolar; as medidas referidas nas alíneas de *a)* a *c)* não se aplicam aos doentes que se encontram no domicílio. O controlo dos contactos inclui: *a)* rastreio e vigilância activa de todos os casos de *paralisia flácida aguda*, *b)* actualização vacinal, para os contactos íntimos (embora a vacinação não tenha efeito protector imediato), e *c)* evicção escolar.

Para efeitos de vigilância epidemiológica, no âmbito do «Programa Territorial para a Certificação da Erradicação da Poliomielite», a *definição clínica de “caso de polio”* inclui todos os casos de ***paralisia flácida aguda*** (até 3 meses de duração), de um ou mais membros, com ou sem alteração dos reflexos, e acompanhada ou não de alterações sensoriais e cognitivas. Esta definição aplica-se a todos os grupos etários, especialmente crianças e adolescentes até aos 15 anos de idade.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento de um ou mais vírus da poliomielite em duas amostras consecutivas de fezes, recolhidas com um intervalo mínimo de 48 horas.

Classificação dos casos

- *Caso provável*: doente com *paralisia flácida aguda* (ver definição clínica de “caso de polio”), que aguarda confirmação laboratorial.

- *Caso confirmado:* a) doente com sinais/sintomas compatíveis com a definição clínica de “caso de polio”, com défice neurológico dois meses após o início dos sintomas iniciais, que faleceu ou deixou de ser seguido (“*follow-up*”), ou b) caso confirmado laboratorialmente.

Notas

- A poliomielite aguda é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Os casos *prováveis* ou *confirmados* de poliomielite aguda, incluindo os casos de **paralisia fática aguda** (em qualquer idade), devem ser notificados à autoridade sanitária (ou à Unidade Técnica de Vigilância Epidemiológica dos Serviços de Saúde de Macau, através do fax 533524) pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- É uma **doença evitável pela vacinação** e a sua prevenção primária alicerça-se na vacinação precoce da população (crianças a partir dos dois meses de idade). O PVM inclui três doses primovacinais e duas doses de reforço da vacina viva trivalente oral que, de acordo com o seu calendário recomendado, devem ser administradas aos 2, 4, 6 e 18 meses, e aos 5-6 anos de idade.
- A ocorrência desta doença em instituições escolares implica a aplicação do **regime de evicção escolar** (Decreto-Lei n.º 1/97/M, de 20 de Janeiro). Para os doentes e contactos, o período de afastamento da instituição educativa (isolamento profilático) deve manter-se até à comprovação do desaparecimento do(s) vírus nas fezes (vírus selvagem).

Portador de VIH (CID-9: 044.9 e 795.8; CID-10: R75 e Z21)

Introdução clínica e epidemiológica

A vigilância epidemiológica da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é essencial para a realização de projecções sobre o impacto da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) nos recursos de saúde e para a estimação da sua disseminação pela população. Permite ainda efectuar o aconselhamento, seguimento e quimioprofilaxia adequada a nível individual.

O estado de portador do VIH (infecção assintomática) estabelece-se exclusivamente através de critérios laboratoriais. O VIH é um retrovírus de que se conhecem dois tipos com características epidemiológicas semelhantes: o VIH-1 e o VIH-2.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Serologia positiva para o VIH (p.e. ELISA), com
- Confirmação através de um segundo teste serológico (p.e. Western Blot).

Classificação dos casos

Caso confirmado: caso confirmado laboratorialmente.

Notas

- Em Macau, a infecção pelo VIH (“portador assintomático”) está incluída no grupo de **Doenças de Declaração Obrigatória** e deve ser prontamente notificada por todos os laboratórios de análises. Os médicos também devem notificar a infecção pelo VIH, após confirmação laboratorial específica.

- À excepção da serovigilância anónima, os testes serológicos devem ser sempre complementados com acções de educação para a saúde, nomeadamente de aconselhamento e orientação.
- O método “*Western Blot*” deve reservar-se para casos individuais e não para o rastreio da população em geral.
- Ver também a secção sobre SIDA.

Raiva (CID-9: 071; CID-10: A82)

Introdução clínica e epidemiológica

A raiva humana traduz-se numa encefalomielite viral aguda, geralmente fatal, caracterizada por cefaleias, febre, mal estar geral, hidrofobia, excitabilidade e alterações sensoriais inespecíficas, muitas vezes relacionadas com o local de uma mordedura animal prévia. O quadro clínico inclui muitas vezes espasmos e paralisias musculares, sobretudo respiratórias.

O agente etiológico é o rabdovirus da raiva (género *Lyssavirus*). Os reservatórios mais importantes do agente são os canídeos domésticos e selvagens. O período de incubação habitual é de 3-8 semanas (variação: de 2 semanas a vários anos). A transmissão do vírus faz-se através da inoculação de saliva, por mordedura de animais infectados.

O controlo dos doentes inclui: *a*) isolamento rigoroso (secreções respiratórias) com desinfecção concomitante de saliva/expectoração e fómites, durante todo o período de doença, *b*) limpeza profunda e desinfecção de ferimentos resultantes de mordedura animal, *c*) administração de imunoglobulina e vacina anti-rábicas (cumprimento das orientações da bula que acompanha as ampolas, relativamente às doses e periodicidade das inoculações), *d*) imunoprofilaxia do tétano, *e*) tratamento intensivo de suporte, e *f*) antibioterapia e terapêutica sintomática; não se recomenda a sutura dos ferimentos, sobretudo se estes forem de pequenas dimensões. O controlo dos indivíduos que sofreram mordeduras inclui essencialmente a vigilância do animal (cerca de 10 dias) que, caso adoeça, deve ser abatido para colheita e análise de tecido cerebral; caso se confirme a doença no animal, o contacto humano deve ser tratado como doente. Nos indivíduos com feridas abertas ou com mucosas expostas à saliva de pessoas infectadas, também devem ser tratados como doentes.

Crítérios laboratoriais de diagnóstico

- Detecção de antigénios virais, por imunofluorescência directa de anticorpos, em amostras de tecido cerebral (post-mortem), pele ou córnea (ante-mortem), ou
- Isolamento-cultura do vírus da raiva em amostras de saliva, tecido do sistema nervoso central, ou líquido cefalo-raquidiano, ou
- Identificação de antigénios virais por *PCR* (“*polimerase chain reaction*”), em amostras de tecido cerebral, pele, córnea ou saliva.

Classificação dos casos

- *Caso suspeito*: doente com quadro clínico compatível;

- *Caso provável*: doente com quadro clínico compatível e com história de contacto com um animal suspeito;
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível, confirmado laboratorialmente.

Notas

- A *raiva humana* é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos suspeitos, prováveis ou confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- Para a *raiva animal*, devem considerar-se os seguintes critérios laboratoriais de diagnóstico: a) imunofluorescência positiva, em amostras de tecido do sistema nervoso central, ou b) isolamento-cultura do vírus da raiva.

Rubéola (CID-9: 056 e 771.0; CID-10: B06 e P35.0)

Introdução clínica e epidemiológica

É uma doença viral aguda caracterizada por exantema maculopapular difuso e puntiforme (por vezes semelhante ao do sarampo ou da escarlatina), de início súbito e curta duração, artralgias e/ou artrite (mais no sexo feminino), linfadenopatias e conjuntivite. Nos adultos pode ocorrer febre ligeira ou moderada (superior a 37°C, mas geralmente inferior a 38,5°C); as crianças podem não apresentar febre. Pode ocorrer ainda leucopenia e trombocitopenia. A face é geralmente o local de início do exantema, que ao fim do primeiro dia se generaliza, e que desaparece da face e do corpo ao segundo e terceiro dias, respectivamente. As adenopatias, retroauriculares, occipitais e/ou cervicais posteriores, constituem a principal característica clínica da doença. Cerca de metade das infecções são inaparentes. O *Síndrome da Rubéola Congénita* é consequência da infecção da grávida, sobretudo no primeiro trimestre, e manifesta-se através malformações congénitas, geralmente múltiplas.

O homem é o único reservatório do *Rubivirus* da rubéola (*Togaviridae*) e o período de incubação habitual é, para a *rubéola não congénita*, de 16-18 dias (variação: 14-23 dias). A transmissão faz-se directamente, por via aérea (gotículas de saliva ou expectoração), ou através do contacto com secreções nasofaríngeas infectadas. Na *rubéola congénita* a via de transmissão é transplacentar e os recém-nascidos infectados podem transmitir o vírus durante vários meses, através da urina e das secreções nasofaríngeas.

O controlo dos doentes inclui a) precauções de isolamento relativamente a grávidas não imunizadas, b) terapêutica sintomática e c) evicção escolar. O controlo de contactos limita-se à vigilância e isolamento de grávidas vulneráveis; a imunização activa (vacina) ou passiva (imunoglobulina), após a exposição, não evita a ocorrência de infecção/doença.

Para efeitos de vigilância epidemiológica, a *definição clínica de “caso de rubéola”* deve considerar os seguintes sinais clínicos:

- a) exantema maculopapular difuso, de início súbito e com duração igual ou inferior a 3 dias, e
- b) linfadenopatias retroauriculares, occipitais e/ou cervicais posteriores, e
- c) artralgias/artrite ou conjuntivite.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento do vírus da rubéola em amostras clínicas, ou
- Presença de anticorpos virais específicos IgM, ou
- Demonstração serológica de aumento significativo do título de anticorpos virais específicos IgG, entre as fases aguda e de convalescença.

Classificação dos casos

- *Caso suspeito*: quadro clínico com exantema maculopapular difuso de início súbito, sem confirmação laboratorial.
- *Caso provável*: quadro clínico correspondente à definição de “caso de rubéola”, sem confirmação laboratorial e não relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado.
- *Caso confirmado*: caso confirmado laboratorialmente, ou que apresenta quadro clínico correspondente à definição de “caso de rubéola” e que está relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado.

Notas

- A rubéola é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos suspeitos, prováveis ou confirmados devem ser prontamente notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- É uma **doença evitável pela vacinação** e a sua prevenção primária alicerça-se na vacinação precoce dos grupos etários mais vulneráveis (crianças a partir dos 12 meses de idade). O PVM inclui a administração de duas doses do antigénio específico aos 15 meses e 5-6 anos de idade (vacina tríplice vírica atenuada contra a papeira-rubéola-sarampo).
- A ocorrência desta doença em instituições escolares implica a aplicação do **regime de evicção escolar** (Decreto-Lei n.º 1/97/M, de 20 de Janeiro). Para os indivíduos doentes, o período mínimo de afastamento da instituição (isolamento profilático) é de sete dias, contados a partir do início do exantema.

Sarampo (CID-9: 055; CID-10: B05)

Introdução clínica e epidemiológica

É uma doença viral aguda caracterizada por febre prodrómica (superior a 38°C), enantema bucal (*Koplik*), exantema maculopapular generalizado (mais de 3 dias), conjuntivite, coriza e tosse. A face é geralmente o local de início do exantema (“sem vesículas”), o qual tem a duração de 4-7 dias; a leucopenia é frequente. O sarampo é uma doença muito contagiosa, mais grave em latentes e adultos.

O homem é o único reservatório do *Morbillivirus* do sarampo (*Paramyxoviridae*), e o período de incubação ronda os 10 dias (variação: de 4 dias até uma semana após o início do exantema). A transmissão faz-se sobretudo por via aérea (gotículas de saliva ou expectoração), embora possa também ocorrer por contacto directo com secreções infectadas, ou através de fómites contaminadas “de fresco”.

O controlo dos doentes inclui *a)* precauções de isolamento relativamente a pessoas não imunizadas, *b)* terapêutica sintomática e *c)* evicção escolar. O controlo dos contactos não imunizados faz-se através de vacinação, até 72 horas

após o contacto (a vacina de vírus vivos hiperatenuados pode ser administrada em qualquer grupo etário, a partir dos seis meses de idade).

Para efeitos de vigilância epidemiológica, a *definição clínica de “caso de sarampo”* deve considerar sempre:

1. a) febre superior a 38° C, e
 - b) exantema maculopapular (“não vesicular”) generalizado, com duração igual ou superior a 3 dias, e
 - c) tosse, coriza ou conjuntivite, ou
2. enantema de Koplik.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento do vírus do sarampo em amostras clínicas, ou
- Presença de anticorpos virais específicos IgM, ou
- Demonstração de aumento significativo do título de anticorpos virais específicos IgG (aumento de, pelo menos, quatro vezes), através de um teste imunoserológico.

Classificação dos casos

- *Caso suspeito*: quadro clínico de febre com exantema maculopapular, sem confirmação laboratorial.
- *Caso provável*: quadro clínico correspondente à definição de “caso de sarampo”, sem confirmação laboratorial e não relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado.
- *Caso confirmado*: caso confirmado laboratorialmente, ou que apresenta quadro clínico correspondente à definição de “caso de sarampo” e que está relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado.

Notas

- O sarampo é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos suspeitos, prováveis ou confirmados devem ser prontamente notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- É uma **doença evitável pela vacinação** e a sua prevenção primária alicerça-se na vacinação precoce dos grupos etários mais vulneráveis (crianças a partir dos 6-8 meses de idade). O PVM inclui a administração de uma dose primovacinal aos 8-9 meses de idade (vacina monovalente) e duas doses de reforço aos 15 meses e 5-6 anos de idade (vacina tríplice vírica atenuada contra a papeira-rubéola-sarampo).
- A ocorrência desta doença em instituições escolares implica a aplicação do **regime de evicção escolar** (Decreto-Lei n.º 1/97/M, de 20 de Janeiro). Para os indivíduos doentes, o período mínimo de afastamento da instituição (isolamento profilático) é de cinco dias, contados a partir do início do exantema.

SIDA (CID9: 042 e 279.5; CID.10: B20-B24)**Introdução clínica e epidemiológica**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é uma doença grave e representa o último estadió da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). A infecção pelo VIH origina frequentemente alterações graves, progressivas e irreversíveis do sistema imunológico e de outros aparelhos e sistemas do organismo, nomeadamente do sistema nervoso central.

O período de incubação da doença é variável, ocorrendo geralmente um intervalo de 1-3 meses entre a infecção e o aparecimento de anticorpos detectáveis; entre a infecção pelo VIH e o diagnóstico de SIDA pode decorrer um intervalo de tempo que vai de alguns meses a 10 ou mais anos. Cerca de dois adultos desenvolvem SIDA até 10 anos após a infecção; nas crianças, a mediana do período de incubação parece ser inferior à dos adultos.

As medidas de controlo da infecção pelo VIH alicerçam-se essencialmente em estratégias de prevenção e de tratamento específico. A vigilância epidemiológica é essencial para a estimação da sua incidência e prevalência na comunidade em geral e em grupos de risco, para a avaliação das necessidades da população em actividades de educação/informação e de recursos de saúde da população, bem como para a avaliação do impacto das medidas de controlo.

Crítérios de diagnóstico em adolescentes e adultos

Em adultos e adolescentes (idade igual ou superior a 13 anos), consideram-se os seguintes critérios de diagnóstico:

A. Critérios laboratoriais

- Evidência laboratorial de infecção pelo VIH (ver secção sobre “portador de VIH”), com
- Contagem de «linfócitos-T, células *CD4*» inferior a 200 por microlitro (200/ μ l), ou percentagem de células *CD4* inferior a 14% (classificação CDC/*CD4*).

B. Critérios clínicos

- Contagem de «linfócitos-T, células *CD4*» inferior a 200/ μ l, ou percentagem de células *CD4* inferior a 14%, e
- Diagnóstico definitivo de uma das seguintes patologias: coccidioidomicose disseminada, encefalopatia por VIH, histoplasmosse disseminada, sarcoma de Kaposi, linfoma cerebral primário, linfoma não-Hodgkin, carcinoma cervical invasivo, pneumonia recorrente (mais que um episódio no período de 12 meses), tuberculose pulmonar, doenças micobacterianas disseminadas, doença extra-pulmonar originada pelo *Micobacterium tuberculosis*, septicemia recorrente por salmonella (excepto por *Salmonella typhi*) e síndrome de depleção por VIH, ou
- Diagnóstico de presunção de uma das seguintes patologias: candidíase esofágica, perda de visão devida a retinite por citomegalovírus, sarcoma de Kaposi, doenças micobacterianas disseminadas, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmose cerebral em doentes com mais de um mês de idade.

Crítérios de diagnóstico em crianças

Nas crianças nascidas de mães infectadas com o VIH, o diagnóstico de infecção apresenta alguns problemas devido à transmissão transplacentar de anticorpos

maternos IgG anti-VIH. Apesar de somente 15-30% destes recém-nascidos estarem infectados, a maioria apresenta anticorpos anti-VIH; nos não infectados, os anticorpos deixam de ser detectados entre os 9 e os 18 meses de idade. Assim, os testes geralmente utilizados para a detecção de IgG anti-VIH não se podem considerar fiáveis quando efectuados em crianças com idade inferior a 18 meses. Até esta idade, os testes de eleição são a cultura viral e a “*polymerase chain reaction* (PCR)”, os quais permitem identificar cerca de 50% de recém-nascidos infectados, aumentando estas percentagem que aumenta para cerca de 100% aos 3-6 meses de idade.

Sífilis (CID-9: 090-096; CID-10: A50-A52)

Introdução clínica e epidemiológica

Pode ser uma doença aguda ou crónica, caracterizada clinicamente por: *a)* lesão primária, ou “*sífilis primária*” (pápula ou úlcera dura), *b)* erupção secundária da pele e membranas mucosas, ou “*sífilis secundária*” (exantema generalizado), *c)* longo período de latência, e *d)* lesões tardias, ou “*sífilis terciária*”, que podem atingir os sistemas nervoso central e cardiovascular, a pele, os ossos e diferentes vísceras (fase terciária).

A lesão primária surge cerca de 3 semanas após a exposição e pode localizar-se nas regiões genital, anal e bucal; frequentemente existem adenopatias satélites indolores e duras (bobões). Quando atinge o colo uterino e o recto, a sífilis primária pode não ser clinicamente evidente. Cerca de 4-6 semanas após a cura da lesão primária surge um exantema generalizado característico, que atinge as palmas das mãos e as plantas dos pés, associado a adenopatias; este quadro clínico têm duração variável, geralmente 2-6 semanas, podendo resolver espontaneamente. Para os casos não tratados, entre as fases secundária e terciária pode decorrer um período de latência de duração variável (semanas ou anos), com possíveis recorrências das erupções sífilíticas. A *sífilis congénita* é consequência da infecção in utero (CID-10: A50), e só os casos graves podem ser aparentes durante o período de recém-nascido.

O reservatório do agente etiológico (*Treponema pallidum*) é o homem, e o tempo médio de incubação é de 3 semanas (variação: 9-90 dias). A via de transmissão é sobretudo sexual, por contacto directo com secreções infectadas (saliva, sémen, sangue, secreções vaginais); a transmissão também pode ocorrer com a transfusão de sangue infectado.

O controlo dos indivíduos infectados (doentes e portadores) faz-se através de antibioterapia (penicilina benzatínica; tetraciclina, doxiciclina), e abstinência sexual até ao desaparecimento completo das lesões. O controlo dos contactos inclui a pesquisa e investigação (com VDRL) de todos os parceiros/contactos sexuais e o seu tratamento profilático com penicilina benzatínica. Na *sífilis congénita* deve efectuar-se a investigação (VDRL) de todos os elementos da família nuclear; para os casos de uma progenitora com *sífilis terciária*, a investigação deve incluir os filhos.

Para efeitos de vigilância epidemiológica, deve considerar-se “*parceiro sexual*” todos os contactos sexuais ocorridos *a)* nos 3 meses anteriores ao início da lesão primária, *b)* nos 6 meses anteriores ao início do exantema secundário, ou *c)* nos 12

meses anteriores, quando se desconhece a data de início das lesões primária ou secundária, ou a data de início do período de latência.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Demonstração do *Treponema pallidum* em amostras de exudado das lesões ou de aspirado de nódulos linfáticos, através de exame directo em campo escuro (antes do início de antibioterapia), ou
- Demonstração do *Treponema pallidum* em amostras de exudado das lesões ou de aspirado de nódulos linfáticos, através do teste de imunofluorescência de anticorpos (antes do início de antibioterapia), ou
- RPR (“*rapid plasmatic reagin*” – reagina plasmática rápida) positivo para a sífilis, confirmado por TPHA (“*T. pallidum hemagglutination assay*” – teste de hemaglutinação de anticorpos para o *T. pallidum*), ou
- RPR positivo para a sífilis, confirmado por MHA-TP (“*microhemagglutination assay for T. pallidum*” – teste de microhemaglutinação para o *T. pallidum*), ou
- RPR positivo, confirmado por FTA-ABS (“*fluorescent treponemal antibodies absorbed*” – anticorpos treponémicos fluorescentes absorvidos), ou
- VDRL positivo, confirmado por TPHA, ou
- VDRL positivo, confirmado por MHA-TP, ou
- VDRL positivo, confirmado por FTA-ABS.

Classificação dos casos

- *Caso confirmado*: caso confirmado laboratorialmente.

Notas

- A sífilis é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos confirmados devem ser prontamente notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- Os casos de *sífilis primária* só devem ser notificados após demonstração laboratorial do *Treponema pallidum* em amostras de exudado das lesões, ou de aspirado de nódulos linfáticos, através de exame directo em campo escuro ou de teste de imunofluorescência de anticorpos (antes do início de antibioterapia). Para os restantes casos podem efectuar-se os exames VDRL e PRP, os quais devem ser sempre confirmados por MHA-TP, TPHA, ou FTA-ABS.

Sigelose (CID-9: 004; CID-10: A03)

Introdução clínica e epidemiológica

Doença bacteriana aguda que pode envolver o intestino delgado (região distal) e o cólon, que apresenta um quadro clínico de intensidade variável, com diarreia de início súbito, geralmente aquosa ou mucosa, febre, náuseas, cólicas abdominais e tenesmo. A **disenteria bacilar** é a forma mais grave da doença, a diarreia pode ser muco-sanguinolenta ou sanguino-purulenta e o agente etiológico é a *Shigella dysenteriae*. Pode ocorrer infecção assintomática, geralmente devida à *S. sonnei* ou à *S. boydii*; nos indivíduos predispostos, a infecção pela *S. flexneri* pode dar origem ao Síndrome de Reiter (artropatia reactiva).

O homem (doente ou portador) é o principal reservatório do agente etiológico. O período de incubação habitual é de 12-96 horas (até 7 dias para a *S. dysenteriae*). A transmissão ocorre geralmente através da via fecal-oral, directa ou indirecta (alimentos contaminados não cozinhados).

O controlo de doentes e portadores inclui *a)* precauções de isolamento (fezes) com desinfecção concomitante de fezes e fómites, na fase aguda, *b)* rehidratação com reposição de electrólitos, *c)* exclusão da manipulação de alimentos e do cuidado íntimo de crianças, e *d)* antibioterapia (ciprofloxacina, ofloxacina ou cotrimoxazol em adultos; cotrimoxazol, ampicilina ou ácido nalidíxico em crianças). No controlo dos contactos a principal medida refere-se ao reforço das medidas de higiene individual (lavagem das mãos após a utilização de sanitários, antes da manipulação e confecção de alimentos, antes das refeições, etc.).

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento da sigela em amostras de fezes.

Classificação dos casos

- *Caso suspeito*: doente com quadro clínico compatível.
- *Caso provável*: quadro clínico compatível, relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado.
- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível, com confirmação laboratorial.

Nota

- A sigelose é uma **Doenças de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos suspeitos, prováveis ou confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.

Tétano (CID9: 037 e 771.3; CID.10: A33-A35)

Introdução clínica e epidemiológica

É uma doença que se caracteriza pelo início súbito de hipertonia e/ou contracções musculares dolorosas dos masseteres e músculos cervicais, seguidas de espasmos dos músculos do tronco.

O agente etiológico é o bacilo tetânico (*Clostridium tetani*) e a infecção pode ser subdividida em tétano neonatal (CID 10: A33), obstétrico (CID 10: A34) e outras formas (CID 10: A35). O tempo médio de incubação é de 6 dias para o tétano neonatal (variação: 3-28 dias), e 14 dias para as outras formas (variação: 1-21 dias, até meses). O bacilo tetânico é saprófita do intestino (animal e humano) e o seu reservatório é o solo (conspurcado por fezes).

O controlo/tratamento dos doentes inclui *a)* limpeza e desbridamento alargado dos ferimentos, *b)* imunoglobulina humana antitetânica (ou, na sua inexistência, antitoxina tetânica equina), *c)* antibioterapia (metronidazole, penicilina), *d)* medidas de suporte, nomeadamente administração de sedativos e relaxantes musculares, intubação nasotraqueal e, se necessário, traqueostomia e/ou ventilação assistida, e *e)* imunização activa concomitante (DTP/DT/VAT); no tétano neonatal não se

recomenda a realização de desbridamento alargado do coto umbilical. No quadro seguinte apresenta-se o esquema recomendado para a imunoprofilaxia do tétano.

IMUNOPROFILAXIA DO TÉTANO

História vacinal ⇨ Tipo de ferimento ⇓	Desconhecida ou menos de três doses de toxóide antitetânico *	Três ou mais doses de toxóide antitetânico *
Ferimentos ligeiros não conspurcados	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar toxóide antitetânico: <u>≤ 5 anos</u>: aplicar <i>DTP</i> com intervalos de 1-2 meses, até completar 3 doses; <u>≥ 5 e < 9 anos</u>: aplicar <i>DT</i> com intervalos de 1-2 meses, até completar 3 doses; <u>≥ 9 anos</u>: aplicar <i>VAT</i> com intervalos de 1-2 e 6-12 meses, até completar 3 doses. • Não administrar imunoglobulina antitetânica (nem antitoxina) 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar a vacina (reforço) se tiverem decorrido mais de 10 anos após a última dose; • Não administrar imunoglobulina antitetânica (nem antitoxina).
Ferimentos extensos e/ou perfurantes e ferimentos conspurcados	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar toxóide antitetânico: <u>< 5 anos</u>: aplicar <i>DTP</i> com intervalos de 1-2 meses, até completar 3 doses; <u>≥ 5 e < 9 anos</u>: aplicar <i>DT</i> com intervalos de 1-2 meses, até completar 3 doses; <u>≥ 9 anos</u>: aplicar <i>VAT</i> com intervalos de 1-2 meses até completar 3 doses. • Administrar imunoglobulina antitetânica (em qualquer idade) 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar a vacina (reforço) se tiverem decorrido mais de 5 anos após a última dose; • Ponderar a administração de imunoglobulina antitetânica. A imunoglobulina não necessita de ser administrada se tiverem decorrido menos de 5 anos após a última dose de vacina.

* DTP (vacina anti-difteria/tétano/coqueluche), DT (vacina anti-difteria/tétano) ou VAT (vacina antitetânica)

Critérios laboratoriais de diagnóstico

A confirmação laboratorial é de pouca utilidade, porque raramente se consegue isolar o microorganismo no local de infecção/entrada, sendo muito reduzida a probabilidade de detecção de anticorpos.

Classificação dos casos

- *Caso confirmado*: quadro clínico compatível (sem confirmação laboratorial).

Notas

- O tétano é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos devem ser notificados à autoridade sanitária.
- É uma **doença evitável pela vacinação** e a sua prevenção primária alicerça-se essencialmente na vacinação de toda a população. O esquema cronológico recomendado do PVM considera a aplicação de três doses primovacinais e duas doses de reforço de um toxóide específico inactivado (vacinas DTP/PDT e/ou DT), às crianças até aos 8-9 anos de idade e, a partir desta idade, reforços adicionais administrados com intervalos de 10 anos (vacina monovalente). De acordo com o PVM, o calendário de vacinação desde o nascimento prevê a administração de

PDT/DT aos 2, 4, 6 e 18 meses, aos 5-6 anos de idade, seguindo-se os reforços de VAT já mencionados.

Tosse convulsa (CID-9: 033; CID-10: A37)

Introdução clínica e epidemiológica

É uma doença bacteriana aguda do aparelho respiratório, caracterizada pelo início insidioso de tosse seca persistente que, após 1-2 semanas, evolui para tosse “canina” paroxística; os paroxismos são frequentemente acompanhados de “inspirações sibilantes” (*whoops*) e terminam muitas vezes em episódios eméticos. A tosse convulsa, ou coqueluche, é uma doença muito contagiosa e a pneumonia bacteriana secundária é a principal causa de morte em crianças infectadas com a *Bordetella pertussis*.

O homem é o único reservatório do agente etiológico e o período de incubação é de 4-21 dias; a transmissão faz-se por via aérea (gotículas de expectoração).

O controlo dos doentes inclui *a)* precauções de isolamento respiratório, com *b)* desinfecção concomitante de secreções nasofaríngeas e fômites, *c)* antibioterapia (eritromicina), *d)* terapêutica sintomática e *e)* evicção escolar. O controlo dos contactos íntimos faz-se através de *a)* actualização do esquema vacinal, em crianças com menos de seis anos de idade, *b)* evicção escolar (não inferior a 5 dias) para as crianças com menos de sete anos de idade não vacinadas correctamente e *c)* quimioprofilaxia (eritromicina). Nos contactos não íntimos, se forem crianças até aos de seis anos de idade, deve efectuar-se a actualização da vacinação.

Crítérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento da *Bordetella pertussis*, ou
- PCR (*polimerase chain reaction*) positiva para a *B.pertussis*.

Classificação dos casos

- *Caso provável*: quadro clínico compatível (ainda sem confirmação laboratorial e não relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado).
- *Caso confirmado*: doença confirmada laboratorialmente, ou quadro clínico compatível e relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado.

Notas

- A tosse convulsa é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Todos os casos prováveis ou confirmados devem ser prontamente notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- É uma **doença evitável pela vacinação** e a sua prevenção primária alicerça-se na vacinação precoce dos grupos etários mais vulneráveis (crianças a partir dos dois meses de idade). O *PVM* inclui a administração de quatro doses da vacina específica inactivada (DTP/PDT), que deve ser administrada preferencialmente aos 2, 4, 6 e 18 meses de idade.
- A ocorrência desta doença em instituições escolares implica a aplicação do **regime de evicção escolar** (Decreto-Lei n.º 1/97/M, de 20 de Janeiro). Para os indivíduos doentes, o período de afastamento da instituição (isolamento profilático)

deve manter-se durante cinco dias após o início de antibioterapia correcta; na ausência de tratamento deve manter-se o afastamento pelo período de 21 dias após o aparecimento da tosse paroxística. Para os contactos com menos de sete anos de idade e não correctamente vacinados, o afastamento é de, pelo menos, cinco dias após o início de quimioprofilaxia adequada (eritromicina, 50mg/kg/dia).

Tracoma (CID-9: 076; CID-10: A71)

Introdução clínica e epidemiológica

É uma “conjuntivite clamidiana” de início súbito ou insidioso, caracterizada pela presença de folículos linfóides e inflamação conjuntival difusa (hipertrofia papilar), sobretudo no rebordo conjuntival da pálpebra superior; esta inflamação pode originar um processo de vascularização superficial da córnea (*pannus*), com formação de escaras conjuntivais (queratoconjuntivite; triquíase; entrópio).

O agente etiológico é a *Chlamydia trachomatis*, serótipos A, B, Ba e C, e o seu reservatório é o homem (doente ou portador); o período de incubação habitual é de 5-12 dias. A transmissão faz-se sobretudo pelo contacto directo com secreções oculares e nasofaríngeas infectadas (através dos dedos), ou através de fómites contaminadas (toalhas, vestuário, etc.) e o período de transmissão mantém-se enquanto persistirem as lesões exudativas contaminantes; as moscas também podem servir de veículo para a disseminação da doença, nomeadamente a *Musca sorbens* e a *Hippelates*. Na ausência de tratamento a infecção pode persistir vários anos; em regiões endémicas, as reinfecções são frequentes.

Sem o apoio laboratorial, no estadio inicial da doença é muito difícil efectuar-se o diagnóstico diferencial entre o tracoma e a conjuntivite clamidiana pelos serótipos D e K (que ocorre sobretudo em adultos sexualmente activos). Deve considerar-se também o diagnóstico diferencial entre o tracoma e as seguintes situações clínicas: conjuntivite neonatal, *molluscum contagiosum* das pálpebras, infecção estafilocócica crónica das pálpebras, reacções a colírios e lentes de contacto, e linfogranuloma venéreo (clamidiano).

O controlo de doentes e contactos (sobretudo dos contactos íntimos, familiares e companheiros de sala de aula) inclui o reforço das medidas de higiene individual e a investigação das possíveis fontes de contágio; o controlo dos doentes alicerça-se sobretudo na desinfecção de secreções e fómites infectadas, e no tratamento tópico com colírios ou pomadas (tetraciclina, eritromicina, sulfonamidas, azitromicina).

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Detecção dos corpos intracelulares elementares da *C. trachomatis*, em amostras de escaras conjuntivais, com coloração pelo método Giemsa, ou
- Detecção da *C. trachomatis* por imunofluorescência, após fixação com metanol, em amostras de escaras conjuntivais, ou
- Detecção antigénica da *Chlamydia trachomatis*, através de um teste imuno-serológico, ou
- Isolamento-cultura do agente etiológico.

Classificação dos casos

- **Caso confirmado:** doença confirmada laboratorialmente, ou com quadro clínico compatível relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado.

Nota

- O tracoma é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Só os casos confirmados devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.

Tuberculose (CID-9: 010-018; CID-10: A15-A19)

Introdução clínica e epidemiológica

Esta doença bacteriana, caracterizada pela formação de granulomas, é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em Macau e no mundo. A infecção inicial é geralmente assintomática e o quadro clínico depende da sua localização (geralmente pulmonar). A tuberculose extrapulmonar pode atingir todos os órgãos e tecidos do organismo.

O homem é o principal reservatório do agente etiológico (*Mycobacterium tuberculosis* e *M. africanum*), embora os bovinos também o possam ser (*M. bovis*). O período de incubação é de 4-12 semanas para a *primoinfecção*, variando de meses a anos na doença clínica. A transmissão faz-se sobretudo por via aérea (gotículas de expectoração), e mais raramente através da ingestão de leite de vaca (não fervido ou pasteurizado); o risco de transmissão da doença só desaparece quando a expectoração deixar de ser bacilífera (ou dois meses após a instituição de terapêutica tuberculostática adequada).

O controlo dos doentes inclui, entre outras medidas pertinentes, *a)* antibioterapia (isoniazida, rifampicina, etambutol, pirazinamida, estreptomicina), segundo protocolos terapêuticos adequados e individualizados, com ou sem “toma em regime de observação directa” por um profissional de saúde, *b)* precauções respiratórias, sobretudo nos doentes hospitalizados com tuberculose pulmonar, e *c)* evicção escolar, para a tuberculose pulmonar. O controlo dos contactos deve considerar, além de outras medidas relevantes, *a)* prova de Mantoux (teste tuberculínico), *b)* quimioprofilaxia (isoniazida, rifampicina, pirazinamida), *c)* vacinação com BCG, dos contactos com teste tuberculínico negativo, principalmente se forem crianças, e *d)* evicção escolar (tuberculose pulmonar).

A *definição de um “caso de tuberculose”* deve considerar sempre a localização da doença (pulmonar ou extrapulmonar) e as suas características bacteriológicas (cultura e/ou esfregaços) e clínicas (recaída ou caso novo). Nas secções seguintes apresenta-se a definição dos casos de tuberculose e a classificação internacional da tuberculose pulmonar.

Definição dos casos de tuberculose

- *Tuberculose extrapulmonar:*

Pode ocorrer em diferentes tecidos e órgãos, excepto pulmões (pleura, meninges, gânglios linfáticos periféricos, aparelho génito-urinário, abdómen, pele, articulações e ossos, etc.);

O diagnóstico deve alicerçar-se na existência de, pelo menos, uma cultura positiva de uma amostra extrapulmonar, ou na evidência histológica e/ou clínica de tuberculose activa (não pulmonar), seguida da decisão de instituição terapêutica com tuberculostáticos;

Os indivíduos com diagnóstico de «tuberculose extrapulmonar e pulmonar», são considerados como casos de tuberculose pulmonar.

- **Tuberculose pulmonar:**

A classificação dos casos de tuberculose pulmonar deve alicerçar-se, sempre que possível, na existência de exames bacteriológicos (cultura) de expectoração.

Os casos de doença pulmonar podem subdividir-se em:

Tuberculose pulmonar com esfregaço positivo:

1. Indivíduo com, pelo menos, dois exames directos positivos (microscopia), ou
2. Indivíduo com um exame directo positivo e com anomalias radiográficas consistentes com doença pulmonar activa, ou
3. Indivíduo com um exame directo e uma cultura positivos.

Tuberculose pulmonar com esfregaço negativo:

1. Indivíduo com sintomas sugestivos de tuberculose e três culturas negativas, pelo menos, e com anomalias radiográficas consistentes com doença pulmonar activa, seguida da decisão de prescrição de tuberculostáticos, ou
2. Indivíduo com exame directo negativo mas com três culturas positivas.

- **Caso novo:**

Indivíduo a que nunca foi prescrita terapêutica antituberculosa, ou que não tomou tuberculostáticos nas últimas quatro semanas.

- **Recaída:**

Indivíduo que foi considerado curado, mas que posteriormente apresenta “de novo” exames bacteriológicos positivos.

Classificação da tuberculose pulmonar

- **Classe 0:**

Inexistência de história de exposição – ausência de infecção;

Indivíduo sem história de exposição e cuja reacção ao teste cutâneo de Mantoux (0,1 ml de soluto) é inferior a 5 mm.

- **Classe I:**

História de exposição – ausência de evidência de infecção;

Indivíduo com história de exposição (contacto com um caso de tuberculose), mas cuja reacção ao teste de Mantoux é inferior a 5 mm.

- **Classe II:**

Existência de infecção tuberculosa – ausência de doença;

Indivíduo com reacção significativa (positiva) ao teste de Mantoux – inferior a 5 mm se for contacto com um caso de tuberculose ou com um indivíduo infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH⁺), e igual ou superior a 10 mm para os restantes casos – associada a (a) ausência de evidência radiográfica de tuberculose e/ou (b) estudos bacteriológicos negativos.

- **Classe III:**

Tuberculose – doença activa;

Indivíduo que apresenta evidência radiográfica, clínica e/ou bacteriológica (cultura

de *Mycobacterium tuberculosis*) de doença activa.

- **Classe IV:**

Tuberculose – ausência de doença activa;

Indivíduo com história de episódios anteriores de doença tuberculosa, ou com achados radiográficos anormais mas estáveis (sequelas), com estudos bacteriológicos negativos e sem evidência clínica de doença activa.

- **Classe V:**

Caso suspeito de tuberculose – aguarda confirmação;

Indivíduo que aguarda confirmação do diagnóstico, confirmação dos resultados laboratoriais ou realização de avaliação clínica completa. Um indivíduo não deve permanecer nesta categoria por períodos superiores a 3 meses.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento-cultura do *Mycobacterium tuberculosis* numa amostra clínica, ou
- Exame directo positivo em, pelo menos, duas amostras de expectoração (se não for possível efectuar a cultura).

Classificação dos casos

- *Caso suspeito*: caso com sinais/sintomas suspeitos, que aguarda a confirmação laboratorial ou uma avaliação clínica completa e adequada (inclui a *classe V* da tuberculose pulmonar).
- *Caso confirmado*: doença confirmada laboratorialmente, ou quadro clínico compatível com a definição de “caso de tuberculose” (pulmonar ou extrapulmonar), excepto para as *classes 0, I, IV e V* da tuberculose pulmonar.

Notas

- A tuberculose (todas as formas) é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau. Os casos suspeitos ou confirmados de tuberculose extrapulmonar ou pulmonar (excepto as *classes 0, I e IV*) devem ser notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises. Os indivíduos com diagnóstico de «tuberculose extrapulmonar e pulmonar», são considerados como casos de tuberculose pulmonar.
- A tuberculose é uma **doença evitável pela vacinação**. Embora a eficácia da vacina de bacilos Calmette-Guérin (BCG) seja questionável em adolescentes e adultos, a sua administração constitui a estratégia de eleição para a prevenção da tuberculose em crianças, principalmente das suas formas miliar e meníngea. O PVM inclui a administração de uma dose de BCG a todos os recém-nascidos, e a revacinação de crianças aos 5-6 anos de idade (antecedida de prova de Mantoux negativa). Além da vacinação de crianças e grupos de risco, o rastreio e tratamento adequado e atempado dos indivíduos infectados são fundamentais para o sucesso dos programas de controlo da tuberculose.
- A ocorrência de tuberculose pulmonar em instituições escolares implica a aplicação do **regime de evicção escolar** (Decreto-Lei n.º 1/97/M, de 20 de Janeiro). Para os indivíduos doentes e contactos, o período de afastamento da instituição (isolamento profilático) deve manter-se até à apresentação de declaração médica comprovativa de ausência de risco de contágio, passada com base em exame bacteriológico.

Varicela (CID-9: 052; CID-10: B01)**Introdução clínica e epidemiológica**

É uma doença viral aguda, muito contagiosa, caracterizada por exantema papulovesicular difuso de início súbito e febre ligeira, sem outra causa aparente. As vesículas são monoloculares e cicatrizam com crostas granulosas. As lesões exantemáticas apresentam-se simultaneamente em diferentes estádios evolutivos e são mais abundantes nas regiões não expostas do corpo, nomeadamente couro cabeludo e axilas; pode ocorrer ainda enantema conjuntival e das mucosas da boca e aparelho respiratório superior.

O homem é o único reservatório do agente etiológico e o período de incubação é de 13-20 dias. A transmissão pode ser directa (contacto directo e via aérea) ou indirecta (fómites contaminadas).

O controlo dos doentes deve considerar: *a)* precauções de isolamento (locais públicos), *b)* evicção escolar, *c)* tratamento específico com aciclovir ou vidarabine, e *d)* desinfecção de fómites contaminadas. O controlo dos contactos inclui a administração de imunoglobulina específica nas primeiras 72-96 horas; esta imunoglobulina também deve ser aplicada a recém-nascidos cujas mães foram infectadas no período de cinco dias antes a dois dias após o parto.

Critérios laboratoriais de diagnóstico

- Isolamento do *vírus varicela-zoster* numa amostra clínica, ou
- Demonstração de aumento significativo do título de anticorpos virais específicos IgG, através de um teste imuno-serológico.

Classificação dos casos

- *Caso provável*: quadro clínico compatível, sem confirmação laboratorial nem relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado.
- *Caso confirmado*: doença confirmada laboratorialmente, ou quadro clínico compatível e relacionado epidemiologicamente com um caso confirmado.

Notas

- A varicela é uma **Doença de Declaração Obrigatória** em Macau, desde 1999. Todos os casos prováveis ou confirmados devem ser prontamente notificados à autoridade sanitária pelos médicos clínicos e laboratórios de análises.
- O actual programa de vacinação não inclui a administração gratuita da vacina contra a varicela, embora esta seja uma *doença evitável pela vacinação* cuja prevenção primária se alicerça na vacinação de crianças a partir dos doze meses de idade. Esta vacina pode contudo integrar o PVM num futuro próximo, se a situação epidemiológica do Território o justificar.
- A ocorrência desta doença em instituições escolares implica a aplicação do **regime de evicção escolar** (Decreto-Lei n.º 1/97/M, de 20 de Janeiro). Para os indivíduos doentes, o período de afastamento da instituição (isolamento profilático) deve manter-se por um período de cinco dias após o início da erupção.

Bibliografia

Abram S Benenson ed. Control of communicable diseases manual. 16th ed. Washington: American Public Health Association, 1995.

Centers for Disease Control and Prevention. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. MMWR 1997;46(RR-10).

Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1993;41(RR-17).

Centers for Disease Control and Prevention. 1994 revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. MMWR 1997;46 (RR-2).

Centers for Disease Control and Prevention. 1997 revised guidelines for performing CD4⁺ T-cell determinations in persons infected with human immunodeficiency virus (HIV). MMWR 1997;46(RR-2).

Governo de Macau. Decreto-Lei n.º 1/97/M. Boletim Oficial n.º 3, I Série, Macau, 1997.

Governo de Macau. Decreto-Lei n.º 13/96/M. Boletim Oficial n.º 10, I Série, Macau, 1996.

Governo de Macau. Portaria n.º ../M/99. Boletim Oficial n.º 00, I Série, Macau, 1999.

Governo de Macau. Despacho n.º 18/GM/96. Boletim Oficial n.º 10, I Série, Macau, 1996.

Peter G ed. Red book: report of the Committee on Infectious Diseases. 24th ed. Elk Grove Village, Illinois: American Academy of Pediatrics, 1997.

Serviços de Saúde de Macau. Programa de vacinação de Macau: normas de vacinação e orientações técnicas. Orientações Técnicas n.º 2. Macau: Unidade Técnica de Vigilância Epidemiológica, 1997.

World Health Organization. WHO Recommended surveillance standards. WHO/EMC/DIS/ /97.1, 1997

Ficha técnica

Título:

Doenças de Declaração Obrigatória – Vigilância Epidemiológica

Publicação:

Serviços de Saúde de Macau, Unidade Técnica de Vigilância Epidemiológica
(Gabinete de Coordenação Técnica dos CSP), Orientações Técnicas n.º 4, 1999

Autoria:

Fernando J. M. Costa Silva (texto)
Lam Chong (tradução para chinês)
Maria Marcelina Moraes (revisão de critérios laboratoriais)
Tong Ka lo (revisão da tradução para chinês)

Texto e grafismo:

Unidade Técnica de Vigilância Epidemiológica
Unidade Técnica de Educação para a Saúde

Depósito:

Unidade Técnica de Vigilância Epidemiológica, SSM

Tiragem:

1000 exemplares (edição bilingue: chinês e português)

Distribuição:

Gratuita a médicos e laboratórios de análises clínicas (um exemplar), através da
Unidade Técnica de Licenciamento das Actividades Privadas, SSM

ISBN 972-97654-4-8F