

ALERTA PARA O MAIOR RISCO DE LEPTOSPIROSE NA ESTAÇÃO CHUVOSA 2019/2020

No Município de São Paulo (MSP), a leptospirose ainda é um agravo de grande importância para a saúde pública devido à sua alta letalidade.

A área da Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRSS) apresentou coeficiente de incidência e letalidade maiores que o MSP no período, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Casos Notificados, Casos Confirmados, Óbitos, Letalidade e Coeficiente de Incidência de Leptospirose Humana – CRSS e MSP. 2017 a 2019.

Leptospirose	2017		2018		2019	
	MSP	CRSS	MSP	CRSS	MSP	CRSS
Casos notificados	827	223	770	185	808	230
Casos confirmados	181	63	133	44	166	65
Óbitos	26	11	19	8	16	7
Letalidade	14,36	17,46	14,29	18,18	9,64	10,77
Incidência (100.000 habitantes)	1,55	2,31	1,13	1,60	1,41	2,34

Fonte: SINANNET (dados provisórios até 07/11/2019)

MSP: Município de São Paulo

CRSS: Coordenadoria Regional de Saúde Sul

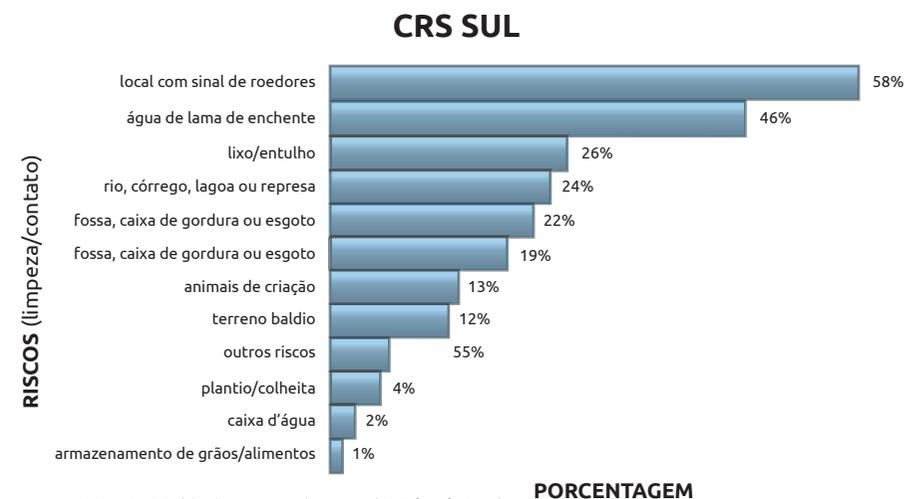
A doença acomete principalmente populações residentes em áreas de risco nas quais há fatores determinantes para manutenção desta realidade: ocupação de fundos de vale, proximidade a córregos, precariedade de saneamento básico e no padrão de habitabilidade, deficiências na coleta e destinação de resíduos sólidos, associados a fatores climáticos, como a ocorrência de inundações.



Na CRSS, no período de 2017 a 2019, as principais situações de risco foram contato ou limpeza de local com sinais de roedores, contato com água ou lama de enchente e/ou limpeza do local inundado, contato com lixo ou entulho.

No Gráfico 1, observamos a porcentagem dos fatores de risco declarados no total de casos confirmados. Lembrando que, mais de um risco pode ter sido declarado por caso.

Gráfico 1. Porcentagem de fatores de risco envolvidos na transmissão de Leptospirose - CRS Sul (2017 - 2019 - MSP)



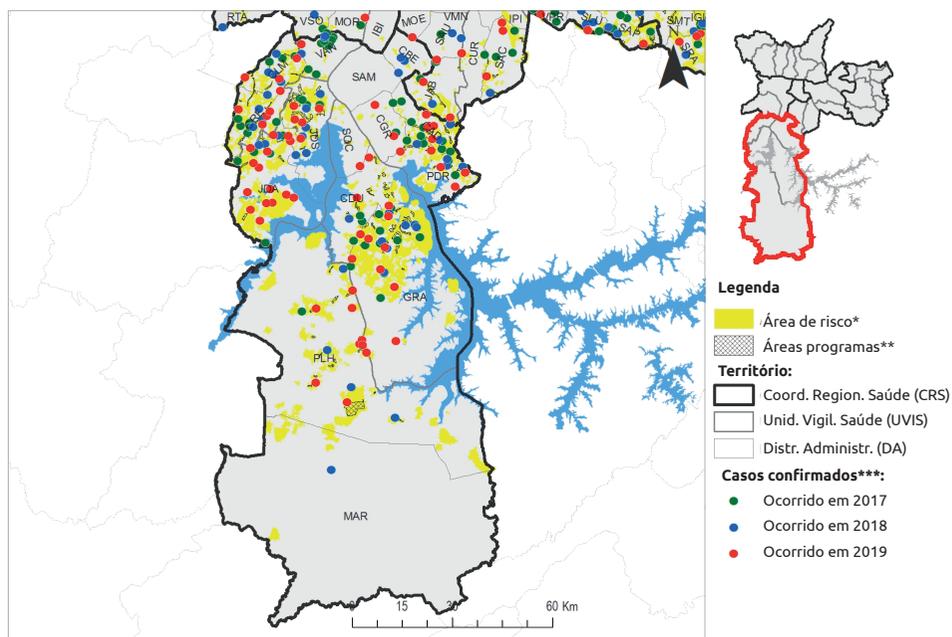
Fonte: SINANNET (dados provisórios até 07/11/2019)

Em 2012, foram selecionadas as áreas com o maior risco de transmissão de leptospirose e as prioritárias para controle de roedores. Na CRSS, a distribuição de casos confirmados de leptospirose, as áreas de risco e as áreas programa podem ser observadas na figura 1.

Para a identificação das áreas de risco foram ponderados os fatores: densidade populacional extraída dos dados levantados pelo CENSO (2010), moradias de risco fornecidas pela Secretaria Municipal de Habitação (favelas, núcleos e loteamentos) e um mapa de risco de alagamento produzido com o cruzamento dos dados presentes nos mapas hidrológico e de declividade.

Os fatores foram ponderados pela técnica proposta por Tomas Saaty (1978), denominada AHP (Analytical Hierarchy Process), considerando moradias de risco um pouco mais importante que risco de alagamento e ambos fatores absolutamente mais importantes que densidade populacional. O produto da ponderação foi classificado como: altíssimo, alto, médio, baixo e baixíssimo risco. para a leptospirose.

Áreas Programa e Áreas de Alto e Altíssimo Risco para a Leptospirose - CRS Sudeste (MSP - 2017 a 2019).



(Coordenadoria Regional de Saúde); UVIS (Unidade de Vigilância em Saúde); DA (Distrito Administrativo); * (Áreas de altíssimo e alto risco de ocorrência de leptospirose); ** (Áreas prioritizadas para as ações de controle da população de roedores); *** Casos confirmados de leptospirose. Base Cartográfica: MDC 2004;

Fonte: SINAN-NET (acesso em 07/11/2019).

A detecção e o tratamento precoce da doença são fundamentais para diminuição da letalidade.

Os sinais e sintomas surgem em média 5 a 14 dias após a exposição ao risco, podendo chegar a 30 dias, sendo os mais frequentes: **febre, cefaleia, mialgia (principalmente na panturrilha), sufusão conjuntival.**

Alertamos aos profissionais da área da Saúde que, especialmente nesta época do ano, fiquem atentos aos **sinais e sintomas** da doença e perguntem ao paciente sobre **exposição à situação de risco**, considerando que os sintomas iniciais são comuns a diversos agravos como, por exemplo, a dengue.

Conforme a Portaria de Consolidação Nº 4, de 28 de Setembro de 2017 Anexo 1 do Anexo V, a leptospirose é uma doença de **notificação compulsória** e deve ser notificada **na sua suspeita**. Caso a **situação de risco do paciente esteja relacionada à ocupação**, o caso também deve ser notificado à equipe de Saúde do Trabalhador. É importante que os profissionais conheçam as **áreas de maior risco** de ocorrência de leptospirose da população atendida na unidade de saúde. Informe-se sobre as áreas de risco com a SUVIS da sua região.

Sempre que houver suspeita, o tratamento deve ser prontamente iniciado, conforme Quadro 2, conduta preconizada no Guia Leptospirose: Diagnóstico e Manejo Clínico:

<http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/leptospirose-diagnostico-manejo-clinico2.pdf>

A presença de um ou mais **SINAIS DE ALERTA (Quadro 1)**, indica gravidade e sugere necessidade de internação hospitalar.

Quando indicada, a diálise deve ser precocemente iniciada.

Quadro 1. Sinais de Alerta para Leptospirose**Sinais de alerta**

Dispnéia, tosse e taquipnéia
Alterações urinárias, geralmente oligúria
Fenômenos hemorrágicos, incluindo hemoptise e escarros hemoptóicos
Hipotensão
Alterações no nível de consciência
Vômitos frequentes
Arritmias
Icterícia

Quadro 2. Antibioticoterapia para Leptospirose (sempre iniciar tratamento na suspeita)**Antibioticoterapia**

FASE PRECOCE (1ª semana)	FASE TARDIA (após 1ª semana, geralmente)
Adultos: - Amoxicilina: 500 mg, VO, 8/8h, por 5 a 7 dias ou - Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h, por 5 a 7 dias.	Adultos: - Penicilina G Cristalina: 1.5 milhões UI, IV, de 6/6 horas; ou - Ampicilina : 1 g, IV, 6/6h; ou - Ceftriaxona: 1 a 2 g, IV, 24/24h ou Cefotaxima: 1 g, IV, 6/6h. Alternativa: Azitromicina 500 mg, IV, 24/24h
Crianças: - Amoxicilina: 50 mg/kg/dia, VO, divididos, 8/8h, por 5 a 7 dias;	Crianças: - Penicilina cristalina: 50 a 100.000 U/kg/dia, IV, em quatro ou seis doses; ou - Ampicilina: 50-100 mg/kg/dia, IV, dividido em quatro doses; ou - Ceftriaxona: 80-100 mg/kg/dia, em uma ou duas doses, ou Cefotaxima: 50-100 mg/kg/dia, em duas a quatro doses. Alternativa: Azitromicina 10 mg/kg/dia, IV

O paciente deve ser orientado que caso ele apresente algum dos sinais de alerta deverá procurar o serviço médico imediatamente.

O paciente deve ser reavaliado entre 24 e 72 horas. Deve-se coletar sangue para diagnóstico laboratorial específico a partir do 7º dia de início de sintomas e enviá-lo para o LabZoo da Divisão de Vigilância de Zoonoses, que é o laboratório de referência do município de São Paulo. No paciente em estado grave, o sangue deve ser colhido imediatamente, independentemente da data de início de sintomas. Caso o paciente evolua para óbito, deve-se coletar fragmento de fígado e pulmão, por punção, para realização de imunohistoquímica.