

FEBRE MACULOSA BRASILEIRA NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

UM NOVO OLHAR SOBRE A ANTIGA DOENÇA

Em um momento em que diversas doenças febris exantemáticas e/ou hemorrágicas, como dengue, zika, chikungunya, doença meningocócica e leptospirose, estarão ocorrendo simultaneamente, é muito importante estar atento para a febre maculosa brasileira também na região metropolitana de São Paulo.

A Febre Maculosa Brasileira (FMB) é uma doença infecciosa febril aguda, transmitida por carrapatos do gênero *Amblyomma* e causada pela *Rickettsia rickettsii*, uma bactéria gram negativa, parasita intracelular obrigatória, com tropismo por células endoteliais.

É uma zoonose amplamente conhecida no interior do Estado de São Paulo, estando relacionada ao vetor carrapato estrela (*Amblyomma sculptum*) e à presença de capivaras e equídeos em regiões quentes. Esse ecossistema é diferente do encontrado na região metropolitana de São Paulo (RMSP), onde **o carrapato amarelo do cão**

(*Amblyomma aureolatum*), o cão doméstico e a ocupação humana em áreas de Mata Atlântica degradada, tem papel fundamental na transmissão.

O conhecimento das diferenças ecoepidemiológicas entre as regiões é essencial para melhor compreensão da doença, aperfeiçoamento das ações de prevenção e aumento na precocidade do diagnóstico, o que é fundamental para o tratamento oportuno e redução da letalidade na FMB.

O Quadro 1 apresenta as principais características da FMB na RMSP e no interior do Estado.

Quadro 1 - Características ecoepidemiológicas da Febre Maculosa Brasileira na Região Metropolitana e no Interior de São Paulo

Características ecoepidemiológicas	FMB da RMSP	FMB do Interior de SP
Agente etiológico	<i>Rickettsia rickettsii</i>	<i>Rickettsia rickettsii</i>
Taxa de letalidade	56,12%	53,44%
Vetor	<i>Amblyomma aureolatum</i>	<i>Amblyomma sculptum</i>
Tx de infecção do carrapato no meio ambiente	Baixa (1-10%)	Muito baixa ($\leq 1\%$)
Capacidade de infecção e transmissão transovariana e transtadial da rickettsia	Alta (100%)	Baixa (< 50%)
Ocorrência de infestação no homem (hospedeiro acidental)	Rara (só por carrapatos adultos)	Muito comum (por larvas, ninfas e adultos)
Tempo de fixação do vetor para transmissão	10 minutos	Mínimo de 6 horas
Hospedeiros do vetor	Passeriformes que frequentam o solo (para as larvas e ninfas) Cães e canídeos silvestres (para os carrapatos adultos)	Cavalos, antas e capivaras (para todas as fases de desenvolvimento do carrapato)
Animal amplificador	Ainda desconhecido	Capivara
Necessidade de um animal vertebrado amplificador para manutenção da rickettsia na população de carrapatos	A médio e longo prazo	A curto prazo
Áreas de transmissão	Mata atlântica de altitude [degradada, com residências adjacentes aos seus limites e circulação de cães e gatos domésticos]	Cerrado e áreas degradadas [áreas de pastos sujos, matas ciliares, coleções hídricas e presença de equinos e capivaras]
Zona de transmissão	Urbana e periurbana	Rural (há tendência de urbanização)
Sazonalidade	Ocorrência de casos em todo o ano, com menor incidência de fevereiro a maio.	Maior incidência de junho a setembro, com alguns casos esporádicos durante o resto do ano.

Este artigo é um breve resumo do Boletim Epidemiológico Paulista (BEPa) Nº 151, de 2016, que está disponível para consulta na íntegra através do endereço eletrônico: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/edicao-2016/edicao_151_-_julho.pdf

A *Rickettsia rickettsii* é transmitida através da picada de carrapatos, e não de forma direta entre as pessoas. Mas há também a possibilidade de infecção através do arrancamento e esmagamento de carrapatos sem proteção das mãos, com consequente penetração da riquetsia através da pele lesada ou mucosas íntegras.

A transmissão da FMB na RMSP tem sido verificada no peri e intradomicílio pelo livre deslocamento de cães e gatos nas áreas de mata, de onde trazem o vetor, conforme esquematizado na Figura 1.

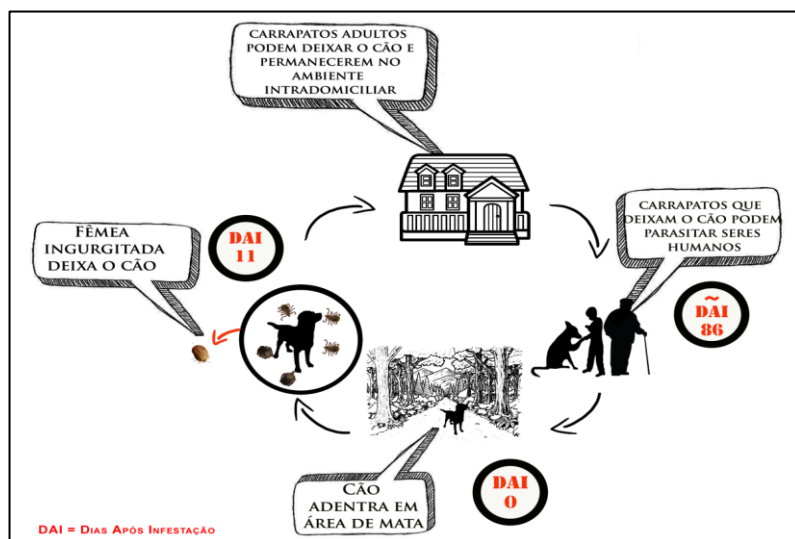


Figura 1: Esquema representativo da forma de transmissão da FMB pelo *Amblyomma aureolatum* na RMSP.

A doença começa com febre, mialgia e cefaleia intensa. O exantema geralmente surge até o 5º dia, mas pode estar ausente e dificultar e/ou retardar o diagnóstico e o tratamento, determinando maior letalidade; por isso os antecedentes epidemiológicos devem ser sempre investigados durante a anamnese, para direcionar a hipótese diagnóstica.

A forma grave da doença evolui com sepse e comprometimento pulmonar, renal, neurológico, hepático e diátese hemorrágica, e o óbito ocorre entre o 5º e o 15º dias do início dos sintomas. Esta evolução é mais frequente quando o diagnóstico e o tratamento foram tardios.

Os exames laboratoriais específicos para o diagnóstico da FMB (sorologia, Reação em Cadeia da Polimerase, imunohistoquímica, cultura e isolamento) são demorados.

Assim, o tratamento deverá ser iniciado imediatamente após a suspeita clínica, mesmo sem resultados laboratoriais.

AÇÕES DE ENFERMAGEM

- Perguntar sobre história de picada ou arrancamento de carrapato, e/ou contato com cães e gatos que tenham acesso a área de mata.

- Havendo carrapato na pele do doente, retirá-lo fazendo leves torções com uma pinça e luvas, coletá-los, acondicioná-los e encaminhá-los para o laboratório de referência.

- Na suspeita, encaminhar precocemente o paciente para avaliação médica.

- Notificar à Vigilância Epidemiológica através de Ficha de Investigação Epidemiológica (FIE), do SINAN.

- Coletar amostras para exames laboratoriais e sorologias. Enfatizar a importância da coleta da segunda amostra da sorologia, 15 dias após a primeira para confirmação do diagnóstico da FMB.

- Divulgar junto aos usuários dos serviços de saúde orientações sobre a doença e medidas de prevenção.

- Acompanhar pacientes que tiveram manifestações clínicas leves e estão em tratamento ambulatorial.

- Pessoas assintomáticas que foram picadas ou tiveram contato com carrapatos devem ser orientadas quanto aos sintomas da doença e observação por 2 semanas (período de incubação máximo da doença).