

Ana Patrícia Moreira P. de Carvalho¹
Francisca Nádia Portela Leite¹
Luiziane Dias de Carvalho¹
Selonia Patrícia Oliveira Sousa²
Otacílio Batista de Sousa Néto³

As células epiteliais que recobrem os olhos podem ser consideradas uma continuação da pele ou da mucosa. Muitos microrganismos podem infectar o olho, principalmente através da conjuntiva, uma camada transparente de células. Esta edição traz como foco de pesquisa o tracoma, uma doença bacteriana dos olhos, que se origina da pele e do trato respiratório superior. Uma imunidade parcial é gerada pela recuperação. A doença pode ser controlada por práticas de higiene e educação para a saúde. A partir da publicação da matéria *A Secretaria de Saúde do Estado do Piauí – (SESAPI) está investigando casos de tracoma* vemos as características clínicas e epidemiológicas da doença, aspectos clínicos e laboratoriais, bem como situação em que se encontra a nível mundial e nacional.

A Secretaria de Saúde do Estado do Piauí – (SESAPI) está investigando casos de tracoma⁴

Encontra-se em Pedro II, uma equipe da Secretaria Estadual de Saúde coordenada pela Dra. Francisca Pereira, fazendo investigação de casos de tracoma nas escolas em crianças de 6 a 14 anos, faixa etária de risco da doença.

O tracoma é uma doença que tem sintomas parecidos com a conjuntivite como: Os olhos ficam vermelhos, irritados, lacrimejantes com secreção, coçam com sensação de areia, com intolerância a luz e muito contagiosa com fácil poder de transmissão através de ambientes coletivos como escolas, igrejas etc. Objetos contaminados como borracha, lápis, roupas de cama, lençol, toalhas, porque é uma doença transmitida pela bactéria *Chlamydia Trachomatis*, que atinge as pálpebras do olho na parte interna com a presença de folículos (bolhinhas de água), podendo ser também a do tipo tecido ou cicatrizante.

Em Pedro II já foram constatados seis casos em 2004, todos tratados e agora já foram descobertos oito casos onde as crianças já estão em tratamento. Já é a terceira vez que a equipe da Secretaria de Saúde do Estado vem a Pedro II para realizar investigação da doença em crianças que estão na sala de aula.

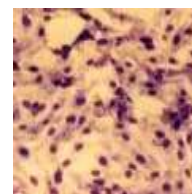


Figura 1 - *Chlamydia trachomatis* – agente causador do tracoma.

¹ Acadêmicas do 3º Período de Enfermagem do CEUT

² Acadêmica do 6º período de Enfermagem do CEUT e monitora do Observatório Epidemiológico

³ Professor da disciplina de epidemiologia do CEUT e orientador do Observatório Epidemiológico

⁴ Fonte: www.meionorte.com em 01 de dezembro de 2009.



Figura 2 - A Aliança Global para a eliminação do tracoma (GET 2020), uma das estratégias da Organização Mundial da Saúde (OMS) para colocar a doença no rol de doenças do passado até o ano 2020.

Características Clínicas e Epidemiológicas

- **Descrição:** É uma afecção inflamatória ocular, uma ceratoconjuntivite crônica recidivante que, em decorrência de infecções repetidas, produz cicatrizes na conjuntiva palpebral superior, que podem levar à formação de entrópio (pálpebra com a margem virada para dentro do olho) e triquíase (cílios em posição defeituosa nas bordas da pálpebra, tocando o globo ocular).
- **Agente Etiológico:** A doença é causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, sorotipos A, B, Ba e C.
- **Reservatório:** O homem, com a infecção ativa da conjuntiva ou outras mucosas. Crianças com até 10 anos de idade, com infecção ativa, são o principal reservatório do agente etiológico nas populações onde tracoma é endêmico.
- **Vetores:** Alguns insetos, como a mosca doméstica (*Musca domestica*), e/ou a lambe-olhos (*Hippelates sp.*), podem atuar como vetores mecânicos.
- **Modo de Transmissão:** A principal forma de transmissão é a direta, de olho a olho, ou indireta, através de objetos contaminados (toalhas, lençóis e/ou fronhas). As moscas podem contribuir para a disseminação da doença, por transmissão mecânica. A transmissão só é possível na presença de lesões ativas.
- **Período de Incubação:** De 5 a 12 dias, após contato direto ou indireto.
- **Período de Transmissibilidade:** Enquanto existirem lesões ativas nas conjuntivas que podem durar anos.
- **Susceptibilidade e imunidade:** A susceptibilidade é universal, sendo as crianças as mais susceptíveis, inclusive as reinfecções. Embora a clamídia seja de baixa infectividade, sua distribuição no mundo é ampla. Não se observa imunidade natural ou adquirida à infecção pela *Chlamydia trachomatis*.

Aspectos Clínicos e Laboratoriais

- **Manifestações Clínicas:** Inflamação folicular (Figura 3), conjuntivite ocular, lacrimejamento; prurido e sinais de secreção purulenta; sensação de corpo estranho no olho; discreta fotofobia (sensibilidade à luz); dor causada pelo atrito do cílio no globo ocular; olho seco; diminuição da acuidade visual, entre outros.



Figura 3 – tracoma inflamatório folicular.

- **Diagnóstico Diferencial:** O diagnóstico diferencial do tracoma deve ser realizado com as outras conjuntivites foliculares (como foliculoses, conjuntivite folicular tóxica), e conjuntivites foliculares agudas e crônicas de qualquer etiologia (ex.: herpes simples, adenovírus, molusco contagioso, conjuntivite de inclusão do adulto).
- **Diagnóstico Laboratorial:** É essencialmente clínico. Deve ser utilizado para a constatação da circulação do agente etiológico na comunidade, e não para a confirmação de cada caso, individualmente.
- **Tratamento:** O objetivo do tratamento do tracoma é a cura da infecção e a interrupção da cadeia de transmissão da doença. Podem ser usados vários tipos de antibióticos de uso local/tópico – pomadas e colírios e de uso sistêmico – comprimidos e suspensões. Tratamentos tópicos: *Tetraciclina a 1% - pomada oftálmica usada duas vezes ao dia durante seis semanas.*Sulfa – colírio usado quatro vezes ao dia durante seis semanas.

Aspectos Epidemiológicos

O tracoma não existia entre as populações nativas do continente Americano. A doença foi trazida pela colonização e imigração européias. Relata-se que teria sido introduzido no Brasil, a partir do século XVIII, no Nordeste, com a deportação dos ciganos, estabelecendo-se o “foco do Cariri” e, a partir da segunda metade do século XIX, os “focos de São Paulo e Rio Grande do Sul”, que teriam se iniciado com a intensificação da imigração européia para esses dois estados.

Com a expansão da fronteira agrícola para o oeste, o tracoma disseminou-se e tornou-se endêmico, em praticamente todo o Brasil, sendo um importante problema de saúde até a primeira metade do século XX. Apesar da diminuição acentuada na prevalência do tracoma no país, dados do último inquérito nacional de prevalência, realizado em 26 estados e no Distrito Federal, revelam que a doença, na sua forma inflamatória, ocorre em todos os estados e regiões do país, acometendo as populações mais carentes e desassistidas.

O tracoma está relacionado com precárias condições socioeconômicas, de saneamento e de desenvolvimento humano. Em países desenvolvidos, o controle da doença foi alcançado com melhoria das condições de vida.

Uma visão sem fronteiras

O tracoma afeta cerca de 84 milhões pessoas, das quais cerca de 8 milhões são deficientes visuais. Era uma vez endêmica em muitos países. Ele é responsável, atualmente, há mais de 3% dos casos de cegueira no mundo, mas o número continua a mudar, devido ao efeito do desenvolvimento sócio-econômico e os programas de controle para esta doença. Apesar disto, o tracoma continua a ser hiperendêmico em muitos dos mais pobres e remotas áreas rurais pobres da África, Ásia, América Central e do Sul, Austrália e Oriente Médio. A seqüela do tracoma ativo

aparece na idade adulta e em pessoas de meia-idade. Em áreas hiperendêmicas doença ativa é mais comum em crianças pré-escolares com taxas de prevalência tão elevada quanto 60-90%. É muitas vezes atinge os membros mais vulneráveis das comunidades - mulheres e crianças. As mulheres adultas estão em risco muito maior de desenvolver a complicação do tracoma cegante do que os homens adultos. Este risco aumentado foi explicado pelo fato de que as mulheres geralmente passam mais tempo em contacto com crianças pequenas, que são o principal reservatório da infecção.

Uma iniciativa global para eliminar o tracoma como uma doença que cega, intitulado GET 2020 (Global de Eliminação de tracoma), foi lançado sob liderança da OMS, em 1997. “Através desta iniciativa são as actividades de controlo instituído por meio de abordagens cuidados de saúde primários que seguem a baseada em evidências “estratégia” segura“. Este consiste em cirurgia tampa (S), antibióticos para tratar a piscina comunidade de infecção (A), limpeza facial (F) e as mudanças ambientais (E). VISÃO 2020 planos nacionais que o tracoma endereço são escrito em linha com o GET2020 "estratégia" segura e recomendações.

Situação histórico-epidemiológico brasileira

O tracoma não existia entre as populações nativas do Continente Americano. A doença foi trazida pela colonização e imigração europeias. Relata-se que teria sido introduzido no Brasil a partir do século XVIII, no Nordeste, com a deportação dos ciganos que haviam sido expulsos de Portugal e se estabelecido nas Províncias do Ceará e Maranhão, constituindo-se então os primeiros "focos" de tracoma no país, dos quais o mais famoso foi o "foco do Cariri", no sul do atual Estado do Ceará. Além do "foco do Nordeste", outros dois "focos" teriam contribuído decisivamente para a disseminação do tracoma no país, os "focos de São Paulo e Rio Grande do Sul", que teriam se iniciado com a intensificação da imigração europeia para esses dois Estados, a partir da segunda metade do século XIX. Com a expansão da fronteira agrícola em direção ao oeste, o tracoma foi disseminando-se e tornou-se endêmico em praticamente todo o Brasil, sendo encontrado hoje em todo o território nacional.

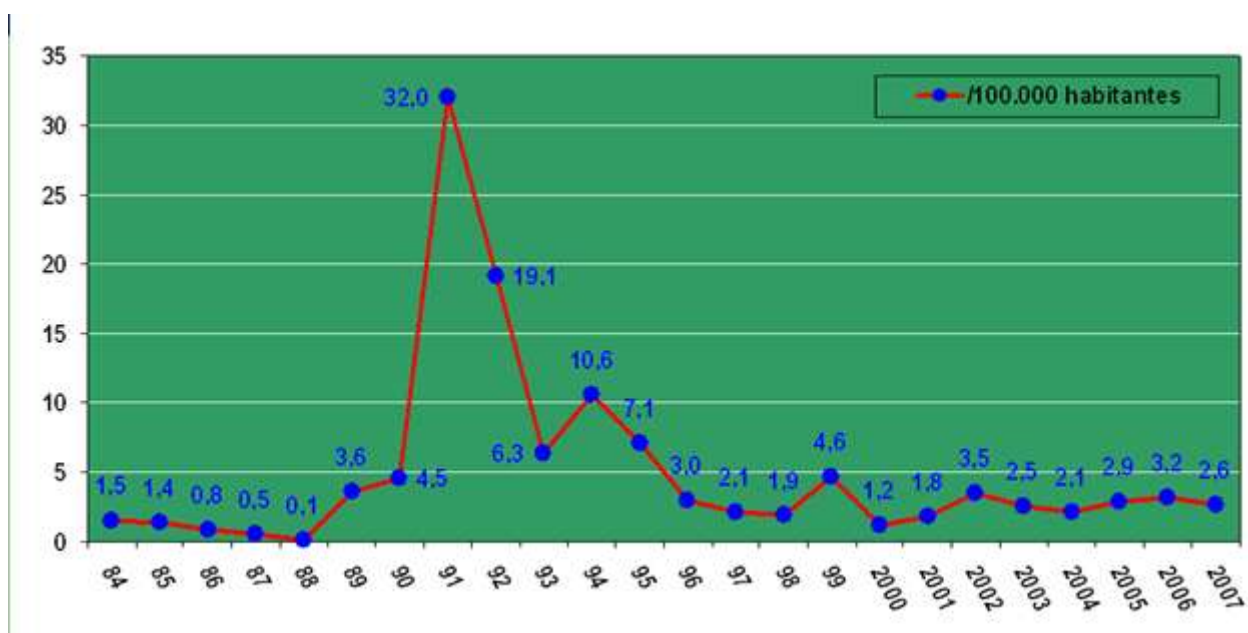


Gráfico 1- Taxa de prevalência de tracoma por 100.00 habitantes no Estado de São Paulo, 1984 – 2007.

A queda acentuada da incidência do tracoma em países industrializados pela melhoria das condições de vida e, especialmente, as de higiene, tem diminuído sua visibilidade como problema em saúde pública. Nas regiões mais desenvolvidas do Brasil assiste-se a fenômeno semelhante. No Estado de São Paulo, por exemplo, houve declínio acentuado da prevalência do tracoma desde meados da década de 1940, permitindo que alguns técnicos considerassem-no "erradicado". No entanto, sua presença volta a ser assinalada nos anos 80, mas com baixa endemicidade. Luna et al. verificaram na região noroeste do Estado de São Paulo prevalência de 2,1% da forma inflamatória do tracoma, atingindo principalmente as populações rurais e periurbanas.

Poucos estudos têm detalhado o comportamento do tracoma em áreas hipoendêmicas. As publicações focalizando a região metropolitana de São Paulo sugerem uma baixa prevalência, porém os estudos não foram conclusivos quanto aos principais fatores de risco, tornando oportuno o desenvolvimento de pesquisa com essa finalidade.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica 2** ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Tracoma no Brasil. Disponível em http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/tracoma/tracoma_dados.html. Acesso em 26 nov. 2009.

TORTORA, G. J; FUNKE, B. R; CASE, C. L. **Microbiologia**. 8 ed. Porto Alegre: Artumed, 2005.