

Ana Patrícia Paz de Oliveira¹
Deusmarina de Carvalho Sampaio¹
Lara Luizy Gomes Silveira¹
Márcia Gabriella Moura Pereira¹
Selonia Patrícia Oliveira Sousa²
Otacílio Batista de Sousa Néto³

A cada inspiração é inalado vários microrganismos; assim o sistema respiratório superior é a principal porta de entrada para patógenos. De fato, as infecções do sistema respiratório são do tipo mais comum de infecção – e um dos mais nocivos, dentre eles destaca-se a Difteria, uma Doença Microbiana do Sistema Respiratório, causada por bacilo toxigênico que freqüentemente se aloja nas amígdalas, faringe, laringe, nariz e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. É caracterizada por placas pseudomembranas típicas. A partir da publicação da matéria *Surto de Difteria mata uma criança no interior do MA*, vejamos as características clínicas e epidemiológicas da doença, bem como seus aspectos clínicos e laboratoriais, além de um breve panorama de seu processo saúde-doença.

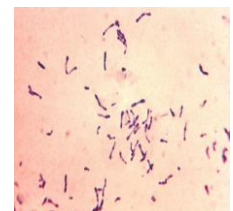
Surto de Difteria mata uma criança no interior do MA⁴.

Duas cidades do interior do Maranhão – Jatobá e São Domingos do Maranhão, a 455 e 399 quilômetros de São Luís, respectivamente – viveram, nos meses de janeiro e fevereiro deste ano, um surto de difteria que deixou um menino de 3 anos morto, outras cinco crianças contaminadas e 34 casos ainda em observação. A informação – até então mantida em sigilo pela Secretaria de Saúde, cujo titular é o ex-deputado Ricardo Murad (PMDB) – foi tornada pública ontem pelo jornalista Raimundo Garrone, em seu blog hospedado no portal do Jornal Pequeno, e confirmada posteriormente ao JP pelo médico Henrique Jorge dos Santos, superintendente estadual da Vigilância Epidemiológica.

Praticamente erradicada no Brasil e na maior parte do mundo, a difteria não surgia no Maranhão desde 1998, quando um registro isolado foi notificado no estado, que enfrenta atualmente uma onda de casos confirmados de gripe A (suína), com um óbito e nove suspeitas de infecção pelo vírus H1N1. De acordo com a Lista de Verificação de Emergências de Saúde Pública (LVE), do Ministério da Saúde, relatório de acesso restrito a profissionais de saúde, mas ao qual o JP teve acesso, a morte do menino contaminado pela difteria ocorreu em 7 de janeiro passado. Ele morava no povoado Lajeado, no município de Jatobá.

Após esse óbito, a Secretaria de Saúde deu início a um trabalho chamado pelos profissionais de saúde de “busca ativa”, com coleta de materiais (secreções do nariz e da garganta) de 107 pessoas do convívio do paciente e das áreas próximas ao povoado Lajeado. Dessas pessoas, após análise, foram confirmados cinco casos de infecção, três de Jatobá e dois de São Domingos do Maranhão. Todos eram crianças (duas de 3 anos, uma de 4, uma de 5 e uma de 9). As crianças já foram tratadas e não correm mais risco de morte. Outros 34 casos estão “em andamento”, ou seja, ainda são investigados pela Vigilância Epidemiológica.

Figura 1 - *Corynebacterium diphtheriae*- agente causador da difteria.



¹ Acadêmicas do 3º período de Enfermagem

² Acadêmica-monitória do Observatório Epidemiológico

³ Professor- orientador da disciplina de epidemiologia do CEUT

⁴ Fonte: www.jornalpequeno.com.br em 25 de março de 2010

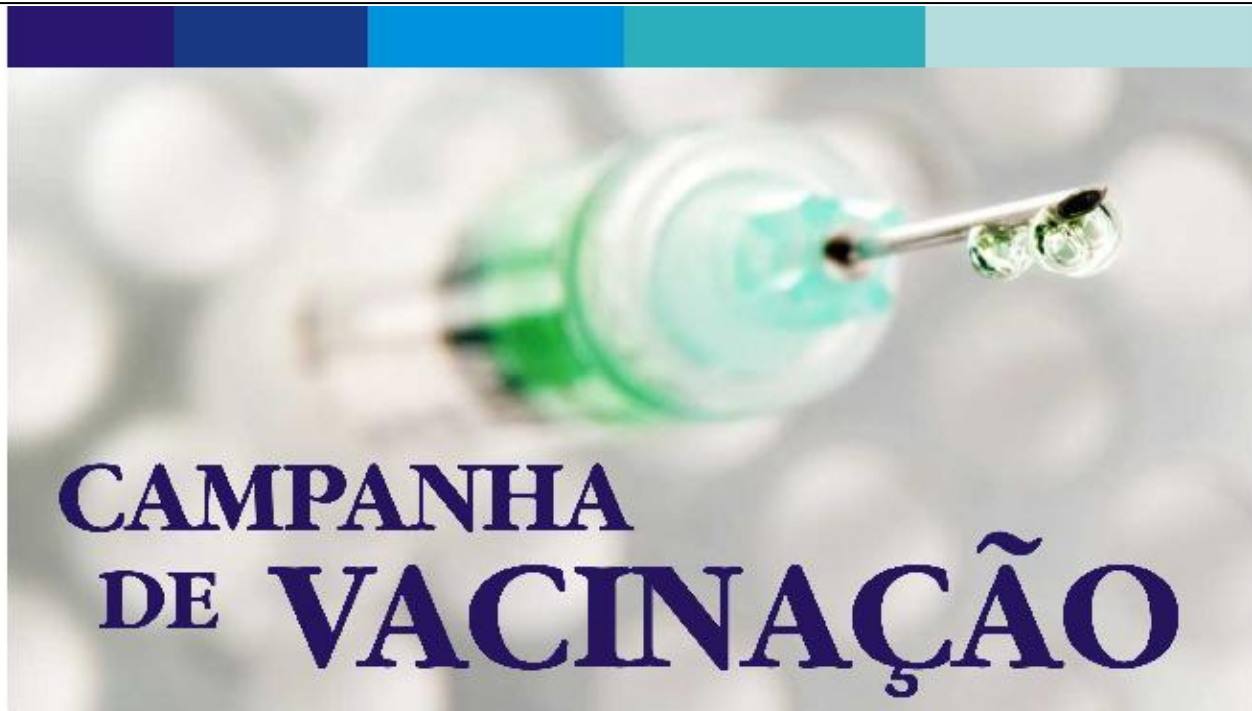


Figura 1 – Campanha de Vacinação contra DT (Difteria e Tétano) em peso do Ministério da Saúde no Brasil

Características Clínicas e Epidemiológicas

- **Descrição:** Doença transmissível aguda, toxiinfecciosa, imunoprevenível, causada por bacilo toxigênico que frequentemente se aloja nas amígdalas, faringe, laringe, nariz e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. É caracterizada por placas pseudomembranosas típicas.
- **Sinonímia:** Crupe.
- **Agente etiológico:** *Corynebacterium diphtheriae*, bacilo gram-positivo, produtor da toxina diftérica, quando infectado por um fago.
- **Reservatório:** O próprio doente ou o portador, sendo este último mais importante na disseminação do bacilo, por sua maior frequência na comunidade e por ser assintomático. A via respiratória superior e a pele são locais habitualmente colonizados pela bactéria.
- **Modo de transmissão:** A transmissão se dá pelo contato direto de pessoa doente ou portadores com pessoa susceptível, através de gotículas de secreção respiratória, eliminadas por tosse, espirro ou ao falar. A transmissão por fômites é pouco frequente, mas pode ocorrer.
- **Período de incubação:** Em geral, de 1 a 6 dias, podendo ser mais longo.
- **Período de transmissibilidade:** Em média, até duas semanas após o início dos sintomas. A antibioticoterapia adequada erradica o bacilo diftérico da orofaringe, de 24 a 48 horas após a sua introdução, na maioria dos casos.

- **Susceptibilidade e imunidade:** A susceptibilidade é geral. A imunidade pode ser naturalmente adquirida pela passagem de anticorpos maternos via transplacentária, que protegem o bebê nos primeiros meses de vida, ou através de infecções inaparentes atípicas que conferem imunidade em diferentes graus, dependendo da maior ou menor exposição dos indivíduos. A imunidade também pode ser adquirida ativamente, através da vacinação com toxóide diftérico.

Aspectos Clínicos e Laboratoriais

▪ Manifestações Clínicas

- placas pseudomembranosas branco-acinzentadas
- prostrado e pálido
- dor de garganta
- febre
- edema do pescoço
- edema periganglionar nas cadeias cervicais e submandibulares

▪ Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial da difteria deverá ser feito com as patologias descritas a seguir:

- difteria cutânea – impetigo, ectima, eczema, úlceras;
- difteria nasal – rinite estreptocócica, rinite sífilítica, corpo estranho nasal;
- difteria amigdaliana ou faríngea – amigdalite estreptocócica, angina monocítica, angina de Plaut Vicent, agranulocitose;
- difteria laríngea – crupe viral, laringite estridulosa, epiglote aguda, inalação de corpo estranho.

▪ Diagnóstico Laboratorial

Realizado mediante a identificação e isolamento do *Corynebacterium diphtheriae* através de cultura de material colhido com técnica adequada das lesões existentes (ulcerações, criptas das amígdalas), exsudatos de orofaringe e de nasofaringe, que são as localizações mais comuns, ou de outras lesões cutâneas, conjuntivas, genitália externa, etc. (ver normas e procedimentos no Anexo 1), mesmo sem as provas de toxigenicidade. A bacterioscopia não tem valor no diagnóstico da difteria, devido à baixa especificidade do método.

▪ Prevenção e Tratamento

Como prevenção possui o soro antidiftérico (SAD) que deve ser feito em unidade hospitalar e cuja finalidade é inativar a toxina circulante o mais rapidamente possível e possibilitar a circulação de excesso de anticorpos, em quantidade suficiente para neutralizar a toxina produzida pelos bacilos. Além da vacina (tríplice bacteriana e dupla adulto), evita o surgimento da doença, que se tornou rara nos países com sistemas de vacinação eficientes.

O retrato da vigilância da doença no mundo

A difteria é uma doença rara nos Estados Unidos, mas ela é ocasionalmente importada de outros países onde ela é endêmica. A vacinação contra a difteria continua a ser recomendada.

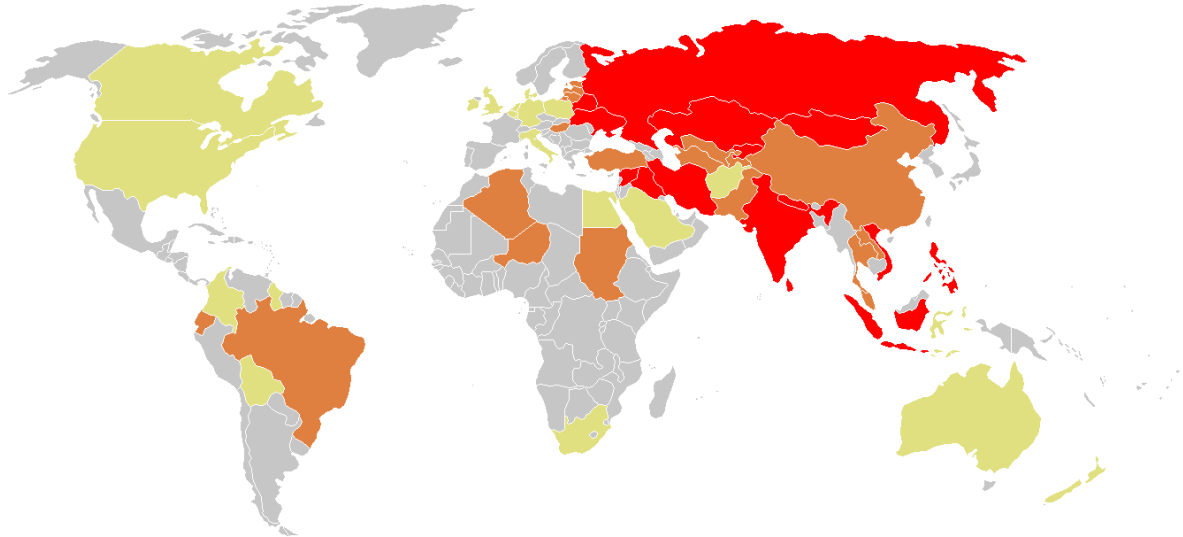


Gráfico 1- Países abrangidos pela Difteria entre 1997e 2006, segundo OMS (Organização Mundial de Saúde)

Legenda:

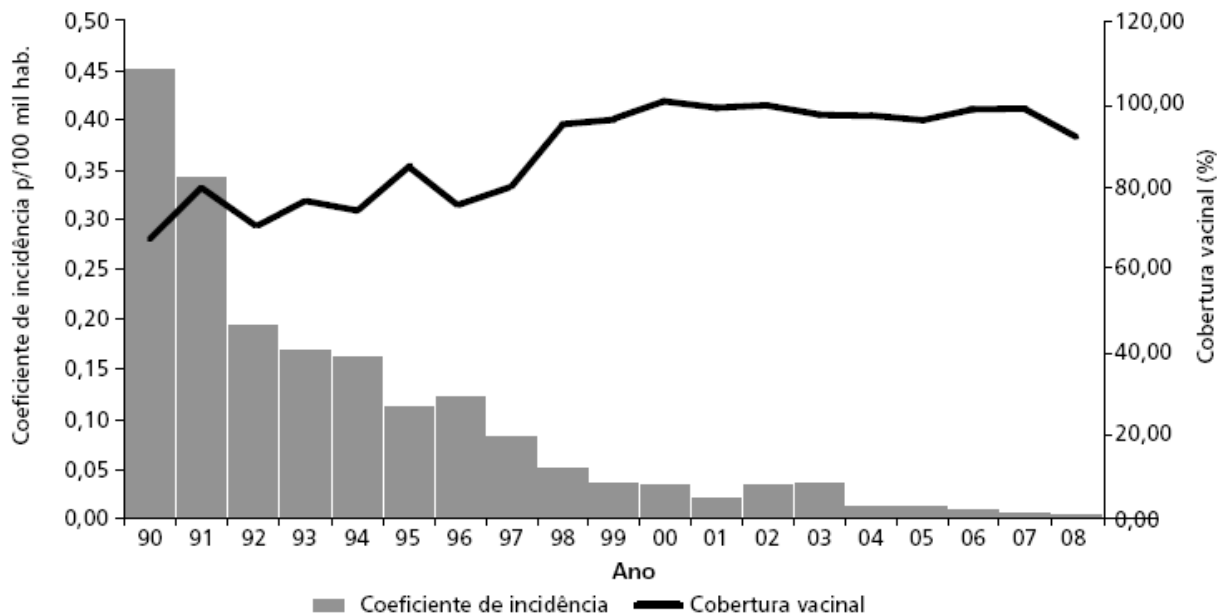
- ◆ Mais de 100 casos notificados (mais de 100 casos notificados)
- ◆ 50-99 casos relatados (entre 50 e 99 casos notificados)
- ◆ 1-49 casos relatados (1-49 casos notificados)
- ◆ Não há casos relatados (não há casos registrados)

Características no cenário brasileiro

O número de casos de difteria notificados no Brasil vem decrescendo progressivamente, provavelmente em decorrência do aumento da utilização da vacina DTP. Em 1990, foram notificados 640 casos, com coeficiente de incidência de 0,45/100 mil habitantes, número que foi progressivamente decaindo até atingir 56 casos em 1999 (coeficiente de incidência de 0,03/100 mil habitantes) e 58 casos em 2000 (coeficiente de incidência de 0,03/100 mil habitantes). Nos anos subsequentes, o número de casos não ultrapassou 50 por ano e o coeficiente de incidência por 100 mil habitantes manteve-se em torno de 0,03. Em 2003, confirmaram-se 40 casos da doença, com coeficiente de incidência de 0,02/100 mil habitantes. A cobertura vacinal com a DTP vem se elevando neste período, passando de 66%, em 1990, para 95%, em 2003. A letalidade esperada varia de 5% a 10%, atingindo 20% em certas situações. No Brasil, este indicador tem apresentado elevações e diminuições, sendo de 8,6%, 18,8% e 22%, em 2000, 2001 e 2002, respectivamente.

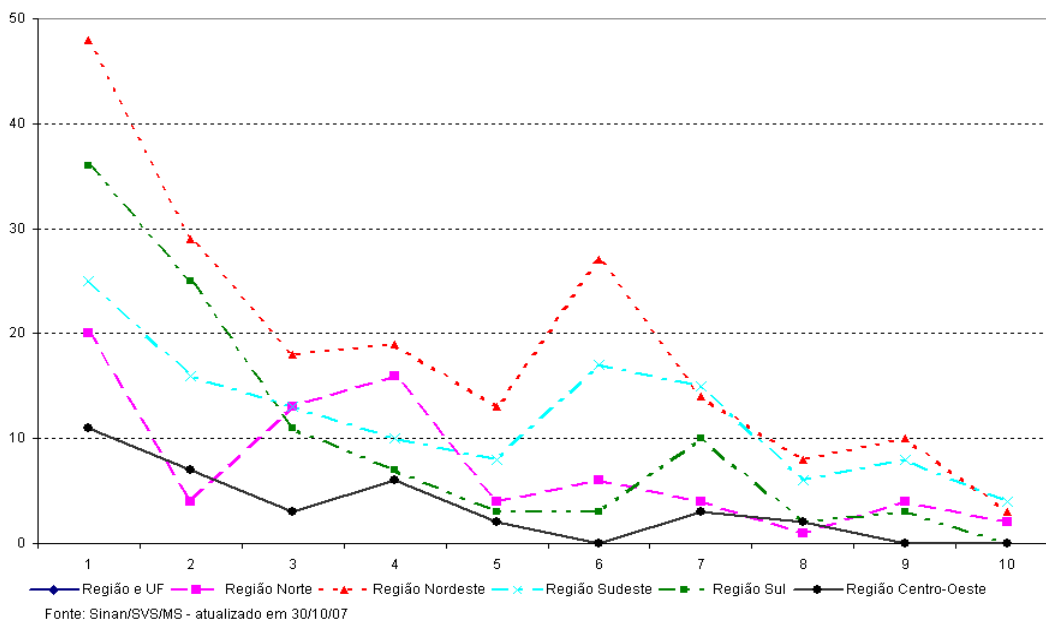
No Brasil, em 2007 não foi registrado nenhum óbito por difteria, já em 2008 um caso da doença evoluiu para óbito.

Gráfico 1. Coeficiente de incidência da difteria e cobertura vacinal pela DTP. Brasil, 1990-2008



Fonte: SVS/MS

Casos confirmados de difteria. Brasil e Grandes Regiões, 1997 - 2006



O Histórico da Difteria no Piauí

Entre 1997 e 2008 foram relatados somente 3 casos no 2000 da dença, somente.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica 6 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Centro de Vigilância Epidemiológica Prof; Alexander Vranjac. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/zoo/fa_informe.htm. Acessado em 27 nov, 2009.

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

Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acessado em 19 de mar, 2010.

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/002_pi_relatorio_de_situacao.pdf acessado em 19 de mar, 2010.

O Comitê Consultivo da FDA recomenda a aprovação de ADACEL™, vacina tríplice contra o tétano, difteria e coqueluche da sanofi-pasteur disponível em: <http://www.sanofi-aventis.com.br/live/br/>. Acessado em 19 de mar, 2010