

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

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

A área da Coordenadoria Regional de Saúde Oeste (CRSO) apresentou coeficiente de incidência maior que o MSP em 2018 e 2019 e letalidade maior em 2019, conforme Tabela 1.

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

Leptospirose	2017		2018		2019	
	MSP	CRSO	MSP	CRSO	MSP	CRSO
Casos notificados	827	43	770	46	808	50
Casos confirmados	181	12	133	14	166	19
Óbitos	26	0	19	0	16	2
Letalidade	14,36	0,00	14,29	0,00	9,64	10,53
Incidência (100.000 habitantes)	1,55	1,13	1,13	1,31	1,41	1,77

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

MSP: Município de São Paulo

CRSO: Coordenadoria Regional de Saúde Oeste

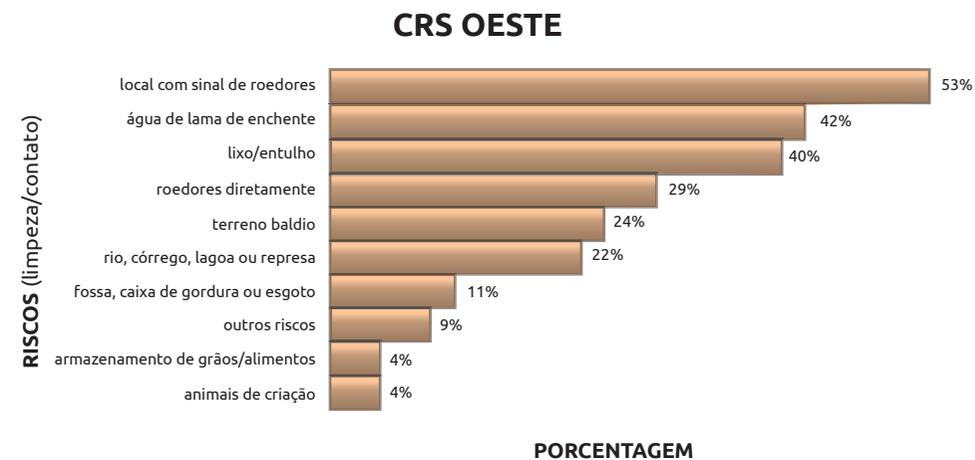
A doença acomete principalmente populações residentes em áreas de risco nas quais há fatores determinantes para manutenção desta realidade: ocupação de fundos de vale, proximidade a córregos, precariedade de saneamento básico e no padrão de habitabilidade, deficiências na coleta e destinação de resíduos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



Na CRSO, 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 Oeste (2017 - 2019 - MSP)



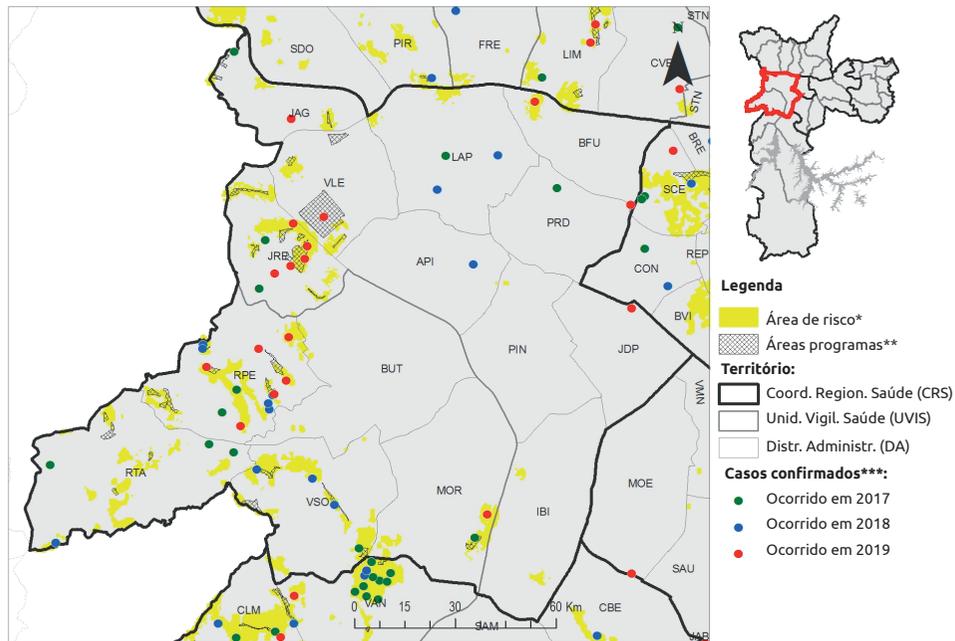
Fonte: SINANNET (dados provisórios até 07/11/2019)

Em 2012, foram selecionadas as áreas com o maior risco de transmissão de leptospirose e as prioritárias para controle de roedores. Na CRSO, 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.

**Figura 1.** 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 N° 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.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)
<p><b>Adultos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amoxicilina: 500 mg, VO, 8/8h, por 5 a 7 dias</li> <li>ou</li> <li>- Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h, por 5 a 7 dias.</li> </ul>	<p><b>Adultos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penicilina G Cristalina: 1.5 milhões UI, IV, de 6/6 horas; ou</li> <li>- Ampicilina : 1 g, IV, 6/6h; ou</li> <li>- Ceftriaxona: 1 a 2 g, IV, 24/24h ou Cefotaxima: 1 g, IV, 6/6h.</li> <li>Alternativa: Azitromicina 500 mg, IV, 24/24h</li> </ul>
<p><b>Crianças:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amoxicilina: 50 mg/kg/dia, VO, divididos, 8/8h, por 5 a 7 dias;</li> </ul>	<p><b>Crianças:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penicilina cristalina: 50 a 100.000 U/kg/dia, IV, em quatro ou seis doses; ou</li> <li>- Ampicilina: 50-100 mg/kg/dia, IV, dividido em quatro doses; ou</li> <li>- Ceftriaxona: 80-100 mg/kg/dia, em uma ou duas doses, ou Cefotaxima: 50-100 mg/kg/dia, em duas a quatro doses.</li> <li>Alternativa: Azitromicina 10 mg/kg/dia, IV</li> </ul>

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.