

CARACTERÍSTICAS GERAIS

DESCRIÇÃO

O tracoma é uma afecção inflamatória ocular crônica, uma ceratoconjuntivite crônica recidivante, que em decorrência de infecções repetidas, produz cicatrizes na conjuntiva palpebral, podendo levar a formação de entrópion (pálpebra com a margem virada para dentro do olho) e triquíase (cílios invertidos tocando o olho). As lesões resultantes desse atrito produzem alterações na córnea, que podem resultar em baixa da acuidade visual e cegueira.

AGENTE ETIOLÓGICO

A *Chlamydia trachomatis*, bactéria gram-negativa, dos sorotipos A, B, Ba e C.

RESERVATÓRIO

A única fonte de infecção é o homem com infecção ativa na conjuntiva ou outras mucosas. Crianças até 10 anos, com infecção ativa, é o principal reservatório do agente etiológico nas populações nas quais o tracoma é endêmico, podendo portar a Clamídia não apenas na conjuntiva, mas também nos tratos respiratório e gastrointestinal. ~~Não há reservatório animal do tracoma.~~ A Clamídia sobrevive pouco tempo no meio ambiente externo, fora do hospedeiro humano.

MODO DE TRANSMISSÃO

A principal forma de transmissão é a direta, de pessoa a pessoa, ou indireta, através de objetos contaminados (toalhas, lenços, fronhas). Alguns insetos, como a mosca doméstica (*Mosca domestica*) e/ou a “lambe-olhos” (*Hippelates spp.*), podem atuar como vetores mecânicos. A transmissão só é possível quando existir lesões ativas, sendo mais intensa no início da doença e quando existir infecções bacterianas associadas.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação é de 5 a 12 dias. Todos os indivíduos são suscetíveis a doença, sendo as crianças as mais sensíveis, inclusive as reinfecções. Não se observa imunidade natural ou adquirida à infecção pela *Chlamydia trachomatis*. Embora a Clamídia seja um agente de baixa efetividade, é vasta a sua distribuição no mundo.

PERÍODO DE TRANSMISSÃO

A transmissão ocorre enquanto houver lesões ativas nas conjuntivas, podendo durar anos.

DEFINIÇÃO DE CASO

SUSPEITO

Indivíduos que apresentam história de “conjuntivite prolongada” ou referem sintomatologia ocular de longa duração (ardor, prurido, sensação de corpo estranho, fotofobia, lacrimejamento e secreção ocular), especialmente na faixa etária de 1 a 10 anos. Os comunicantes de casos confirmados de tracoma também devem ser considerados casos suspeitos.

CONFIRMADO

Considera-se caso confirmado de tracoma qualquer indivíduo que, por meio de exame ocular externo, apresentar um ou mais dos seguintes sinais:

- Inflamação Tracomatosa Folicular (TF)
- Inflamação Tracomatosa Intensa (TI)
- Cicatrização Conjuntival Tracomatosa (TS)
- Triquíase Tracomatosa (TT)
- Opacificação Corneana (CO)

A confirmação do caso é essencialmente clínica, por meio da verificação dos sinais-chave, ao exame ocular externo.

NOTIFICAÇÃO

O tracoma não é doença de notificação compulsória nacional, contudo no Tocantins, é obrigatória a notificação, a qual deve ser inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-Net), do Ministério da Saúde.

INVESTIGAÇÃO

A investigação epidemiológica deve se dirigir, prioritariamente, aos domicílios e as instituições educacionais e/ou assistenciais em áreas de risco social de municípios com menores indicadores de qualidade de vida e aos antigos bolsões da endemia, que constituem locais onde existe maior probabilidade de ocorrência da doença.

ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

QUADRO CLÍNICO

Nos períodos iniciais da infecção, o tracoma aparece em forma de conjuntivite folicular, com hipertrofia papilar e infiltração inflamatória que se estende por toda a conjuntiva, principalmente a conjuntiva tarsal superior. Em casos leves os folículos regridem e em casos mais graves podem se tornar necróticos, deixando uma pequena cicatriz conjuntival que dependendo da inflamação pode

evoluir para cicatrizes mais extensas, e com o passar do tempo podem causar distorção nas pálpebras, com inversão dos cílios provocando triquíase.

Os cílios invertidos tocando a córnea podem provocar ulcerações e conseqüentemente, opacificação corneana, que é a responsável pela acuidade visual baixa e cegueira.

A gravidade da doença dá-se principalmente pelos episódios freqüentes de reinfecções e pelas conjuntivites bacterianas associadas.

Os sintomas do tracoma inflamatório são lacrimejamento, sensação de corpo estranho, fotofobia discreta e secreção purulenta em pequena quantidade. Somente haverá secreção purulenta em grande quantidade, se houver infecção bacteriana associada, porém, dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica revelaram que 25% dos indivíduos com tracoma inflamatório são assintomáticos.

Os pacientes que apresentam triquíase e entrópio manifestam dor constante (devido aos cílios tocarem a córnea), assim como os portadores de ulceração corneana que podem ter fotofobia associada.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnostico laboratorial deve ser utilizado para a constatação da circulação do agente etiológico na comunidade, e não para a confirmação de cada caso individualmente.

A técnica laboratorial padrão-ouro para o diagnostico das infecções por *Chlamydia trachomatis* e a cultura. A Clamídia é um micro-organismo de vida obrigatoriamente intracelular, portanto só cresce em cultura de células. Poucos laboratórios do Brasil desenvolvem rotineiramente culturas celulares para o diagnostico de Clamídia. Trata-se de um procedimento complexo e caro, e que não está disponível para uso na rotina do programa de controle do tracoma.

DIGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

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).

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

TRATAMENTO

O objetivo do tratamento é a cura da infecção. Em nível populacional, o objetivo é interromper a cadeia de transmissão da doença e diminuir a circulação do agente etiológico na comunidade, o que leva à redução da frequência das reinfecções e da gravidade dos casos.

O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde é: Azitromicina – 20 mg/kg de peso em dose única, via oral, dose máxima 1 g.

Esse medicamento é distribuído pelo Ministério da Saúde, nas apresentações de comprimidos de 500 mg e suspensão de 600 mg. Seu uso está regulamentado pela Portaria do Ministério da Saúde/GM nº 67, de 22 de dezembro de 2005 e suas alterações.

Deverão receber tratamento com Azitromicina pessoas com tracoma ativo, ~~de qualquer sexo~~, a partir dos seis meses de idade.

Categorias de risco na gravidez: a Azitromicina é um medicamento classificado como risco B – os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não há estudos controlados em mulheres grávidas. Recomenda-se o uso em gestantes, sob prescrição médica e após o primeiro trimestre da gravidez.

CONTRAINDICAÇÃO DO TRATAMENTO COM AZITROMICINA

O tratamento com Azitromicina é contraindicado nos seguintes casos:

- Doenças terminais e imunodepressoras e hepatopatias.
- Hipersensibilidade conhecida aos macrolídeos, em geral, ou à Azitromicina, especificamente.
- Em pacientes com insuficiência renal grave e pacientes com miocardiopatia dilatada.
- Tratamento concomitante com Astemizol ou Terfenadina.
- Tratamento concomitante com derivados do ergo (Ergotamina), Nelfinavir, Pimozida, Amiodarona, Disopiramida, Rifabutina, Digoxina, Teofilina, Varfarina, Opióides, Carbamazepina, Ciclosporina.

Os casos que se enquadram em qualquer um desses critérios de exclusão deverão ser avaliados por médicos.

ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

TRATAMENTO TÓPICO:

- Tetraciclina a 1% - pomada oftálmica, usada duas vezes ao dia durante seis semanas.
- Sulfa - colírio, usado quatro vezes ao dia durante seis semanas, que substitui a falta de tetraciclina ou por hipersensibilidade à mesma.
- Azitromicina a 1,5% colírio instilado duas vezes ao dia durante três dias.

Atualmente a maioria deles não se encontra disponível no mercado brasileiro e são indicados na falta de Azitromicina sistêmica, e os dois primeiros, nos casos de hipersensibilidade à Azitromicina.

TRATAMENTO SISTÊMICO:

- Eritromicina - 250 mg, quatro vezes ao dia durante três semanas (50 mg/kg de peso ao dia).
- Doxaciclina - 100 mg/dia, duas vezes ao dia durante três semanas (somente para maiores de dez anos).

ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO

Com vistas à eliminação, diferentes estratégias de tratamento que podem ser utilizadas conforme a tabela a seguir:

Estratégias de tratamento do tracoma com Azitromicina

Proporção de crianças de 1 a 9 anos com tracoma	Tratamento com Azitromicina
≥10% de tracoma folicular (TF)	Tratamento coletivo de toda comunidade por três anos seguidos
5% e <10% de tracoma folicular (TF)	Tratamento familiar/domiciliar ou coletivo*
<5% de tracoma folicular (TF)	Tratamento familiar/domiciliar

Fonte: CGHDE/DEVEP/SVS

* Se a prevalência de TF estiver entre 5% e <10%, após três anos consecutivos de tratamento coletivo, deve-se avaliar a estratégia a ser adotada.

Nas comunidades em que a prevalência de base se encontra entre 5% a <10%, as intervenções de educação em saúde e melhorias de saneamento e de acesso à água e destino adequado dos dejetos devem ser implementadas.

TRATAMENTO DO CASO E SEUS COMUNICANTES

Utiliza-se o tratamento domiciliar com Azitromicina para todos os membros de um núcleo familiar, quando detectado um ou mais casos de tracoma inflamatório (TF e/ou TI) e a prevalência do tracoma encontra-se abaixo de 10%. Realizar tratamento de todos os moradores da residência, independente do número de pessoas no domicílio.

TRATAMENTO COLETIVO EM ESCOLARES

Quando a prevalência de tracoma inflamatório (TF/TI) for maior ou igual a 10% em escolares de uma mesma sala de aula, todos os alunos desta sala deverão ser tratados. Realizar tratamento de todos os comunicantes domiciliares.

Quando a prevalência de tracoma inflamatório (TF/TI) for $\geq 10\%$ em toda a escola, realizar tratamento de todos os alunos da escola. Realizar busca ativa e tratar os comunicantes domiciliares dos escolares.

TRATAMENTO COLETIVO

Realiza-se o tratamento coletivo, durante três anos consecutivos com o antibiótico Azitromicina, quando as prevalências de tracoma inflamatório (TF e/ou TI) em população de crianças de 1 a 9 anos de idade forem iguais ou maiores que 10%, em distritos, territórios, localidades, comunidades etc.

A estratégia de tratamento coletivo tem como objetivo diminuir a circulação da Clamídia na comunidade com vistas à eliminação do tracoma como causa de cegueira. Atingir uma cobertura de pelo menos 80% da população elegível.

Além do tratamento medicamentoso, as medidas de promoção e os cuidados da higiene pessoal e familiar, tais como o estímulo a manter limpo o rosto das crianças e os ambientes domiciliares, não acumular o lixo no interior das residências, dar destino adequado ao lixo (que contribui para diminuir a concentração de moscas), acesso à água e melhorias ambientais e de saneamento podem ter um impacto significativo na redução da prevalência e da gravidade dos casos.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Todos os casos de entrópio palpebral e triquíase tracomatosa deverão ser encaminhados para avaliação oftalmológica para verificar a necessidade de cirurgia corretiva das pálpebras. A epilação dos cílios é indicada aos pacientes que vivem em locais de difícil acesso, enquanto aguardam cirurgia.

É importante orientar os pacientes que a cirurgia corretiva das pálpebras pode não ser eficaz, sendo necessária uma nova intervenção cirúrgica, pois há alta taxa de recidiva, mesmo com as melhores técnicas cirúrgicas.

Todos os pacientes com opacidade corneana (CO) devem ter medida a sua acuidade visual e encaminhados à referência oftalmológica.

A cirurgia de transplante de córnea, nos casos de CO, quando indicada, geralmente não apresenta bons resultados.

ACOMPANHAMENTO

TRATAMENTO DOMICILIAR

Todos os casos de tracoma inflamatório (TF e/ou TI) devem ser examinados para controle de tratamento após seis meses do início do tratamento e serem revistos pelo menos uma vez, para o

controle da cura, em um período total de um ano. Repetir o tratamento dos casos em que se constata a persistência de sinais clínicos do tracoma inflamatório, após seis meses de início do tratamento.

TRATAMENTO COLETIVO

O controle do tratamento coletivo deve ser realizado após três anos do tratamento inicial, quando deverá ser realizada uma avaliação da situação epidemiológica por meio de inquéritos domiciliares de prevalência de tracoma na população da área de abrangência.

Se, após três anos consecutivos de tratamento coletivo, a prevalência do tracoma inflamatório (TF/TI) em crianças de 1 a 9 anos de idade permanecer maior ou igual a 10%, o tratamento coletivo de toda a população da área de abrangência deve ser mantido repetindo-se mais um ciclo de três anos.

Se, após três anos consecutivos de tratamento, a prevalência do tracoma inflamatório (TF/TI) em crianças de 1 a 9 anos de idade for menor que 10%, inquéritos devem ser realizados para determinar o nível de prevalência na comunidade, em áreas de menor abrangência. Nas comunidades nas quais a prevalência é menor que 5%, o tratamento coletivo deve ser interrompido. Nas áreas da comunidade onde a prevalência encontra-se entre 5% a < 10%, o tratamento coletivo deve ser mantido por mais um ano. Interromper o tratamento coletivo quando a prevalência se encontrar abaixo de 5%.

Após a interrupção do tratamento coletivo, quando a prevalência do tracoma inflamatório (TF/TI) em crianças de 1 a 9 anos de idade for menor que 5%, na área de abrangência, medidas de vigilância pós-tratamento coletivo devem ser implementadas para monitoramento de situação epidemiológica e certificação da eliminação do tracoma como causa de cegueira.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Os casos de entrópio e/ou triquíase, submetidos à cirurgia deverão ser acompanhados para diagnóstico de possíveis recidivas.

CRITÉRIOS DE ALTA

A alta clínica do caso de tracoma ativo (TF e/ou TI) será dada após seis meses do início do tratamento, desde que não existam mais sinais de tracoma, isto é, menos do que cinco folículos com menos de 0,5mm de diâmetro, redução do edema e hiperemia da conjuntiva.

A alta por cura sem cicatrizes será dada após o segundo retorno, aproximadamente um ano (12 meses) do início do tratamento, quando não se evidenciam sinais clínicos do tracoma ativo (TF e/ou TI) e na ausência de cicatrizes tracomatosas na conjuntiva.

A alta por cura com cicatrizes será dada após o segundo retorno, aproximadamente um ano (12 meses) do início do tratamento, quando não se evidenciam sinais clínicos de tracoma ativo (TF e/ou TI) e na presença de cicatrizes conjuntivais características de tracoma (TS).

O critério para encerramento de caso é o da alta por cura sem cicatrizes. O caso deve sair do sistema de controle de tratamento.

Indivíduos que receberam alta por cura com cicatrizes deverão ser acompanhados regularmente, a fim de se detectar precocemente possíveis alterações palpebrais (entrópio e/ou triquíase).

RECIDIVA DO CASO

Deve-se considerar recidiva quando o paciente apresentar sinais de tracoma inflamatório (TF/TI), após ter recebido alta clínica na visita de controle anterior.

Deve-se repetir o tratamento nos casos em que se constata persistência de sinais clínicos do tracoma inflamatório, considerando que estudos realizados comprovam que 25% a 30% dos casos de tracoma inflamatório necessitam de retratamento.

REINFECÇÃO

Deve-se considerar reinfecção quando o paciente recebeu alta por cura e foi constatada a presença de sinais clínicos de tracoma em novo exame ocular. Nesta situação, deve-se registrar o caso como novo e reiniciar todo o processo de registro, de tratamento e de controle.

REFERÊNCIAS

Não há uma rede de referência sistematizada, sendo os oftalmologistas dos centros de referência dos municípios: Araguaína, Augustinópolis, Graráí, Gurupi, Porto Nacional e Palmas.

INSTRUMENTOS DISPONÍVEIS PARA CONTROLE

Todo caso de tracoma inflamatório (TF e/ou TI) deve ser tratado com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão da doença, com os esquemas de tratamentos anteriormente referidos. Não há necessidade de isolamento dos pacientes afetados. Na dependência da proporção de casos na comunidade, proceder de acordo com orientações para a realização de tratamento domiciliar ou tratamento coletivo. A partir do caso inicial, desencadear as atividades de busca ativa.

As ações preventivas referentes às vias de transmissão mais eficazes são a melhoria das condições de saneamento básico, incluindo-se o controle dos vetores, a melhoria de cuidados corporais, de higiene pessoal e familiar e as melhorias da habitação, do acesso à água, do destino adequado dos dejetos e da qualidade de vida da população.

LOCAL ONDE A MEDICAÇÃO (AZITROMICINA) FICA ARMAZENADA E TRATAMENTO DO PACIENTE:

A azitromicina fica armazenada nas UBS dos municípios pactuados, e sob a responsabilidade do Coordenador Municipal de Vigilância Epidemiológica.

Ao fazer o exame, cujo resultado é positivo para tracoma, o examinador padronizado (médico ou enfermeiro), irá administrar a medicação no local, ou agendar o retorno para administração da mesma.

LISTA DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS (ESTADO/MINISTÉRIO DA SAÚDE):

Azitromicina 500 mg comprimido

Azitromicina 600 mg suspensão

MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS (ver Manual de Vigilância do Tracoma e sua eliminação como causa de cegueira):**Tópico**

Tetraciclina a 1% - pomada oftálmica

Sulfa – colírio

Azitromicina a 1,5% - colírio

Sistêmico

Eritromicina

Doxiciclina

Obs: Os medicamentos alternativos não são dispensados pela Secretaria Estadual de Saúde/Ministério da Saúde.

ANEXOS:

Manual de vigilância do tracoma e sua eliminação como causa de cegueira

Fluxograma Vigilância do Tracoma

Ficha pré-numerada de notificação no SinanNet

Cartão de gradação – Tracoma

Tabela de azitromicina

Ficha 1 Inquérito

Ficha 2 Inquérito

Formulário de dispensação de medicamentos/controlado de tratamento do tracoma

Para acesso a todos os anexos, **Acesse o link:** <http://goo.gl/dsTbEr> através do seu navegador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância do tracoma e sua eliminação como causa de cegueira / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 52 p.

Site www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tracoma/tracoma_def.html acessado no dia 20 de fevereiro de 2015.

CONTATOS

Gerência de Doenças Vetoriais e Zoonoses

Assessoria Técnica de Malária e Tracoma

Quadra 104 Norte, AV. LO 02, Lote 30, Ed. Lauro Knop, 2º andar

CEP: 77006-022 – Palmas -TO

Tel.: 63 3218-1778

Fax: 63 3218-1735

e-mail: vigitracoma@gmail.com

FLUXO VIGILÂNCIA DO TRACOMA

