

Síndrome de Fadiga Pós-Febre Q

Possível mesmo em casos leves da doença

Após a fase aguda da febre Q, até 40 % dos casos ainda apresentam sintomas clínicos e comprometimentos na qualidade de vida, que podem persistir por 12 a 24 meses.

Principais sintomas:

- Fadiga (cansaço/exaustão)
- Comprometimento significativo na capacidade de execução de atividades diárias
- Dificuldade de concentração
- Dores musculares
- Suores noturnos
- O nível de desempenho e a capacidade de trabalho anteriores não são alcançados mesmo após um ano

A síndrome de fadiga pós-febre Q representa um desafio terapêutico, pois a doença não pode ser influenciada pela administração de antibióticos, razão pela qual recomendam-se abordagens psicossomáticas de tratamento e terapias comportamentais.

Relevância Clínica

Após uma infecção aguda por febre Q, há um risco relevante a médio e longo prazo de comprometimento da qualidade de vida e de desempenho.

Diagnosticar e tratar a febre Q em um estágio inicial previne consequências de longo prazo.

Mais informações Q-GAPS

Programa alemão de pesquisa interdisciplinar sobre febre Q

Coordenadora: Prof. Dr. Anja Lührmann,
Anja.Luehrmann@uk-erlangen.de

Homepage: www.q-gaps.de

E-Mail: info@q-gaps.de



Contato para casos de infecções por febre Q

Contactar a autoridade sanitária nacional/local ou o laboratório nacional/local de referência.

Publicado por: Instituto de Microbiologia da Bundeswehr, Munique, Alemanha

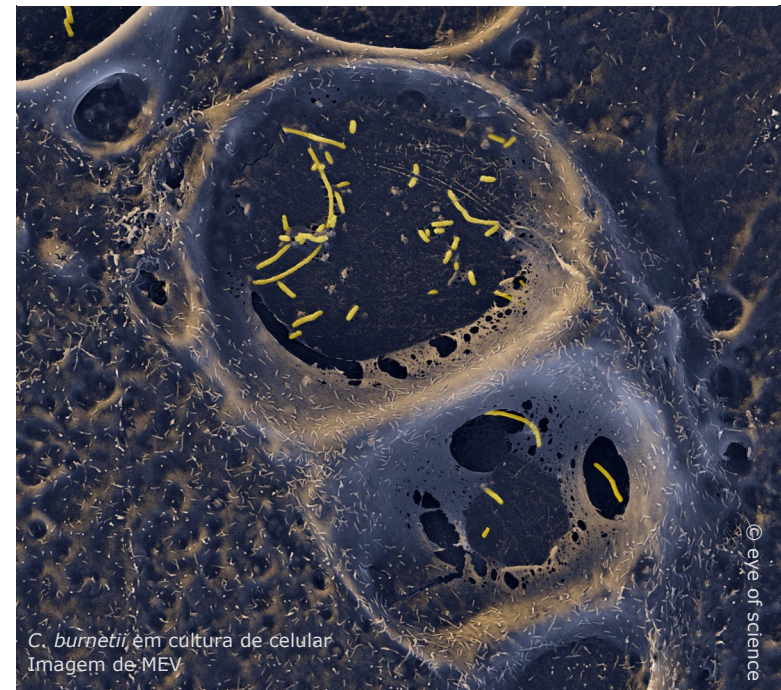
Tradução: Dr. Gustavo Rodrigues Makert dos Santos (Instituto Fraunhofer de Terapia Celular e Imunologia, Leipzig, Alemanha) e Fernando Makert (Inteligência Natural, Brasil)

Última atualização: Maio 2025

Este folheto foi financiado pelo Ministério Federal da Educação e Pesquisa (BMBF) sob o número de projeto 01KI1726A-G como parte da Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Infecciosas Zoonóticas.

Febre Q

Mais do que apenas uma
Infecção gripal



C. burnetii em cultura de celular
Imagem de MEV

© eye of science

Informações sobre febre Q em humanos



SPONSORED BY THE



Federal Ministry
of Education
and Research

O que é febre Q?

A febre Q é uma doença zoonótica endêmica no Brasil e em todo o mundo, causada pela bactéria *Coxiella* (C.) *burnetii*.

A transmissão para humanos ocorre principalmente por via aerógena, através da inalação de secreções infecciosas de animais (como ovelhas, cabras, gado) ou, de forma muito mais rara, por via oral através de alimentos contaminados (leite/produtos lácteos não pasteurizados).

Devido aos sintomas não específicos, a febre Q pode ser facilmente confundida com uma infecção gripal.

O que é Q-GAPS?

Q-GAPS (Q-Fever German Interdisciplinary Program for Research) é um consórcio interdisciplinar de médicos, veterinários e biólogos com extraordinária experiência, competência e amplitude de conhecimento sobre o patógeno da febre Q, *C. burnetii*, que irá implementar a estratégia One Health para a febre Q.

Objetivo: Abordar e esclarecer questões não resolvidas sobre epidemiologia, imunologia, patogênese, monitoramento e controle de *C. burnetii*, incluindo a criação de uma rede de conhecimento para todos os aspectos da infecção por *C. burnetii*.

Com este folheto, o Q-GAPS pretende fornecer um ponto de referência geral para os profissionais da medicina

Diagnóstico da febre Q

O padrão ouro para diagnóstico da febre Q em humanos é a detecção de anticorpos específicos no soro contra as duas variantes de fase de *C. burnetii* por meio de teste de imunofluorescência (IFT) ou ELISA. Com base nos níveis de anticorpos (IgG e IgM, Fase 1 e 2), é possível distinguir entre uma doença aguda e uma crônica. No entanto, resultados reativos em ELISA devem ser confirmados por IFT. Além disso, deve ser realizado uma PCR para detectar o DNA específico de *Coxiella*. A PCR é eficaz, pois durante a infecção aguda, especialmente na fase inicial da doença, ainda não há anticorpos específicos detectáveis, e a infecção poderia passar despercebida sem o uso da PCR ou ser diagnosticada apenas pela análise de um segundo soro.

Febre Q aguda

Clínica em humanos

Após um período de incubação de 1-3 semanas, cerca de 40% dos infectados apresentam sintomas clínicos, enquanto nos outros 60% a infecção é assintomática. Os sintomas clínicos podem ser semelhantes aos da gripe como cefaleia retro-orbital, febre, cansaço, dor nos membros e calafrios.

Manifestações em órgãos como pneumonia atípica e hepatite granulomatosa ocorrem em cerca de 10% dos casos. Muito raramente, a doença leva a miocardite, pericardite ou meningoencefalite.

A infecção aguda durante a gravidez pode aumentar o risco de aborto (principalmente quando a infecção inicial ocorre no primeiro trimestre de gravidez), parto prematuro, placentite ou baixo peso ao nascer. Ainda não foi descrita a transmissão intrauterina com sequelas tardias para a criança.

Terapia

Medicamento de primeira linha: Doxiciclina (Dose: 2 x 100 mg/dia, 14 dias).

Durante a gravidez: Cotrimoxazol (Dose: 800mg/160mg, 2x ao dia).

Antibióticos alternativos: Macrolídeos (Azithromicina, Claritromicina) ou fluoroquinolonas.

Febre Q crônica

Quando o diagnóstico é raro e tardio

A infecção aguda por *C. burnetii* evolui para uma condição crônica em cerca de 1% dos casos (depois de a infecção persistir por mais de 6 meses), frequentemente manifestando-se clinicamente na forma de endocardite. Mais raramente, pode ocorrer, por exemplo, hepatite granulomatosa ou osteomielite. Não é incomum que essas queixas e sintomas apareçam anos depois de um período assintomático. A forma crônica requer terapia prolongada (vários anos) e, se não tratada, a taxa de complicações pode chegar a 40%, com risco significativo de mortalidade.

Grupos de risco

Pacientes com doenças cardiovasculares preexistentes ou imunossupressão grave apresentam um risco significativamente maior de transição para uma infecção crônica por *C. burnetii*.

Um estudo holandês mostra que alterações aórticas/ilíacas e outras alterações endoteliais vasculares, em combinação com febre Q aguda, apresentam um risco de 30% de evoluir para febre Q crônica.

Recomendações

Uma profilaxia antibiótica de 12 meses com doxiciclina em combinação com hidroxiquina após uma forma aguda pode prevenir a evolução para a forma crônica nos grupos de risco mencionados.

Também se recomenda a realização regular (no mínimo anualmente) de monitoramento em pacientes dos grupos de risco com altos níveis de anticorpos IgG específicos de fase 1.

Quando a forma crônica já se estabeleceu, uma terapia combinada de pelo menos 18-24 meses com doxiciclina e hidroxiquina deve ser realizada.

Também na febre Q crônica é necessário o monitoramento regular.

DICA Informações adicionais sobre o tema febre:

www.q-gaps.de ou info@q-gaps.de

Recomenda-se um novo exame sorológico de pacientes com febre Q aguda no período de um ano para excluir uma possível evolução crônica.

Deve-se excluir a infecção por *C. burnetii* em casos de endocardite com cultura negativa, alterações aórticas/ilíacas e antes de cirurgias cardíacas.