

# **MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SOROCABA**

(5ª edição)

2023

## **Ficha Técnica**

### **Secretário Municipal de Saúde**

Cláudio Pompeo Chagas Dias

### **Gestora de Vigilância em Saúde**

Ana Paula Diegues Trindade

### **Chefe de Divisão de Vigilância Epidemiológica**

Juliana Dias Mome Taver

### **Chefe de Seção de Vigilância Epidemiológica**

Lidiane Hernandes Lemos

### **Supervisora de Área de Saúde**

Íris Domingues de Araújo e Silva

## Colaboradores responsáveis pela elaboração e revisão dos protocolos:

|                                  |                      |               |
|----------------------------------|----------------------|---------------|
| Ângela Monteiro Moraes Sanches   | Enfermeira           | Coren: 51266  |
| Crisléia Midiã Martins Ferrareto | Bolsista / Apoiadora |               |
| Giovana Budart                   | Enfermeira           | Coren: 157964 |
| Patrícia de Paula Oliveira       | Enfermeira           | Coren: 120275 |
| Priscila Helena dos Santos       | Médica               | CRM: 83159    |
| Rafael Gonçalves Reinoso         | Farmacêutico         | CRF: 41511    |

## SUMÁRIO

|  |
|--|
| Acidentes por animais peçonhentos   5  |
| Botulismo   14   |
| Coqueluche   18  |
| Dengue, Chikungunya e Zika   24  |
| Doença de Chagas Aguda   32  |
| Esporotricose   37   |
| Esquistossomose   42   |
| Febre Amarela   46   |
| Febre Maculosa   50  |
| Leishmaniose Tegumentar   57   |
| Leishmaniose Visceral   62   |
| Leptospirose   68  |
| Malária   76   |
| Meningites   80  |
| Meningite Viral   86   |
| Meningite Bacteriana   89  |
| Doença Meningocócica   96  |
| Monkeypox   101  |
| Paralisia Flácida Aguda   108  |
| Parotidite endêmica (caxumba)   113  |
| Raiva Humana   117   |
| Raiva Humana – profilaxia   120  |
| Rubéola   127  |
| Sarampo   131  |
| Toxoplasmose na gestação e congênita   136   |
| Tracoma   142  |
| Zika vírus na gestação e Síndrome Congênita associada à infecção pelo zika vírus   145 |
| Anexos   150   |

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> Acidentes por animais peçonhentos – CID X29   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para acidentes por animais peçonhentos  |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

Animais peçonhentos são reconhecidos como aqueles que produzem ou modificam algum veneno e possuem algum aparato para injetá-lo na sua presa ou predador. Os principais animais peçonhentos que causam acidentes no Brasil são algumas espécies de serpentes, de escorpiões, de aranhas, de lepidópteros (mariposas e suas larvas), de himenópteros (abelhas, formigas e vespas), de coleópteros (besouros), de quilópodes (lacraias), de peixes, de cnidários (águas-vivas e caravelas), entre outros. Os animais peçonhentos de interesse em saúde pública podem ser definidos como aqueles que causam acidentes classificados pelos médicos como moderados ou graves.

### PRINCIPAIS ACIDENTES:

#### ACIDENTE OFÍDICO:

Acidente causado pela mordedura de serpente peçonhenta, com ou sem envenenamento, utilizando as presas inoculadoras de peçonha, podendo determinar alterações locais (na região da picada) e sistêmicas.

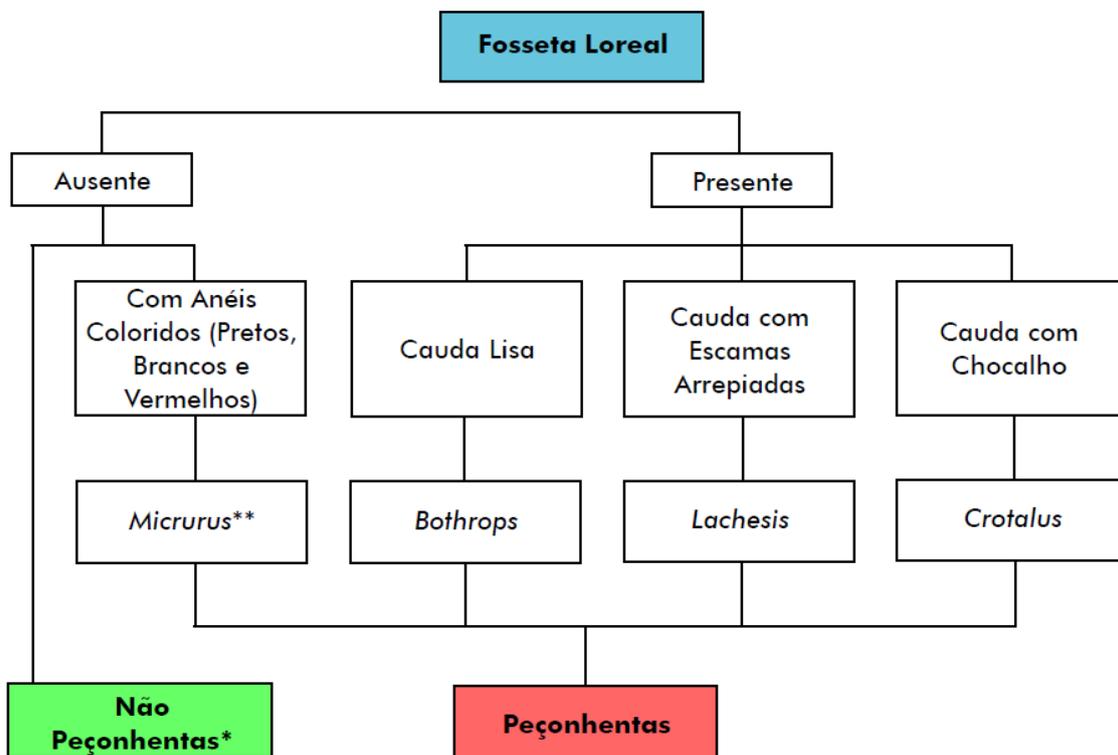
As manifestações clínicas, locais e sistêmicas, decorrentes dos acidentes ofídicos de serpentes brasileiras são apresentadas no *Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos* (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

Diagnóstico: É eminentemente clínico-epidemiológico, não sendo empregado, na rotina clínica, exame laboratorial para confirmação do tipo de peçonha circulante.

#### Classificação dos acidentes:

De acordo com o tipo de agente causal:

- a) Botrópico: causado por serpentes dos gêneros *Bothrops* e *Bothrocophias* (jararaca, jararacuçu, urutu, cruzeira, caissaca). É o de maior importância e distribuição entre os acidentes ofídicos no Brasil.
- b) Crotálico: ocasionado por serpentes do gênero *Crotalus* (cascavel). No País, é representado apenas pela espécie *Crotalus durissus*.
- c) Laquéutico: provocado por serpentes do gênero *Lachesis* (surucucu-pico-de-jaca, surucucu-de-fogo, surucutinga). No País, é causado somente pela espécie *Lachesis muta*.
- d) Elapídico: causado por serpentes dos gêneros *Micrurus* e *Leptomicrurus*. O gênero *Micrurus* (coral-verdadeira) é o principal representante de importância médica da família Elapidae no Brasil.



\* As falsas corais podem apresentar o mesmo padrão de coloração das corais verdadeiras, sendo distinguíveis pela ausência de dente inoculador.

\*\* Na Amazônia, ocorrem corais verdadeiras desprovidas de anéis vermelhos.

Fonte: Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001)

Tratamento: O tratamento é feito com a aplicação do antiveneno (soro) específico para cada tipo de acidente, de acordo com a gravidade do envenenamento.

**QUADRO 1 – Número de ampolas de antiveneno específico indicado para cada tipo e gravidade do acidente**

| ACIDENTE               | ANTIVENENO   | GRAVIDADE  | N.º DE AMPOLAS |
|------------------------|--|--|----------------|
| Botrópico              | SABr <sup>b</sup> , SABL <sup>c</sup> ou SABC <sup>d</sup> | Leve: quadro local discreto, sangramento discreto em pele ou mucosas; pode haver apenas distúrbio na coagulação.                         | 2 a 4          |
|                        |  | Moderado: edema e equimose evidentes, sangramento sem comprometimento do estado geral; pode haver distúrbio na coagulação.               | 4 a 8          |
|                        |  | Grave: alterações locais intensas, hemorragia grave, hipotensão/choque, insuficiência renal, anúria; pode haver distúrbio na coagulação. | 12             |
| Laquético <sup>a</sup> | SABL   | Moderado: quadro local presente; pode haver sangramentos, sem manifestações vagais.  | 10             |
|                        |  | Grave: quadro local intenso, hemorragia intensa, com manifestações vagais.   | 20             |
| Crotálico              | SACr <sup>e</sup> ou SABC                                  | Leve: alterações neuromusculares discretas; sem mialgia, escurecimento da urina ou oligúria.   | 5              |
|                        |  | Moderado: alterações neuromusculares evidentes, mialgia e mioglobinúria (urina escura) discretas.  | 10             |
|                        |  | Grave: alterações neuromusculares evidentes, mialgia e mioglobinúria intensas, oligúria.   | 20             |
| Elapídico              | SAEla <sup>f</sup>   | Considerar todos os casos como potencialmente graves pelo risco de insuficiência respiratória  | 10             |

Fonte: Adaptado do Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001) e do Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2009).

<sup>a</sup>Devido à potencial gravidade do acidente laquético, são considerados clinicamente moderados ou graves, não havendo casos leves.

<sup>b</sup>SABr = soro antibotrópico (pentavalente).

<sup>c</sup>SABL = soro antibotrópico (pentavalente) e antilaquético.

<sup>d</sup>SABC = soro antibotrópico (pentavalente) e anticrotálico.

<sup>e</sup>SACr = soro anticrotálico

<sup>f</sup>SAEla = soro antielapídico (bivalente).

Fonte: Guia de Vigilância Epidemiológica, Brasil 2022.

## ACIDENTE POR ESCORPIÃO:

Acidente causado pela inoculação de toxinas, por intermédio do aparelho inoculador (ferrão) de escorpiões, podendo determinar alterações locais e sistêmicas. Em acidentes escorpiônicos classificados clinicamente como leves, não é necessário o tratamento soroterápico, apenas o sintomático. No entanto, crianças de até 9 anos (principalmente as menores de 7 anos), sobretudo em acidentes causados por *T. serrulatus*, apresentam maior risco de complicações sistêmicas e de óbito. O quadro de envenenamento é dinâmico e pode evoluir para maior gravidade em poucas horas.

No escorpionismo, o tempo entre o acidente e o início de manifestações sistêmicas graves é relativamente mais curto do que nos acidentes ofídicos.

### Quadro clínico e Classificação dos acidentes:

**Manifestação Local:** a dor local, uma constante no escorpionismo, é de intensidade variável. A dor ocorre imediatamente após a picada, o que faz com que o paciente procure rapidamente atendimento médico.

**Manifestações Sistêmicas:** são decorrentes dos efeitos colinérgicos e adrenérgicos desencadeados pelo veneno. De acordo com a intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes.

Com base nas manifestações clínicas, os acidentes podem ser inicialmente classificados como:

**Leves:** apresentam apenas dor no local da picada e, às vezes, parestesias.

**Moderados:** caracterizam-se por dor intensa no local da picada e manifestações sistêmicas do tipo sudorese discreta, náuseas, vômitos ocasionais, taquicardia, taquipneia e hipertensão leve.

**Graves:** além dos sinais e sintomas já mencionados, apresentam uma ou mais manifestações como sudorese profusa, vômitos incoercíveis, salivação excessiva, alternância de agitação com prostração, bradicardia, insuficiência cardíaca, edema pulmonar, choque, convulsões e coma.

Sistemas acometidos:

**Gerais:** hipo ou hipertermia e sudorese profusa.

**Digestivas:** náuseas, vômitos, sialorreia e, mais raramente, dor abdominal e diarreia.

**Cardiovasculares:** arritmias cardíacas, hipertensão ou hipotensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva e choque.

**Respiratórias:** taquipneia, dispneia e edema pulmonar agudo.

**Neurológicas:** agitação, sonolência, confusão mental, hipertonia e tremores.

Diagnóstico:

É eminentemente clínico-epidemiológico, não sendo empregado exame laboratorial de rotina para confirmação do tipo de veneno circulante. Alguns exames complementares são úteis para auxílio no diagnóstico e acompanhamento de pacientes com manifestações sistêmicas.

Tratamento:

Na maioria dos casos, em que há somente quadro local, o tratamento é sintomático e consiste no alívio da dor por infiltração de anestésico sem vasoconstritor, como lidocaína 2%, ou analgésico sistêmico, como dipirona 10 mg/kg. O tratamento específico consiste na administração do soro antiescorpiônico (SAEsc) ou do soro antiaracnídico (*Loxosceles*, *Phoneutria* e *Tityus*) (SAAr) aos pacientes clinicamente classificados como moderados ou graves.

**Acidentes escorpiônicos**  
Classificação dos acidentes quanto à gravidade, manifestações clínicas e tratamento específico

| <b>Classificação</b> | <b>Manifestações Clínicas</b>  | <b>Soroterapia (nº de ampolas) SAEs ou SAAr**</b> |
|----------------------|--|---|
| <b>Leve*</b>         | Dor e parestesia locais  | -   |
| <b>Moderado</b>      | Dor local intensa associada a uma ou mais manifestações, como náuseas, vômitos, sudorese, sialorréia discretos, agitação, taquipnéia e taquicardia.  | 2 a 3<br>IV                                       |
| <b>Grave</b>         | Além das citadas na forma moderada, presença de uma ou mais das seguintes manifestações: vômitos profusos e incoercíveis, sudorese profusa, sialorréia intensa, prostração, convulsão, coma, bradicardia, insuficiência cardíaca, edema pulmonar agudo e choque. | 4 a 6 IV***                                       |

\* Tempo de observação das crianças picadas: 6 a 12 horas.

\*\* SAEs = Soro antiescorpiônico/SAAr = Soro antiaracnídico.

\*\*\* Na maioria dos casos graves quatro ampolas são suficientes para o tratamento, visto que neutralizam o veneno circulante e mantêm concentrações elevadas de antiveneno circulante por pelo menos 24 horas após a administração da soroterapia.

Fonte: Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

## ACIDENTES POR ARANHAS:

Acidente causado pela inoculação de toxinas, por intermédio do aparelho inoculador (quelíceras) de aranhas, podendo determinar alterações locais e sistêmicas. No Brasil, existem três gêneros de aranhas de importância médica:

- Phoneutria - conhecidas como **aranhas armadeiras**;
- Loxosceles - conhecidas popularmente como **aranhas-marrons**;
- Latrodectus - conhecidas popularmente como **viúvas-negras**.

Os acidentes causados por Lycosa (aranha-de-grama), bastante frequentes e pelas caranguejeiras, muito temidas, são destituídos de maior importância.

### Diagnóstico:

É eminentemente clínico-epidemiológico, não sendo empregado, na rotina hospitalar, exame laboratorial para confirmação do tipo de veneno circulante.

**Na forma cutâneo-hemolítica do loxoscelismo**, as alterações laboratoriais podem ser subclínicas, com anemia aguda e hiperbilirrubinemia indireta. Elevação dos níveis séricos de ureia e creatinina é observada somente quando há injúria renal aguda.

**No latrodectismo**, as alterações laboratoriais são inespecíficas. São descritos distúrbios hematológicos (leucocitose, linfopenia), bioquímicos (hiperglicemia, hiperfosfatemia), do sedimento urinário (albuminúria, hematúria, leucocitúria) e eletrocardiográficos (fibrilação atrial, bloqueios, diminuição de amplitude do QRS e da onda T, inversão da onda T, alterações do segmento ST e prolongamento do intervalo QT).

As alterações laboratoriais do **foneutrismo** são semelhantes às do escorpionismo, notadamente aquelas decorrentes de comprometimento cardiovascular.

### Tratamento:

**Loxoscelismo** - o tratamento soroterápico é indicado em pacientes classificados clinicamente como moderados ou graves. A limitação ao uso de antiveneno deve-se ao diagnóstico tardio, muitas vezes realizado já com a necrose cutânea delimitada. Nesse caso, medidas de suporte, como uso de antissépticos, lavagem com permanganato de potássio (KMnO<sub>4</sub>) 1:40.000 (1 comprimido em 4 litros de água) e curativos são recomendados até ser realizada a remoção da escara. Pode ser necessário tratamento cirúrgico para o manejo da úlcera e a correção da cicatriz.

**Foneutrismo:** Tratamento sintomático: compressa morna no local da picada e analgésico sistêmico; infiltração anestésica local ou troncular sem vasoconstritor, como lidocaína 2%. Havendo recorrência da dor, pode ser necessária nova infiltração, em geral, em intervalos de 60 minutos. Caso não haja resposta satisfatória ao anestésico, recomenda-se o uso de meperidina 50 mg a 100 mg, para adultos, ou 1 mg/kg para crianças, por via intramuscular. A soroterapia tem indicação restrita, conforme a gravidade do acidente, sendo utilizado o SAAr.

**Latroductismo:** Tratamento sintomático e de suporte:

- Antissepsia local.
- Aplicação de gelo, inicialmente, ou compressa de água morna, posteriormente, no local da picada.
- Benzodiazepínicos do tipo diazepam: 5 mg a 10 mg, para adultos, e 1 mg a 2 mg/dose, para crianças, intravenoso, de 4 em 4 horas, se necessário.
- Gluconato de cálcio 10%: 10 mL a 20 mL, para adultos, e 1 mg/kg, para crianças, intravenoso, lentamente, de 4 em 4 horas, se necessário.
- Clorpromazina: 25 mg a 50 mg, para adultos, e 0,55 mg/kg/dose, para crianças, intravenoso, de 8 em 8 horas, se necessário.
- Analgésicos, se necessário.
- Outros medicamentos: morna, prostigmina, fenobarbital e fenitoína.
- Observação mínima por 24 horas.

**A realização do teste de sensibilidade cutânea foi excluída da rotina da administração de soros, conforme normas e recomendações do Ministério da Saúde.**

## AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA

1. Notificação do caso em ficha específica e encaminhar por e-mail à Vigilância Epidemiológica: [http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AAP/Animais\\_Peconhentos\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AAP/Animais_Peconhentos_v5.pdf)
2. Proceder tratamento sintomático / suporte e realizar os devidos encaminhamentos:

**Para acidentes ofídicos:**

Observar tempo decorrido do acidente e correlacionar a clínica do envenenamento na admissão:

COM clínica de envenenamento:

- Todos os casos devem ser encaminhados para tratamento específico com soro antiveneno, no Ponto Estratégico de Aplicação de Soro do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS).
- Entrar em contato via telefônica com o Pronto Socorro do CHS através do telefone 3332-9100, ramal 9281 para Clínica Médica e ramal 9280 para pediatria. Relatar o caso ao médico de plantão.
- Todos os casos devem ser encaminhados com guia de referência em ambulância (SAMU).

SEM clínica de envenenamento:

- Manter paciente em observação por no mínimo 12- 24 horas.

**Para acidentes com escorpião:**

- crianças menores de 10 anos, tendo em vista a possibilidade de agravamento dos casos, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) deve ser acionado para que essa criança seja **encaminhada diretamente** ao ponto estratégico de aplicação de soro – CHS (Conjunto Hospitalar de Sorocaba). Não devendo retardar o encaminhamento nestes casos.

Observar tempo decorrido do acidente e correlacionar a clínica do envenenamento na admissão:

COM clínica de envenenamento:

- Casos leves, maiores de 10 anos de idade, deverão ser mantidos em observação por no mínimo 6 horas, em serviço de saúde.
- Casos moderados e graves devem ser encaminhados para tratamento específico com soro anti-escorpiônico (SAEsc), no Ponto Estratégico de Aplicação de Soro do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS).
- Entrar em contato via telefônica com o Pronto Socorro do CHS através do telefone 3332-9100, ramal 9281 para Clínica Médica e ramal 9280 para pediatria. Relatar o caso ao médico de plantão.
- Todos os casos devem ser encaminhados com guia de referência em ambulância (SAMU).

SEM clínica de envenenamento:

- Manter paciente em observação por no mínimo 06 horas.

### **Para acidentes com aranhas:**

Observar tempo decorrido do acidente e correlacionar a clínica do envenenamento na admissão:

#### COM clínica de envenenamento:

- Todos os casos devem ser encaminhados para tratamento específico com soro antiveneno, no Ponto Estratégico de Aplicação de Soro do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS).
- Entrar em contato via telefônica com o Pronto Socorro do CHS através do telefone 3332-9100, ramal 9281 para Clínica Médica e ramal 9280 para pediatria. Relatar o caso ao médico de plantão.
- Todos os casos devem ser encaminhados com guia de referência em ambulância (SAMU).

#### SEM clínica de envenenamento:

- Acompanhamento até 72 horas após a picada para loxosceles. Orientar retorno imediato se houver piora, ou diário para reavaliação no serviço de saúde (em fins de semana encaminhar paciente com guia de referência para serviços de emergência para a reavaliação) até completar as 72 horas;
- Observação por 6 horas para foneutrismo;

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

- Inserir notificação em Banco SINAN;
- Acionar zoonoses para avaliação ambiental visando possíveis intervenções e encaminhamentos cabíveis;

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> BOTULISMO – CID A05.1   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Botulismo   |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

Doença neurológica grave, não contagiosa, resultante da ação de toxinas produzidas pela bactéria *Clostridium botulinum*. Apresenta-se nas formas de botulismo alimentar, botulismo por ferimentos e botulismo intestinal e caracteriza-se por manifestações neurológicas e/ou gastrointestinais.

#### Modo de transmissão:

*Botulismo alimentar* ocorre por ingestão de toxinas presentes em alimentos previamente contaminados, que foram produzidos ou conservados de maneira inadequada.

Os alimentos mais comumente envolvidos são:

- conservas vegetais, principalmente as artesanais (palmito, picles, pequi);
- produtos cárneos cozidos, curados e defumados de forma artesanal (salsicha, presunto, carne frita conservada em gordura – “carne de lata”);
- pescados defumados, salgados e fermentados;
- queijos e pasta de queijos;
- raramente, alimentos enlatados industrializados.

#### *Botulismo por ferimentos*

É uma das formas mais raras de botulismo. Ocasionalmente pela contaminação de ferimentos com *C. botulinum* que, em condições de anaerobiose, assume a forma vegetativa e produz toxina *in vivo*. As principais portas de entrada para os esporos são úlceras crônicas com tecido necrótico, fissuras, esmagamento de membros, ferimentos em áreas profundas mal vascularizadas, infecções dentárias ou ainda, aqueles produzidos por agulhas em usuários de drogas injetáveis e lesões nasais ou sinusais em usuários de drogas inalatórias. Embora raros, são descritos casos de botulismo acidental associado ao uso terapêutico ou estético da toxina botulínica e a manipulação de material contaminado em laboratório (transmissão pela via inalatória ou contato com a conjuntiva).

### *Botulismo intestinal*

Resulta da ingestão de esporos presentes no alimento, seguida da fixação e multiplicação do agente no ambiente intestinal, onde ocorre a produção e absorção de toxina. A ausência da microbiota de proteção permite a germinação de esporos e a produção de toxina na luz intestinal.

### CASO SUSPEITO:

#### *Caso suspeito de botulismo alimentar e botulismo por ferimentos:*

Indivíduo que apresente paralisia flácida aguda, simétrica e descendente, com preservação do nível de consciência, caracterizada por um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: visão turva, diplopia, ptose palpebral, boca seca, disartria, disfagia ou dispneia.

A exposição a alimentos potencialmente suspeitos da presença da toxina botulínica nos últimos 10 dias ou história de ferimentos nos últimos 21 dias reforça a suspeita.

#### *Caso suspeito de botulismo intestinal:*

- Criança menor de 1 ano com paralisia flácida aguda de evolução insidiosa e progressiva, que apresente um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: constipação, sucção fraca, disfagia, choro fraco, dificuldade de controle dos movimentos da cabeça.
- Adulto que apresente paralisia flácida aguda, simétrica e descendente, com preservação do nível de consciência, caracterizada por um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: visão turva, diplopia, ptose palpebral, boca seca, disartria, disfagia ou dispneia, na ausência de fontes prováveis de toxina botulínica, como: alimentos contaminados, ferimentos ou uso de drogas.

A exposição a alimentos com risco para presença de esporo de *C. botulinum* (por exemplo, mel, xaropes de milho) reforça a suspeita em menores de 1 ano.

### PERÍODO DE INCUBAÇÃO:

*Botulismo alimentar:* pode variar de duas horas a 10 dias, com média de 12 a 36 horas. Quanto maior a concentração de toxina no alimento ingerido, menor o período de incubação.

*Botulismo por ferimento:* pode variar de 4 a 21 dias, com média de 7 dias.

*Botulismo intestinal:* o período não é conhecido devido à impossibilidade de determinar o momento da ingestão de esporos.

## AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA

1. Notificação imediata do caso em ficha específica. **ANOTAR PESO DO PACIENTE.**

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Botulismo/Botulismo\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Botulismo/Botulismo_v5.pdf)

2. Entrar em contato imediato com a Vigilância Epidemiológica Municipal / CIEVS Municipal ou na ausência de esquema de plantão, com o CVE-SP / CIEVS Estadual ([notifica@saude.sp.gov.br](mailto:notifica@saude.sp.gov.br)) para discutir a possibilidade diagnóstica e encaminhamento para investigação laboratorial e tratamento específico.

3. Tratamento em unidade hospitalar com UTI.

Tratamento de suporte e específico que visa eliminar a toxina circulante e sua fonte de produção, pelo uso do soro antibotulínico (SAB) e de antibióticos. Antes de iniciar o tratamento específico, **todas as amostras clínicas para exames diagnósticos devem ser coletadas.** O SAB atua contra a toxina circulante, que ainda não se fixou no sistema nervoso. Por isso, recomenda-se que o tratamento com SAB seja realizado o mais precocemente possível (até 7 dias a partir dos sintomas neurológicos); caso contrário, poderá não mais ser eficaz.

A tomada de decisão para a administração de SAB deve ser conjunta e criteriosa, de acordo com o enquadramento na definição de caso e prazo estabelecido para administração do soro.

O SAB é contra indicado em crianças menores de 1 ano.

Nos casos de botulismo por ferimento recomenda-se debridamento e uso de penicilina cristalina e metronidazol endovenoso.

4. Coletar de amostras para pesquisa botulínica:

Sangue - 15 a 20 ml em tubo com gel separador nas primeiras 48 horas ou até no máximo 7 dias após o início dos sintomas.

Fezes – 15 g ou ml, nas primeiras 72 horas ou até 6 dias em caso de constipação intestinal.

Lavado gástrico / exudato de lesões se necessário.

5. Após avaliação conjunta do serviço de saúde com VE municipal e VE estadual, na indicação do SAB, encaminhar cópia de prescrição e relatório médico para a solicitação do soro.

## AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Discussão inicial com a assistência e com CVE ([notifica@saude.sp.gov.br](mailto:notifica@saude.sp.gov.br)) para definição de caso suspeito e encaminhamento da solicitação do SAB, assim como a operacionalização para retirada do soro. Tal decisão deve ser registrada por *e-mail* enviado pela CGDT ([botulismo@saude.gov.br](mailto:botulismo@saude.gov.br)) a VE estadual e a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI). A VE estadual, por sua vez, será responsável por encaminhar esse *e-mail* para liberação do SAB a Coordenação Estadual de Imunização. Informar GVE por e-mail.

2. Investigar dados clínicos / neurológicos / antecedentes do paciente.

3. Avaliar possibilidade de diagnósticos diferenciais:

Quadro 1 – Diagnóstico diferencial de botulismo

| Condição   | Fraqueza muscular  | Sensibilidade  | Características do Líquor   |
|--|--|--|---|
| Botulismo  | Presente, simétrica e descendente<br>Envolve a face  | Alterações discretas<br>(parestesias)<br>Não há deficit sensitivo              | Normal ou com leve hiperproteínorraquia   |
| Síndrome de Guillain-Barré   | Ascendente e simétrica<br>O envolvimento da face é menos comum que no botulismo  | Hipoestesia em bota e luva<br>Deficit de sensibilidade profunda<br>Parestesias | Dissociação proteíno-citológica<br>Hiperproteínorraquia<br>Celularidade normal ou discretamente elevada ( $\leq 50$ cels/mm <sup>3</sup> )<br>Na 1ª semana, pode ser normal |
| Síndrome de Muller-Fisher (variante da Síndrome de Guillain-Barré) | Fraqueza simétrica da face<br>Díplegia facial, ptose palpebral, dificuldade de mastigação e de deglutição<br>Não há comprometimento de membros | Parestesias ou diminuição da sensibilidade da face e da língua                 | Dissociação proteíno-citológica<br>Hiperproteínorraquia<br>Celularidade normal ou discretamente elevada ( $\leq 50$ cels/mm <sup>3</sup> )                                  |
| Miastenia gravis   | Flutuante envolvimento ocular (ptose palpebral e diplopia) é frequente   | Normal   | Normal  |

4. Orientação de coleta de amostras – fezes e sangue para pesquisa de toxina botulínica.

5. Acionar Vigilância Sanitária e encaminhar amostras de alimentos suspeitos para avaliação bromatológica. Ver manual IAL e Manual Integrado de Vigilância Epidemiológica do Botulismo (2006).

6. Durante e após administração do SAB, informar CVE sobre estado geral do paciente. Enviar relatório ao CVE / GVE sobre o caso, resultados e evolução do paciente.

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> COQUELUCHE - CID A 37   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeita de Coqueluche   |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

Doença infecciosa aguda, transmissível, de distribuição universal. Atinge o aparelho respiratório e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. Ocorre de forma endêmica e epidêmica e em lactentes, pode resultar em número elevado de complicações e até a morte.

AGENTE ETIOLÓGICO: *Bordetella pertussis*. Bacilo gram-negativo, aeróbio.

MODO DE TRANSMISSÃO: Através de contato direto de pessoa doente com pessoa suscetível. Através de gotículas de secreção da orofaringe eliminadas por tosse, espirro ou ao falar.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: Média de 5 a 10 dias, podendo variar de 1 a 3 semanas e raramente, até 42 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSÃO: De 5 dias após o contato com o doente (final do período de incubação) até 3 semanas após início dos acessos de tosse paroxística. Em lactentes menores de 6 meses, este período pode ser prolongar por até 4 a 6 semanas após o início da tosse. A maior transmissibilidade ocorre na fase catarral.

### DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO:

Menor ou igual a 06 meses de idade:

Independente do estado vacinal, que apresente ***tosse de qualquer tipo há 10 dias ou mais***, associada a um ou mais dos seguintes sintomas:

- Tosse paroxística. – tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10), em uma única expiração
- Guincho inspiratório;

- Vômitos pós-tosse;
- Cianose;
- Apneia;
- Engasgo;

Maior ou igual a 06 meses de idade:

Todo indivíduo, maior ou igual a 06 meses de idade e independente do estado vacinal, que apresente ***tosse há 14 dias ou mais***, associada a um ou mais dos seguintes sintomas:

- Tosse paroxística.
- Guincho inspiratório
- Vômitos pós-tosse;

Todo indivíduo com tosse, com história de contato íntimo, em período de transmissibilidade, com caso confirmado de coqueluche por critério laboratorial.

**AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:**

1. Notificação IMEDIATA (em até 24 horas) em ficha de investigação específica:

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Leptospirose/Leptospirose\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Leptospirose/Leptospirose_v5.pdf)

2. Identificação de contatos íntimos tossidores que atendam a definição de caso suspeito; na identificação realizar nova notificação e instituir tratamento.

3. Coleta de swab de nasofaringe (cultura e PCR): deve ser realizada preferencialmente no início dos sintomas característicos da doença (período catarral), antes do início da antibioticoterapia eficaz (azitromicina / claritromicina), ou no máximo até 72 horas após o seu início. Para coleta de swab é necessário contato com a Vigilância Epidemiológica para solicitação de meio de cultura específico liberado pelo Instituto Adolf Lutz. Este exame será realizado **apenas em casos que necessitem de internação**.

4. Tratamento e Quimioprofilaxia:

| <b>PRIMEIRA ESCOLHA: AZITROMICINA</b>   |   |
|---|---|
| <b>Idade</b>  | <b>Posologia</b>  |
| <6 meses  | 10 mg/kg em 1 dose ao dia durante 5 dias. É o preferido para esta faixa etária.                                 |
| ≥6 meses  | 10 mg/kg (máximo de 500 mg) em 1 dose no 1º dia; e 5 mg/kg (máximo de 250 mg) em 1 dose ao dia do 2º ao 5º dia. |
| Adultos   | 500 mg em 1 dose no 1º dia, e 250 mg em 1 dose ao dia do 2º ao 5º dia.  |
| <b>SEGUNDA ESCOLHA: CLARITROMICINA<sup>a</sup></b>  |   |
| <b>Idade</b>  | <b>Posologia</b>  |
| <1 mês  | Não recomendado.  |
| 1 a 24 meses  | ≤8 kg: 7,5 mg/kg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.<br>>8 kg: 62,5 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.      |
| 3 a 6 anos  | 125 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.  |
| <b>SEGUNDA ESCOLHA: CLARITROMICINA<sup>a</sup></b>  |   |
| <b>Idade</b>  | <b>Posologia</b>  |
| 7 a 9 anos  | 187,5 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.  |
| ≥10 anos  | 250 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.  |
| Adultos   | 500 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.  |
| <b>ERITROMICINA (EM CASO DE INDISPONIBILIDADE DOS MEDICAMENTOS ANTERIORES)</b>                |   |
| <b>Idade</b>  | <b>Posologia</b>  |
| <1 mês  | Não recomendado devido à associação com a síndrome de hipertrofia pilórica.                                     |
| 1 a 24 meses  | 125 mg, de 6 em 6 horas, durante 7 a 14 dias.   |
| 2 a 8 anos  | 250 mg, de 6 em 6 horas, durante 7 a 14 dias.   |
| >8 anos   | 250 mg a 500 mg, de 6 em 6 horas, durante 7 a 14 dias.  |
| Adultos   | 500 mg, de 6 em 6 horas, durante 7 a 14 dias.   |
| <b>SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIN (SMZ-TMP), NO CASO DE INTOLERÂNCIA A MACROLÍDEO<sup>b</sup></b> |   |
| <b>Idade</b>  | <b>Posologia</b>  |
| <2 meses  | Contraindicado.   |
| ≥6 semanas a 5 meses  | SMZ 100 mg e TMP 20 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.  |
| ≥6 meses a 5 anos   | SMZ 200 mg e TMP 40 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.  |
| 6 a 12 anos   | SMZ 400 mg e TMP 80 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.  |
| Adultos   | SMZ 800 mg e TMP 160 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.   |

Fonte: Deidt/SVS/MS.

<sup>a</sup>Apresentação de 125 mg/5 mL.

<sup>b</sup>Droga alternativa caso haja contra-indicação de azitromicina, claritromicina ou eritromicina.

## AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

1. Avaliar preenchimento da Ficha de Notificação recebida e investigar campos não preenchidos (atenção aos campos de avaliação de casos secundários no mesmo domicílio).

2. Em casos de internação, providenciar “meio de cultura” para a realização da coleta de swab, que deverá ser retirado no IAL e disponibilizado ao serviço de saúde.

3. A **quimioprofilaxia** é indicada para comunicantes:

- Com idade inferior a 1 ano, independentemente da situação vacinal. Os recém-nascidos devem ser avaliados pelo médico.
  - Com idade entre 1 e 7 anos não vacinados, com situação vacinal desconhecida ou que tenham tomado menos de quatro doses de vacina com componentes pertussis.
  - A partir de 7 anos de idade que tiveram contato íntimo e prolongado com um caso suspeito de coqueluche, se:
    - houve contato com o caso-índice no período de 21 dias que precedeu o início dos sintomas do caso, até três semanas após o início da fase paroxística; ou
    - houve contato com um **comunicante vulnerável** no mesmo domicílio.
  - Que trabalham em serviço de saúde ou com crianças.

Consideram-se **comunicantes vulneráveis**:

- Recém-nascidos que tenham contato com sintomáticos respiratórios.
- Crianças com menos de 1 ano de idade, com menos de três doses de vacina penta ou tetravalente ou DTPa.
- Crianças menores de 10 anos de idade, não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto (menos de três doses de vacina com componentes pertussis).
- Mulheres no último trimestre de gestação.
- Pessoas com comprometimento imunológico.
- Pessoas com doença crônica grave.

**Tossidores identificados no grupo dos comunicantes vulneráveis devem ser considerados casos suspeitos de coqueluche. Portanto devem ser notificados e tratados, independentemente do resultado laboratorial.**

## O tratamento e a quimioprofilaxia têm os mesmos esquemas terapêuticos.

### 4. Avaliar se o caso está associado a outros casos que possa configurar surto:

#### Surto domiciliar:

Dois ou mais casos em um domicílio, sendo um deles confirmado pelo critério laboratorial e o segundo por um dos três critérios de caso confirmado. Os casos devem ocorrer dentro de um período máximo de 42 dias.

#### Surtos em instituições:

Dois ou mais casos, sendo um confirmado pelo critério laboratorial e o outro por um dos três critérios, *que ocorram no mesmo tempo* (casos que ocorrerem dentro de um intervalo máximo de 42 dias entre o início dos sintomas do caso índice) e no mesmo espaço (no mesmo ambiente de convívio), com a evidência de que a transmissão tenha ocorrido em ao menos um dos casos, no ambiente institucional.

#### Surtos em comunidades

Quando o número de casos confirmados, que inclua ao menos um caso confirmado pelo critério laboratorial, forem maiores do que o número de casos esperados para o local e tempo, com base na análise de registros anteriores, realizada a partir de uma série histórica da incidência da doença, em uma dada população circunscrita.

Em casos de surtos domiciliares e institucionais, deve-se:

- Proceder a abertura de ficha de surto e acompanhar o surgimento de novos casos até 42 dias após o surgimento do último caso.
- Abertura de fichas individuais de todos os casos suspeitos.
- Identificar casos e comunicantes íntimos, de acordo com a definição de surto, e estabelecer tratamento ou quimioprofilaxia, respectivamente.
- Coletar secreção nasofaríngea de comunicantes que apresentem tosse.
- Verificar situação dos comunicantes e vacinar seletivamente os menores de 7 anos. A vacinação seletiva utilizará penta ou DTP, a depender da idade.
- Comunicar à comunidade/instituição ou ao grupo familiar a ocorrência de surto.

### 5. Os pacientes não hospitalizados devem ser afastados de suas atividades habituais (creche, escola, trabalho):

- Por pelo menos cinco dias após o início de tratamento com antimicrobiano.
- Nos casos não submetidos a antibioticoterapia, o tempo de afastamento deve ser de três semanas após o início dos paroxismos.

#### 6. Encerramento dos casos:

Casos sem a coleta de exame, avaliar se a suspeita preenche critério clínico de caso suspeito. Se o caso atender a definição de caso suspeito encerrar como confirmado por critério clínico e/ou clínico epidemiológico.

Casos com coleta adequada de material (coleta oportuna) encerrar de acordo com o resultado do exame.

Anotar o resultado de PCR em ficha de notificação, no campo de observação.

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> DENGUE, CHIKUNGUNYA e ZIKA    CID: A90, A92.0, A92.8  |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Dengue, Chikungunya e Zika                                |  |  |                         |

**DESCRIÇÃO DO AGRAVO:** As arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* têm se constituído em um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A dengue é a arbovirose urbana de maior relevância nas Américas. É transmitida por mosquitos do gênero *Aedes* e possui como agente etiológico o vírus dengue (DENV), com quatro sorotipos distintos. As arboviroses urbanas por compartilharem diversos sinais clínicos semelhantes, a dificuldade da suspeita inicial pelo profissional de saúde pode, em algum grau, dificultar a adoção de manejo clínico adequado e, conseqüentemente, predispor à ocorrência de formas graves, levando eventualmente a óbitos.

**AGENTE ETIOLÓGICO:** Os vírus dengue (DENV), chikungunya (CHIKV) e Zika (ZIKV) são arbovírus (Arthropod-borne virus), ou seja, são vírus transmitidos por artrópodes. São assim denominados não somente por sua veiculação através de artrópodes, mas, principalmente, pelo fato de parte de seu ciclo replicativo ocorrer nos insetos.

Os vírus dengue (DENV) e o Zika (ZIKV) são vírus de RNA do gênero Flavivirus, pertencente à família Flaviviridae, que inclui o vírus da febre amarela. Com relação ao DENV, até o momento são conhecidos quatro sorotipos – DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4 –, cada qual apresentando distintos genótipos e linhagens. Quanto ao ZIKV, até o momento são conhecidas e descritas duas linhagens do vírus: uma africana e outra asiática.

O vírus chikungunya (CHIKV) pertence ao gênero Alphavirus, da família Togaviridae e possui quatro genótipos: Oeste Africano, Leste-Centro-Sul Africano (ECSA), Asiático e Oceano Índico (IOL). No Brasil, até o momento foram detectadas as linhagens asiática e ECSA.

**CASO SUSPEITO:**

**Dengue** - pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae.aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7

dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Também pode ser considerado caso suspeito toda criança proveniente de (ou residente em) área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 e 7 dias, e sem sinais e sintomas indicativos de outra doença.

**Chikungunya** - febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

**Zika** - Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de um dos seguintes sinais e sintomas: febre, hiperemia conjuntival/conjuntivite não purulenta, artralgia/poliartralgia, edema periarticular.

Diagnóstico diferencial dengue versus zika versus chikungunya:

| Sinais/sintomas                    | Dengue                                | Zika                            | Chikungunya           |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Febre                              | Febre alta (>38°C)                    | Sem febre ou febre baixa ≤38°C) | Febre alta (> 38,5°C) |
| Duração                            | 2-7dias                               | 1-2 dias subfebril              | 2-3 dias              |
| Exantema                           | Surge do 3º ao 6º dia<br>(3 ao 6 dia) | Surge no 1º ou 2º dia           | Surge do 2º ao 5º dia |
| Mialgias (frequência)              | +++                                   | ++                              | ++                    |
| Artralgia (frequência)             | +                                     | ++                              | +++                   |
| Artralgia (intensidade)            | Leve                                  | Leve/moderada                   | Moderada/intensa      |
| Edema da articulação (frequência)  | Raro                                  | Frequente                       | Frequente             |
| Edema da articulação (intensidade) | Leve                                  | Leve                            | Moderado a intenso    |
| Conjuntivite                       | Raro                                  | 50 a 90% dos casos              | 30%                   |
| Cefaleia                           | +++                                   | ++                              | ++                    |
| Linfonodomegalia                   | +                                     | +++                             | ++                    |
| Discrasia hemorrágica              | ++                                    | Ausente                         | +                     |
| Acometimento neurológico           | +                                     | +++                             | ++                    |
| Leucopenia                         | +++                                   | ++                              | ++                    |
| Linfopenia                         | Incomum                               | Incomum                         | Frequente             |
| Trombocitopenia                    | +++                                   | +                               | ++                    |

Fonte: Brito e Cordeiro (2016), adaptado.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO e TRANSMISSIBILIDADE:** Em relação ao vírus dengue (DENV), o período de incubação intrínseco pode variar de 4 a 10 dias. Após esse período, inicia-se o período de viremia no homem, que geralmente se inicia 1 dia antes do aparecimento da febre e se estende até o 5º dia da doença. O período de incubação intrínseco do vírus chikungunya (CHIKV) pode variar de 1 a 12 dias. O período de viremia no homem pode perdurar por até 10 dias e, geralmente, inicia-se 2 dias antes do aparecimento dos sintomas. O período de incubação intrínseco do vírus Zika (ZIKV) é de 2 a 7 dias, em média. Estima-se que o período de viremia no homem se estende até o 5º dia do início dos sintomas. O vetor *Aedes aegypti* pode se infectar ao picar uma pessoa infectada no período virêmico, dando início ao Período de Incubação Extrínseco (PIE). Esse período corresponde ao tempo decorrido desde a ingestão de sangue virêmico, pelo mosquito suscetível, até o surgimento do vírus na saliva do inseto. Em relação ao DENV e ao ZIKV, o PIE varia de 8 a 14 dias; para o CHIKV, o período é menor, de 3 a 7 dias. O período de incubação é influenciado por fatores ambientais, especialmente a temperatura. Após o PIE, o mosquito permanece infectante até o final da sua vida (6 a 8 semanas), sendo capaz de transmitir o vírus para o homem.

## **AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:**

### **1. Em todos os atendimentos, a primeira unidade irá:**

- Preencher a ficha de investigação “Arboviroses” (anexo 1) e ficha numerada de SINAN;
- Colher a sorologia imediatamente, nas UBSs até as 16:00. Após este horário, se grupo A, colher na Unidade Básica no próximo dia útil; se grupo B, colher na Unidade de Urgência/Emergência.
- Entregar o cartão de acompanhamento de suspeito de dengue;
- Garantir a hidratação do paciente durante todo o período de atendimento na unidade.

### **2. Coleta de amostra de sorologia:**

A amostra deve ser coletada com sistema a vácuo em tubo seco com gel por venopunção (evitar o uso de seringas para coleta, pois a transposição do sangue para o tubo seco com gel pode causar hemólise). A amostra deve ficar em temperatura ambiente por 30 a 60 minutos para a separação do soro, após esse período, conservar em ambiente gelado entre 2°C e 8°C (geladeira ou caixa térmica) até o transporte.

A coleta de exame deverá ocorrer no momento da notificação. O correto apontamento da data de primeiros sintomas será primordial para a definição da técnica laboratorial a ser utilizada. Para fins de coleta de sorologia para dengue considera-se o 1º dia de sintomas (febre) como o “Dia zero” (D0): D0, D1, D2, D3, D4, D5 e D6.

O caso será encerrado pela Vigilância a partir do resultado deste primeiro exame **E** da evolução clínica do paciente. Casos com evolução típica de dengue e exame inicial negativo devem ser encaminhados para segunda coleta de sangue, após o D6 da evolução clínica. A solicitação da segunda amostra poderá partir da Vigilância Epidemiológica ou da equipe assistencial.

Para as UBSs, o cadastramento do exame no SIS deverá ser realizado conforme o dia de sintomas abaixo:

D0 até D4 – solicitar sorologia para dengue NS1 (código 739)

a partir de D5 – solicitar sorologia para dengue IgM (código 2764)

OBS.: O Teste Rápido de Zika será realizado quando houver disponibilidade, apenas para casos com solicitação específica.

Os testes para Chikungunya deverão ser realizados a partir da entrada de notificação das unidades assistenciais OU para casos sinalizados pela equipe de Vigilância Epidemiológica, sendo as amostras de D5 a D16 (IgM); amostras acima de D16 (IgG).

3. Para o transporte das amostras:

**Das UBSs:** Todos os exames solicitados nas UBSs deverão ser transportados através de motofrete. Diariamente o motoboy passará para retirada do material coletado na rotina. Após esta passagem, havendo novas coletas, deve-se telefonar para Vigilância Epidemiológica nos telefones 32297308, 32297313 ou 32297314, solicitando o transporte até às 16 horas.

**Das Unidades de Urgência e Emergência:**

Hospitais, UPH Leste, UPA Éden, UPH Oeste, UPH Norte: Todos os exames coletados deverão seguir fluxo de envio para o laboratório de apoio para centrifugação (dentro da própria unidade ou não) e o soro será retirado do laboratório por equipe da Vigilância Epidemiológica ou motofrete.

PA Laranjeiras (das 16h às 07h), PA São Guilherme, PA Brigadeiro Tobias, PA Carandá, PA Sorocaba 1, PA São Bento, PA Aparecidinha e PA Habiteto: os exames coletados deverão seguir fluxo de envio para o laboratório contratado (AFIP) para posterior encaminhamento ao LABMUN.

4. Realizar classificação ou reclassificação de risco conforme protocolo de diagnóstico e Manejo Clínico: adulto e criança do Ministério da Saúde (Brasil, 2016).

A classificação do grupo de risco ocorrerá após exame físico detalhado e aferição de sinais vitais. De acordo com a classificação ocorrerá seguimento do paciente em UBS ou Unidade de Urgência e Emergência, especialmente durante toda a fase crítica da dengue, que tem início com a defervescência da febre, em geral entre o terceiro e quinto dia após início da febre, fase na qual podem surgir os sinais de alarme. (ANEXO 2)

**Grupo A – Sem sangramento espontâneo ou induzido (prova do laço negativa), sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidade.**

- Agendar monitoramento clínico diário em unidade ambulatorial, até 48 horas após a queda da febre ou durante todo período crítico, com orientação de retorno imediato se sinais de alarme.
- Receita de hidratação e demais orientações (uso de repelente, não se automedicar, repouso na residência, entre outros)
- Atestado pelo período de viremia (6 primeiros dias após início da febre), sendo descontado os dias já decorridos desde o início dos sintomas.

**Grupo B – Com sangramento de pele espontâneo ou induzido (prova do laço +), ou condições clínicas especiais\*, ou risco social, ou comorbidade\* e sem sinal de alarme.**

(\* menores de 2 anos, gestantes, maiores de 65 anos, hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica-DPOC, doenças hematológicas crônicas, doença renal crônica, doença ácido-péptica, hepatopatias e doenças autoimunes)

Se em UBS, encaminhar o paciente para uma unidade de urgência/ emergência com guia de referência devidamente preenchida, informando o número do SINAN. Quando não for possível colher a sorologia, justificar na guia de referência e enviar, para a unidade de referência, a ficha de notificação preenchida (Ficha de notificação e sorologia devem ir juntos para o LABMUN). A Unidade de Referência solicitará o 1º hemograma e avaliará o resultado com tomada de decisão a partir da evolução do caso de acordo com Fluxograma de Manejo Clínico do Ministério da Saúde - 2016.

**NA ALTA Grupo B:** Orientar retorno para monitoramento clínico e laboratorial diário na unidade de urgência/ emergência. Após dois hemogramas normais, dentro do período crítico (do D3 ao D5), encaminhar para seguimento clínico em UBS de origem até 48 horas após cessar a febre, com orientação de retorno imediato se sinais de alarme (dor abdominal intensa e contínua, vômitos

persistente, hepatomegalia, hipotermia, manifestações hemorrágicas importantes, sonolência ou irritabilidade, diminuição da diurese, desconforto respiratório, lipotimia ou hipotensão postural).

- Receita de hidratação e demais orientações (uso de repelente, não se automedicar, repouso na residência, entre outros).
- Atestado pelo período de viremia (6 primeiros dias após início da febre), sendo descontado os dias já decorridos desde o início dos sintomas.

**Grupo C – Presença de algum sinal de alarme. Manifestação hemorrágica presente ou ausente e Grupo D – Com sinais de choque, desconforto respiratório, hemorragia grave, disfunção grave de órgãos, manifestação hemorrágica presente ou ausente.**

Iniciar a hidratação intravenosa imediatamente, ligar para SAMU para transporte do paciente – encaminhar com guia de referência devidamente preenchida, informando se foi realizada a coleta de sorologia para dengue e o número do SINAN. Quando não for possível colher a sorologia, justificar na guia de referência e enviar, para a unidade de referência, a ficha de investigação preenchida (Ficha de notificação e sorologia devem ir juntos para o LABMUN).

**NA ALTA grupos C e D, proceder às mesmas orientações do Grupo B.**

**5. TRATAMENTO - DENGUE:** Baseia-se principalmente na reposição volêmica adequada, levando-se em consideração o estadiamento da doença (grupos A, B, C e D) segundo os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, assim como no reconhecimento precoce dos sinais de alarme. É importante reconhecer precocemente os sinais de extravasamento plasmático, para correção rápida com infusão de fluidos

**AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. Investigar deslocamentos, sinais e sintomas de todos casos confirmados;
2. Realizar orientações aos pacientes quanto hidratação, isolamento, uso de repelente, sinais de alarme e serviços de atendimento;
3. Preencher ficha de investigação para casos graves e óbitos, e encaminhar ao GVE;
4. Notificação do serviço de zoonoses através de planilha de dengue, dos casos confirmados:

Confirmados por Critério Laboratorial:

**DENGUE:**

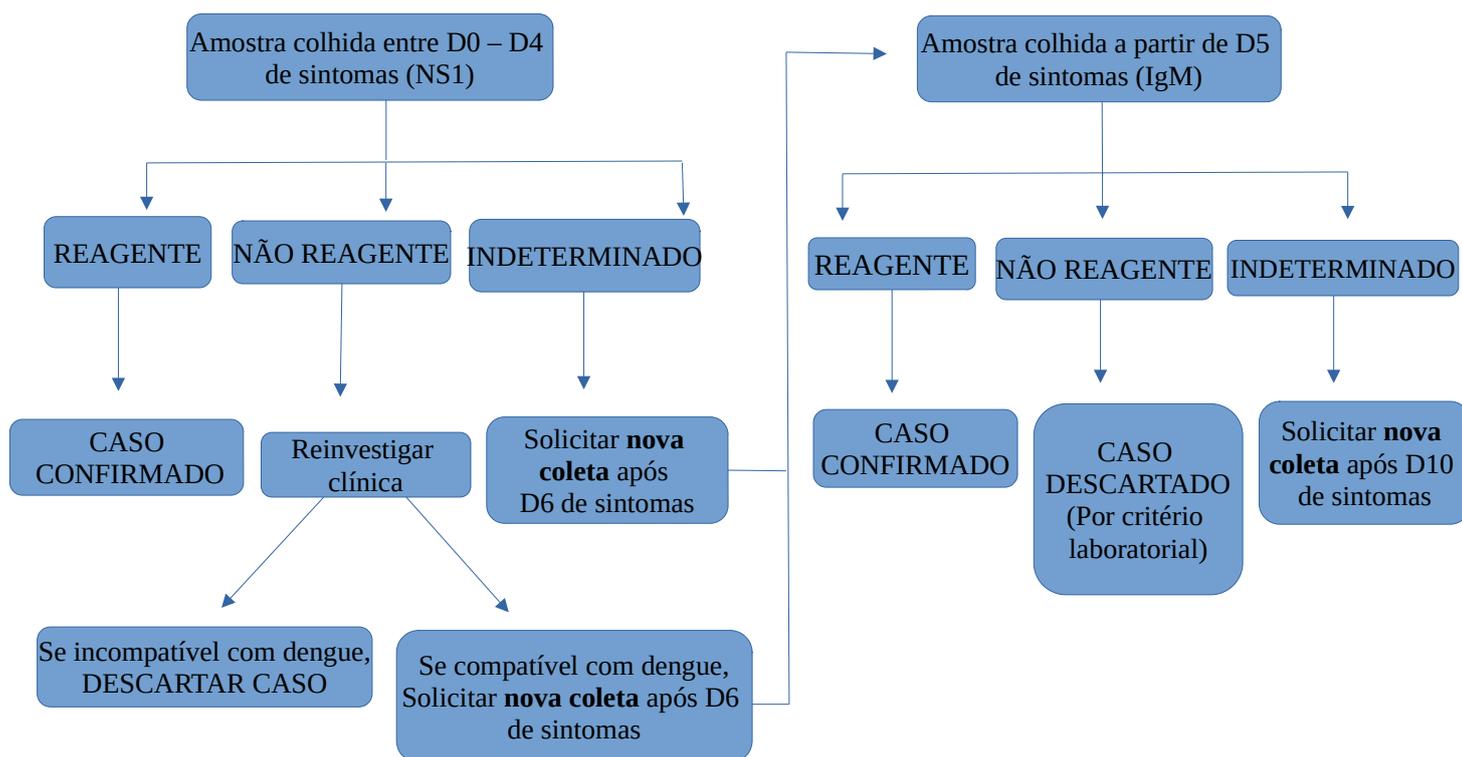
ELISA NS1 reagente

Isolamento viral positivo

RT-PCR detectável (até o 5º dia de início de sintomas da doença)

Deteccção de anticorpos IgM ELISA(a partir do 6º dia de início de sintomas da doença)

**Algoritmo de encerramento de caso de dengue utilizando NS1 e IgM:**



### **CHIKUNGUNYA:**

É todo caso suspeito de chikungunya confirmado laboratorialmente por: isolamento viral positivo, detecção de RNA viral por RT-PCR, detecção de IgM em uma única amostra de soro durante a fase aguda (a partir do 6º dia) ou convalescente (15 dias após o início dos sintomas), demonstração de soroconversão entre as amostras na fase aguda (1a amostra) e convalescente (2a amostra) ou detecção de IgG em amostras coletadas de pacientes na fase crônica da doença, com clínica sugestiva.

**ZIKA** confirmado por um dos exames abaixo:

Isolamento viral positivo

Detecção de RNA viral por RT-PCR

Detecção de anticorpos em Sorologia IgM

### Confirmados por Critério Clínico-Epidemiológico:

**DENGUE:** Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica ou para casos com resultados laboratoriais inconclusivos, deve-se considerar a confirmação por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente, após avaliação da distribuição espacial dos casos confirmados.

**CHIKUNGUNYA:** Após a confirmação laboratorial dos primeiros casos de uma área, os demais casos de chikungunya podem ser confirmados por critério clínico-epidemiológico, exceto recém-nascidos, gestantes, manifestações atípicas, casos graves e óbitos, que devem ocorrer preferencialmente por critério laboratorial.

**ZIKA:** Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica ou em casos com resultados laboratoriais inconclusivos, deve-se considerar a confirmação por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente, após avaliação da distribuição espacial dos casos confirmados.

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> DOENÇA DE CHAGAS AGUDA – CID B57.1  |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeita de Doença de Chagas Aguda (DCA)                               |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

É uma antropozoonose de elevada prevalência e expressiva morbimortalidade, também conhecida como tripanossomíase americana. Apresenta curso clínico bifásico, composto por uma fase aguda (cl clinicamente aparente ou não) e uma fase crônica, que pode se manifestar nas formas indeterminada, cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva.

AGENTE ETIOLÓGICO: Protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*.

MODO DE TRANSMISSÃO: O vetor (triatomíneo), ao se alimentar de mamíferos infectados com elevada parasitemia, pode se infectar e, ao se alimentar novamente, infecta outro mamífero, inclusive o ser humano.

As formas habituais de transmissão de *T. cruzi* para o ser humano são: vetorial, vertical, oral, transfusional, por transplante de órgãos, por acidentes laboratoriais ou por outras formas acidentais.

### PERÍODO DE INCUBAÇÃO:

- Transmissão vetorial: 4 a 15 dias.
- Transmissão oral: de 3 a 22 dias.
- Transmissão transfusional: 30 a 40 dias ou mais.
- Transmissão por acidentes laboratoriais: até 20 dias após exposição.
- Outras formas de transmissão: não existem períodos de incubação definidos.

### PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE:

A maioria dos indivíduos com infecção por *T. cruzi* alberga, durante toda a vida, o parasito nos tecidos e órgãos e, em algumas situações, no sangue.

**DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO:** Febre prolongada (> 7 dias) e quadro clínico sugestivo de DCA, na presença de dados epidemiológicos compatíveis, como: residente ou visitante de área com ocorrência de triatomíneos; ou antecedente recente de transfusão sanguínea ou transplante de órgãos, ou ingestão de alimento suspeito de contaminação pelo *T.cruzi* (caldo de cana, açaí, bacaba, entre outros); ou recém-nascido de mãe infectada.

#### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

Fase Aguda (Inicial) - A manifestação mais característica é a febre constante, inicialmente elevada (38,5°C a 39°C), podendo apresentar picos vespertinos ocasionais. As manifestações de síndrome febril podem persistir por até 12 semanas. Essa fase, mesmo não tratada nem diagnosticada, pode evoluir com o desaparecimento espontâneo da febre e da maior parte das outras manifestações clínicas, progredindo para a fase crônica. Em alguns casos, com quadro clínico mais grave, pode chegar ao óbito.

- Sintomatologia inespecífica: na maioria dos casos, ocorrem: prostração, diarreia, vômitos, inapetência, cefaleia, mialgias, aumento de linfonodos; exantema cutâneo de localização variável, com ou sem prurido e de aparecimento fugaz; irritação em crianças menores, que apresentam frequentemente choro fácil e copioso.
- Sintomatologia específica: é caracterizada pela ocorrência, com incidência variável, de uma ou mais das seguintes manifestações: sinais e sintomas de miocardite difusa com vários graus de gravidade; sinais de pericardite, derrame pericárdico, tamponamento cardíaco; manifestações sindrômicas de insuficiência cardíaca, derrame pleural; edema de face, de membros inferiores ou generalizado; tosse, dispneia, dor torácica, palpitações, arritmias; hepatomegalia e/ou esplenomegalia, de intensidade leve a moderada.

Sinais de porta de entrada, característicos da transmissão vetorial, como o sinal de Romaña (edema bipalpebral unilateral por reação inflamatória à penetração do parasito, na conjuntiva e adjacências) ou o chagoma de inoculação (lesões furunculoides, não supurativas, em membros, tronco e face, por reação inflamatória à penetração do parasito, que se mostram descamativas após duas ou três semanas), são menos frequentes. Deve-se ressaltar que a picada de um triatomíneo pode causar reações alérgicas locais ou sistêmicas, sem que isso signifique necessariamente infecção por *T. cruzi*.

Quadros clínicos graves podem cursar com meningoencefalite, especialmente em lactente ou em casos de reativação (pessoas com comprometimento imunológico).

Fase crônica - A parasitemia é baixa e intermitente. Inicialmente, é assintomática e sem sinais de comprometimento cardíaco e/ou digestivo, e pode apresentar-se com as formas elencadas a seguir:

- Forma indeterminada: paciente assintomático e sem sinais de comprometimento do aparelho circulatório (clínica, eletrocardiograma e radiografia de tórax normais) e do aparelho digestivo (avaliação clínica e radiológica normais de esôfago e cólon). Esse quadro poderá perdurar por toda a vida do indivíduo infectado ou pode evoluir tardiamente para a forma cardíaca, digestiva ou associada (cardiodigestiva).
- Forma cardíaca: evidências de acometimento cardíaco que, frequentemente, evolui para quadros de miocardiopatia dilatada e insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Essa forma ocorre em cerca de 30% dos casos crônicos e é considerada responsável pela maior frequência de óbitos na doença de Chagas crônica (DCC).
- Forma digestiva: evidências de acometimento do aparelho digestivo que pode evoluir para megacólon e/ou megaesôfago. Ocorre em cerca de 10% dos casos.
- Forma associada ou mista (cardiodigestiva): ocorrência concomitante de lesões compatíveis com as formas cardíacas e digestivas.

TRATAMENTO: O benznidazol é o fármaco de primeira escolha e está incluído no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, conforme consta na *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020* (BRASIL, 2020). O nifurtimox pode ser utilizado como alternativa em casos de intolerância ou que não respondam ao tratamento com benznidazol.

É indicado para todos os casos em fase aguda e de reativação da doença. Para as pessoas na fase crônica, a indicação do tratamento depende da forma clínica e deve ser avaliada caso a caso, tendo maior benefício naqueles na forma indeterminada, especialmente crianças, adolescentes e adultos com até 50 anos de idade (BRASIL, 2018a).

Os esquemas terapêuticos referentes ao benznidazol, assim como a indicação em situações especiais, como gravidez e imunossupressão, e do nifurtimox como terapia alternativa, encontram-se no *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas* (BRASIL, 2018a).

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:**

1. Notificação do caso em ficha específica e encaminhar à Vigilância Epidemiológica (somente DOENÇA AGUDA):

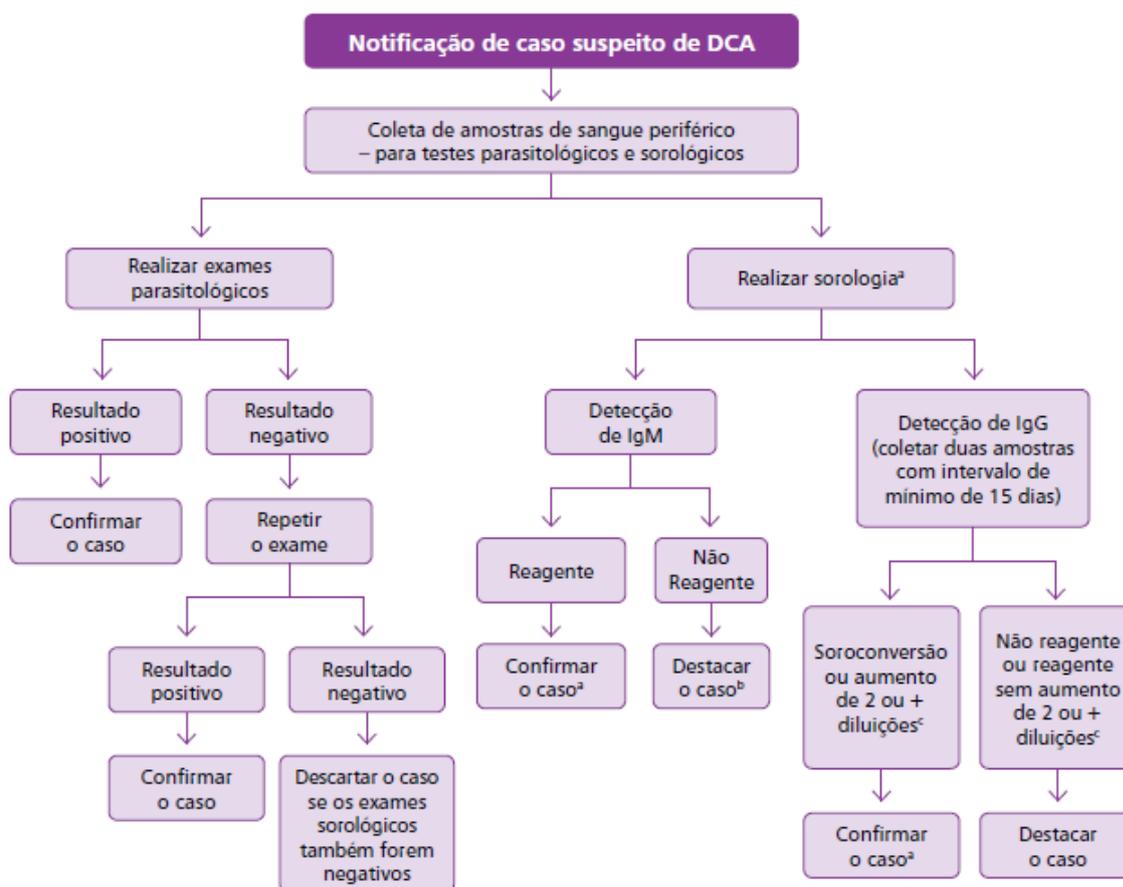
[https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/homepage/downloads/fichas/chagas\\_aguda.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/homepage/downloads/fichas/chagas_aguda.pdf)

2. Realizar coleta das seguintes amostras e encaminhar junto com notificação à VE :

- Esmregaço sanguíneo: distender o material em 2 lâminas de borda fosca identificadas (se necessário solicitar material à VE), sem anticoagulante. Conservar em temperatura ambiente e solicitar retirada da amostra para a VE.
- 1 tubo contendo EDTA (roxo). Conservar em geladeira entre 2° à 8°C e solicitar retirada da amostra para a VE.
- 1 tubo de sangue para a realização de “sorologia para Chagas”, **encaminhar esta amostra para AFIP**, com SADT preenchido.

#### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. Solicitar amostras e encaminhar para o IAL (PCR + Pesquisa direta).
2. A distribuição do benzonidazol é feita através de solicitação por intermédio do e-mail: [chagas@saude.gov.br](mailto:chagas@saude.gov.br)
3. Iniciar a investigação epidemiológica. A finalidade é adotar medidas de controle oportunamente e prevenir a ocorrência de novos casos.
4. Fluxograma para confirmar ou descartar casos suspeitos de doença de Chagas aguda, segundo critério laboratorial:



Fonte: Deidt/SVS/MS.

<sup>a</sup> A confirmação pelo critério sorológico deve ser avaliada criteriosamente levando em consideração o intervalo entre as datas de início de sintomas e a coleta da amostra de sangue, além de evidências clínicas e epidemiológicas.

<sup>b</sup> Na detecção de IgM: descartar o caso somente após a avaliação da sorologia por IgG. Considerar sororreagente para IgM o título  $\geq 1:40$ , e para IgG  $\geq 1:80$ .

<sup>c</sup> Exemplo de reagente com duas ou mais diluições: primeira amostra com valor de títulos 1:80, e segunda amostra com valor de títulos 1:320.

5. O caso de DCA deverá ser encerrado em até 60 dias da notificação. A classificação final do caso deverá obedecer aos critérios estabelecidos em “Definição de caso”. No encerramento da investigação, devem ser informados o critério de confirmação, a forma provável de transmissão, a classificação final, a evolução do caso, a data do óbito (se houver) e a data do encerramento.

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> ESPOROTRICOSE - CID B42   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Esporotricose   |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

A esporotricose é a micose de implantação mais prevalente e globalmente distribuída, causada por fungos do gênero *Sporothrix*. A esporotricose humana é de evolução subaguda ou crônica, geralmente benigna e restrita a pele e aos vasos linfáticos adjacentes, causando úlceras, nódulos e abscessos.

Apresenta diferentes sinonimias, sendo as mais conhecidas “doença do jardineiro”, “doença da roseira” e “doença do gato”.

### MODO DE TRANSMISSÃO:

Geralmente, adquire-se a infecção pela implantação, traumática ou não, do fungo na pele ou mucosa e raramente, por inalação. Ressalta-se que não há transmissão inter-humana. Na atualidade, uma importante fonte de infecção são os gatos, que podem transmitir a esporotricose por arranhadura, mordedura e contato com secreções de lesões cutâneo-mucosas e respiratórias.

### PERÍODO DE INCUBAÇÃO:

O período de incubação após o contato pode ser de uma semana a em torno de 6 meses e a susceptibilidade é universal, sem imunidade duradoura após a infecção.

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

Cutânea: apresentação clínica mais comum (cerca de 60% a 70% dos casos), na qual se desenvolvem lesões geralmente em locais sujeitos a trauma, como as extremidades superiores, inferiores ou face, com o surgimento de úlceras e nódulos próximos a lesão primária, em distribuição linfática. Por se tratar da forma mais típica da doença, o diagnóstico clínico é

considerado mais fácil, apesar de não patognomônico.

Cutânea fixa: segunda forma mais comum (aproximadamente 25% dos casos). É caracterizada por uma lesão localizada no ponto de inoculação, sem envolvimento linfático, em menor extensão e sem acometimento de órgãos internos.

Cutânea disseminada: corresponde a menos de 5% dos casos e é caracterizada pela presença não contígua de múltiplas lesões na pele (pápulas, úlceras, gomas e nódulos).

Extra cutânea: São formas de difícil diagnóstico e correspondem a menos de 2% dos casos. Pode ocorrer lesões em mucosas, lesões oculares, osteoarticulares, pulmonares, neurológicas, quadro séptico.

Podem ocorrer formas mais graves em pacientes imunossuprimidos e reações de hipersensibilidade com manifestações clínicas de eritema nodoso, eritema multiforme, artrite reativa e sintomas de comprometimento de estado geral decorrente destas manifestações imunoalérgicas.

#### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:**

1. Identificar pacientes suspeitos a partir da apresentação clínica e epidemiologia local (contato com gatos, histórico de casos na região).

2. Notificar caso suspeito e encaminhar notificação para a Vigilância Epidemiológica:

[https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Notificacao\\_Individual\\_v5.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Notificacao_Individual_v5.pdf)

3. Realizar coleta de exames inespecíficos: HMG, TGO, TGP, BTF, Proteína total e frações, Creatinina e Atividade de Protrombina (TP)

4. Encaminhar para a policlínica municipal para atendimento com dermatologia; agendamento pelo telefone 32382825 ou e-mail: [ambleishmaniose@sorocaba.sp.gov.br](mailto:ambleishmaniose@sorocaba.sp.gov.br)

5. Policlínica confirmando a suspeita, coleta e envia o material para diagnóstico:

O exame micológico direto pode ser auxiliar, mas tem pouca sensibilidade.

O isolamento em cultivo (cultura) é o padrão-ouro para o diagnóstico da esporotricose humana e pode ser obtido a partir de exsudatos de lesões, aspirados de abscessos, fragmentos de tecido, líquido sinovial, swabs de conjuntiva ocular, liquor e secreções respiratórias, nos casos de

formas extracutâneas. Fazer assepsia do local com solução fisiológica estéril. Colher secreção com swab de algodão ou por punção caso seja lesão fechada. Enviar o material coletado em tubo de ensaio com solução fisiológica. O transporte deve ser em temperatura ambiente em caixa isotérmica. OBS: não usar nenhuma medicação tópica 7 dias antes da coleta.

Biópsia da lesão: os achados histológicos não são patognomônicos para esporotricose. Geralmente é visto um infiltrado granulomatoso e supurativo, consistindo em microabscessos de células polimorfonucleares, às vezes com granulomas tuberculóides e alguns histiócitos. Pode-se a partir de fragmento de tecido (fixado em formol e incluído em parafina), realizar Imuno-histoquímica.

6. A decisão do tratamento deve levar em consideração critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais:

**QUADRO 1 – Níveis de evidência para o diagnóstico da esporotricose humana**

| NÍVEIS DE EVIDÊNCIA | EPIDEMIOLÓGICA | CLÍNICA | LABORATÓRIO  |
|---------------------|----------------|---------|--|
| Possível            | 1              | 2       | Ausente  |
| Provável            | 1              | 2       | A – Exame micológico direto e/ou histopatológico com elementos fúngicos sugestivos de <i>Sporothrix</i> sp. <sup>a</sup><br>B – Nos casos de esporotricose de transmissão felina, dados laboratoriais comprovando o diagnóstico no animal transmissor <sup>b</sup> |
| Provada             | 1              | 2       | Cultura positiva para <i>Sporothrix</i> sp.  |
| Descartada          | 1              | 2       | Cultura negativa <sup>c</sup> para <i>Sporothrix</i> sp., e/ou diagnóstico microbiológico, e/ou histopatológico comprovado de outra doença   |

Fonte: DCCI/SVS/MS.

1 – Parâmetros epidemiológicos: história prévia de trauma com plantas ou subprodutos vegetais, solo ou trauma com gatos, doentes ou não.

2 – Parâmetros clínicos: manifestações clínicas das formas cutâneas, mucosas ou extracutâneas da esporotricose.

<sup>a</sup> Presença de células leveduriformes arredondadas, ovaladas, alongadas ou em forma de "charuto ou navete". Presença de corpos asteroides.

<sup>b</sup> Exame citopatológico ou histológico com grande quantidade de elementos fúngicos sugestivos de esporotricose, com ou sem cultura positiva.

<sup>c</sup> A cultura negativa, isoladamente, não descarta o diagnóstico (pode haver contaminação por fungos não patogênicos e bactérias e limitação de sensibilidade do método).

7. O tratamento de escolha é o itraconazol, na dose de 100 mg a 200 mg/dia. Para crianças a dose é de 5 mg/kg/dia, 1x/ dia (após as refeições), com duração de até um mês após o desaparecimento das lesões. Outras medicações: terbinafina, solução saturada de iodeto de potássio, posaconazol e

anfotericina B (desoxicolato ou formulação lipídica).

8. O pedido da medicação deverá feito pelo médico assistente, após ter em mãos exames laboratoriais de rotina (HMG, TGO, TGP, BTF, Albumina, Globulina, creatinina e Atividade de protrombina. A receita e o resultado dos exames deverão ser encaminhados para a Vigilância Epidemiológica que irá dispor de início do tratamento e encaminhar pedido da medicação ao Ministério da Saúde.

9. Seguimento em consultas mensais até a cura (em torno de 3 a 6 meses). Rever de 1 a 2 meses após a suspensão do tratamento para avaliar alta por cura.

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

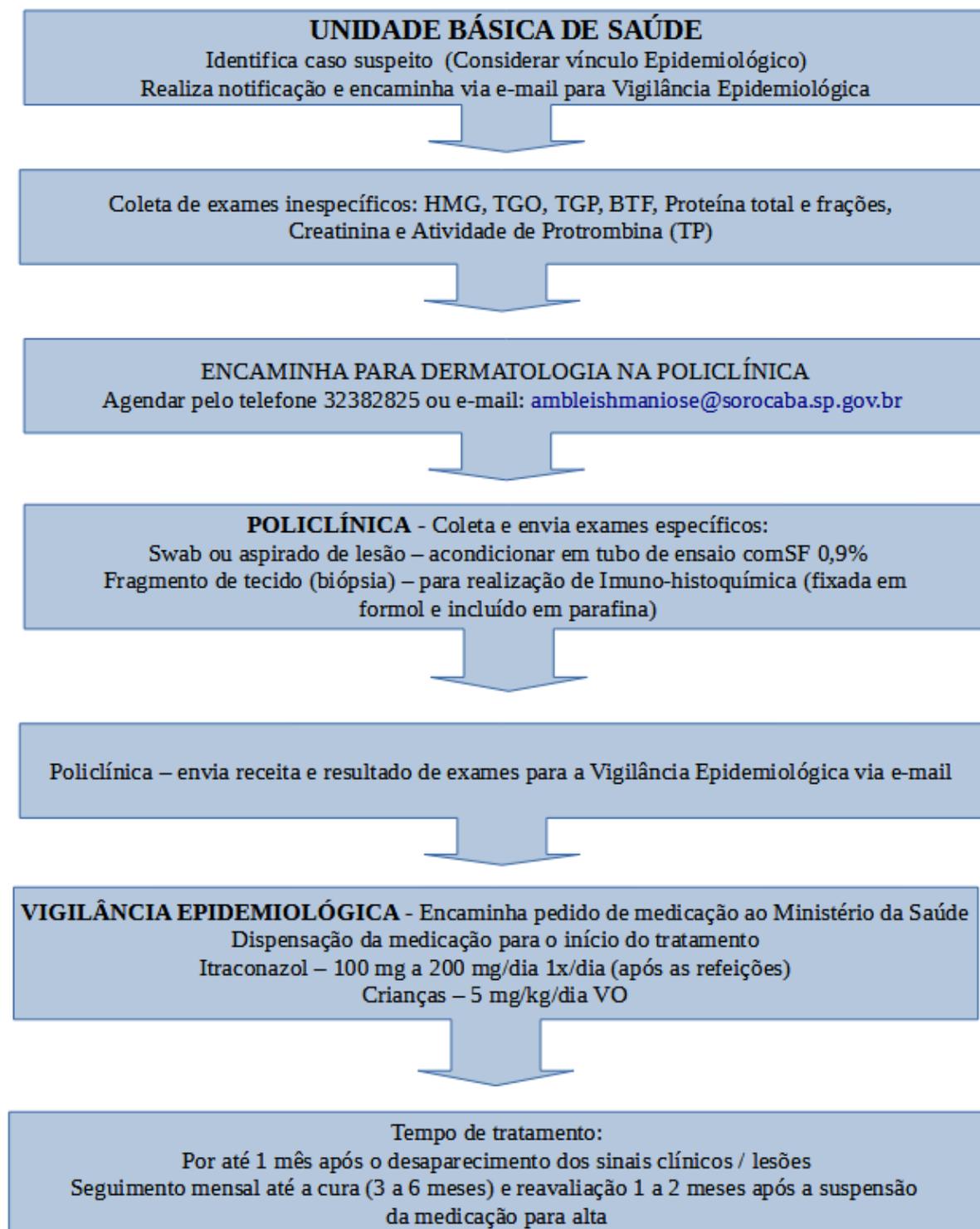
1. A partir da identificação de caso suspeito encaminhar o caso para a equipe de Zoonoses que irá realizar busca ativa de casos em humanos e felinos na área próxima ao caso suspeito. A partir da identificação de novos casos deverá ser instituído medidas de prevenção e controle.

2. A esporotricose não é doença de notificação compulsória, no entanto a ocorrência de casos em maior número deve ser considerado como agravo de interesse ao município, sendo a notificação no SINAN recomendável.

3. Solicitar itraconazol a partir do preenchimento da “Ficha de solicitação de medicamentos antifúngicos para pacientes com micoses sistêmicas” e Planilha de solicitação de Itraconazol (anexo 6). **No caso de necessidade de prolongamento do tratamento, deverá ser enviado relatório médico e cópia do exame comprobatório de infecção fúngica em atividade (quando disponível) que justifique a nova solicitação/ conduta.** Enviar a ficha, planilha, receita médica e exame comprobatório para o e-mail: [micosessistemicas@saude.gov.br](mailto:micosessistemicas@saude.gov.br).

4. Seguimento da evolução do caso junto a equipe da policlínica.

## FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO PARA CASOS DE ESPOROTRICOSE



|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO: ESQUISTOSSOMOSE - CID: B65.1</b>  |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de esquistossomose   |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

Doença parasitária, causada pelo trematódeo *Schistosoma mansoni*, cujas formas adultas habitam os vasos mesentéricos do hospedeiro definitivo (homem) e as formas intermediárias se desenvolvem em caramujos gastrópodes aquáticos do gênero *Biomphalaria*. Trata-se de uma doença, inicialmente assintomática, que pode evoluir para formas clínicas extremamente graves e levar o paciente a óbito.

**AGENTE ETIOLÓGICO:** *Schistosoma mansoni*, um helminto pertencente à classe dos Trematoda, família Schistosomatidae e gênero *Schistosoma*.

**CASO SUSPEITO:** Todo indivíduo que apresente ovos viáveis de *Schistosoma mansoni* nas fezes ou em tecido submetido à biópsia.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** Em média, 1 a 2 meses após a infecção, que corresponde à fase de penetração das cercárias, seu desenvolvimento, até a instalação dos vermes.

**PERÍODO DE TRANSMISSÃO:** O homem infectado pode eliminar ovos viáveis de *S. mansoni* a partir de 5 semanas após a infecção e por um período de 6 a 10 anos, podendo chegar até mais de 20 anos. Os hospedeiros intermediários começam a eliminar cercárias após 4 a 7 semanas da infecção pelos miracídios. Os caramujos infectados eliminam cercárias por toda a vida, que é aproximadamente de 1 ano.

### AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:

1. Realizar notificação do caso confirmado, em ficha específica:

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Esquistossomose/Esquistossomose\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Esquistossomose/Esquistossomose_v5.pdf)

2. Encaminhar resultados de exames confirmatórios (parasitológico de fezes), notificação e cópia da receita médica para Vigilância Epidemiológica.

3. O tratamento é de responsabilidade do Serviço Médico que fez o diagnóstico, e o acompanhamento de cura, preferencialmente, da unidade de saúde mais próxima de sua residência. Todo caso confirmado deve ser tratado, a não ser que haja **contraindicação médica**, conforme segue abaixo:

**Contraindicações do praziquantel:** De maneira geral, recomenda-se não adotar esse medicamento nas seguintes situações:

- durante a gestação;
- durante a fase de amamentação; se a nutriz for medicada, ela só deve amamentar a criança 72 horas após a administração da medicação; o risco/benefício do tratamento deve ser avaliado pelo médico;
- crianças menores de 2 anos;
- insuficiência hepática grave (fase descompensada da forma hepatoesplênica); e
- insuficiência renal ou outras situações graves de descompensação clínica, a critério médico

O tratamento baseia-se na utilização de medicamento específico para a cura da infecção:

- Praziquantel – medicamento preconizado para todas as formas clínicas, respeitados os casos de contraindicação; é o único fármaco disponível, distribuído gratuitamente pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios.

Esquema terapêutico esquistossomótico:

| Medicamento  | Forma de apresentação | Dosagem  | Efeitos colaterais/reações adversas  | Orientação   |
|--------------|-----------------------|--|--|--|
| Praziquantel | Comprimidos de 600mg  | Adultos: 50mg/kg de peso<br>Crianças: 60mg/kg de peso<br>Via oral, preferencialmente em dose única. Casos especiais ficam a critério médico. | Predominância de diarreia e dor abdominal<br>Não há evidências de provocar lesões tóxicas graves no fígado ou em outros órgãos | Repouso por, pelo menos, 3 horas após a ingestão do medicamento, para prevenir náuseas e tonturas (sintomas passageiros) |

**Tratamento da esquistossomose mansoni com Praziquantel, comprimidos de 600mg.**

| Tratamento para adulto (50mg/kg)   |                              | Tratamento para criança até 15 anos (60mg/kg)  |                              |
|--|------------------------------|--|------------------------------|
| Peso corporal (kg)   | Dosagem (nº. de comprimidos) | Peso Corporal (kg)   | Dosagem (nº. de comprimidos) |
| 27 - 32  | 2,5                          | 13 - 16  | 1,5                          |
| 33 - 38  | 3,0                          | 17 - 20  | 2,0                          |
| 39 - 44  | 3,5                          | 21 - 25  | 2,5                          |
| 45 - 50  | 4,0                          | 26 - 30  | 3,0                          |
| 51 - 56  | 4,5                          | 31 - 35  | 3,5                          |
| 57 - 62  | 5,0                          | 36 - 40  | 4,0                          |
| 63 - 68  | 5,5                          | 41 - 45  | 4,5                          |
| 69 - 74  | 6,0                          | 46 - 50  | 5,0                          |
| 75 - 80  | 6,5                          | 51 - 55  | 5,5                          |
| > 80   | 7,0                          | 56 - 60  | 6,0                          |
| Obs.: Em maiores de 70 anos é necessária criteriosa avaliação médica, visto as possíveis contraindicações que possam existir (risco/benefícios). |                              | Obs.: Em criança menor de 2 anos e/ou com menos de 10kg de peso corporal, a avaliação médica deve ser criteriosa, visto as possíveis contraindicações que possam existir (risco/benefícios). |                              |

Fonte: NOTA INFORMATIVA Nº 11, DE 2017/CGHDE/DEVIT/SVS/MS

Recomenda-se a administração e acompanhamento na Unidade de Saúde.

Bebidas alcoólicas não devem ser consumidas junto nem no dia seguinte ao uso do medicamento.

Efeitos colaterais: tonturas, náuseas, cefaleia, sonolência, sendo a tontura mais frequente com oxamniquine e náuseas e vômitos com praziquantel.

O tratamento de suporte deve ser instituído para as diversas alterações. O protocolo de tratamento pode ser consultado no documento Vigilância da Esquistossomose mansoni.

4. Realizar acompanhamento médico: devem ser realizados pelo menos três exames de fezes sequenciais no quarto mês após o tratamento, com amostras colhidas em dias diferentes, em intervalo de no máximo 10 dias entre a primeira e a última coleta. Se os três resultados forem negativos, considera-se o paciente em Alta por Cura, por critério parasitológico, o que não exclui um acompanhamento clínico posterior de seu quadro. **Caso um dos exames seja positivo, isto é, com presença de ovos viáveis, deve-se tratar novamente.**

5. Enviar resultados dos exames para Vigilância Epidemiológica para seguimento do caso.
6. Solicitar exames para investigação de familiares / contatos de pessoas que tiveram deslocamentos para mesmo LPI

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

#### **1. Dispensação de Praziquantel:**

Enviar e-mail para SGVE Itapetininga ([gve-itapetininga@saude.sp.gov.br](mailto:gve-itapetininga@saude.sp.gov.br)), com a notificação, informações laboratoriais e clínicas.

- Após liberação de SGVE Itapetininga, retirar dosagem em farmácia do DRS.

**2. Investigar Local Provável de Infecção e autoctonia de caso para promover medidas de controle e intervenções necessárias nas áreas.**

**3. Caso confirmado: todo indivíduo que apresente ovos de *S. mansoni* em amostra de fezes, tecidos ou outros materiais orgânicos e/ou formas graves da esquistossomose aguda, hepatoesplênica, abscesso hepático, enterobacteriose associada, neurológica (mielorradiculopatia esquistossomótica), nefropática, vasculopulmonar, ginecológica, pseudotumoral intestinal e outras formas ectópicas.**

**4. Acompanhar tratamento e avaliação de cura após coletas de exames (4 meses após o tratamento). Conclui-se assim o caso, 5 meses após a notificação, devendo-se encerrar a Ficha de Investigação Epidemiológica.**

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> FEBRE AMARELA - CID A95.9   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Febre Amarela   |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

A febre amarela (FA) é uma arbovirose aguda causada pelo vírus da febre amarela (gênero *Flavivírus*), que é transmitida, no seu ciclo silvestre, por mosquitos do gênero *Haemagogus* ou *Sabethes*, e, no seu ciclo urbano, por mosquitos *Aedes aegypti*. No Brasil a forma urbana da doença não ocorre desde 1942, no entanto febre amarela silvestre (FA) é uma *doença endêmica no Brasil*.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** (tempo entre a infecção pela picada do mosquito e o aparecimento de quadro clínico) médio varia entre 3 e 6 dias, podendo ser de até 10 a 15 dias.

**PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE:** (tempo em que um indivíduo com febre amarela possui vírus no sangue e pode infectar um mosquito vetor se for picado) vai de 24 a 48 horas antes até 3 a 5 dias após o início dos sintomas. O mosquito infectado transmite o vírus por 6 a 8 semanas.

**CASO SUSPEITO:** Paciente sem história de vacinação para febre amarela que reside ou esteve nos últimos 15 dias em localidade com registro de circulação do vírus da febre amarela (casos em primatas não-humanos ou em humanos); apresenta sintomas tais como febre de início súbito (>37,8 C), cefaleia retro-orbitária, mal-estar, mialgias, calafrios, tonturas, dor lombar, sem rash cutâneo aparente e na evolução do quadro clínico o paciente desenvolve icterícia, náuseas, vômitos, podendo ou não manifestar sangramentos (hemorragia conjuntival, epistaxes, gengivorragia, hematêmese, hemoptise).

### AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:

1. Na suspeita deve-se proceder a notificação **IMEDIATA** do caso. Devido a dengue ser a arbovirose mais comum em nosso meio, todo caso suspeito deve ser notificado também para dengue. Usar um número de SINAN para cada agravo.

[http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Febre%20Amarela/Febre\\_Amarela\\_v5.pdf](http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Febre%20Amarela/Febre_Amarela_v5.pdf)

2. A notificação deve ser IMEDIATA de acordo com fluxo de encaminhamento de notificação das arboviroses, realizada na primeira unidade de atendimento.

3. Avaliação clínica: todo paciente suspeito deverá ser atendido e acompanhado em local com possibilidade de realização de exames inespecíficos hemograma, coagulograma (TP, TTPA), TGO, TGP, bilirrubinas, ureia, creatinina, sódio, potássio, urina tipo I.

4. Coleta IMEDIATA de material para exame específico independente da data de início dos sintomas.

5. Classificação clínica:

| Forma           | Sinais e sintomas   | Alterações laboratoriais   |
|-----------------|---|--|
| Leve / moderada | Febre, cefaleia, mialgia, náuseas, icterícia ausente ou leve  | Plaquetopenia<br>Elevação moderada de transaminases<br>Bilirrubinas normais ou discretamente elevadas (predomínio de direta) |
| Grave           | Todos os anteriores<br>Icterícia intensa<br>Manifestações hemorrágicas<br>Oligúria<br>Diminuição de consciência | Plaquetopenia intensa<br>Aumento de creatinina<br>Elevação importante de transaminases                                       |
| Maligna         | Todos os sintomas clássicos da forma grave intensificados   | Todos os anteriores<br>Coagulação intravascular disseminada  |

Fonte: SAS/MS.

6. Critérios de internação (sinais de alarme):

- Piora clínica dos sinais e sintomas;
- Dor abdominal intensa;
- Hemorragias (gengivorragia, epistaxes, hematêmese, hemoptise);
- Elevação de aminotransferases (acima de 10 vezes o valor de referência);
- Icterícia;
- Alterações no coagulograma, com aumento nos TP ou TTPA;
- Diminuição da diurese;
- Alterações respiratórias;

- Alterações neurológicas;
- Alterações hemodinâmicas.

| Clínicos   | Laboratoriais  |
|--|--|
| <p>Icterícia (pele ou escleras amareladas)<br/> Hemorragias<br/> Colúria – urina “cor de coca-cola”<br/> Oligúria – diminuição de volume urinário<br/> Vômitos constantes<br/> Diminuição do nível de consciência<br/> Dor abdominal intensa</p> | <p>Hematócrito em elevação (20% acima do valor basal prévio ou valor de referência)<br/> Transaminases acima de 10 vezes o valor de referência (TGO é geralmente mais elevada que TGP, diferentemente da hepatite aguda)<br/> Creatinina elevada<br/> Coagulograma alterado (ex.: Tempo de Coagulação &gt;20 min).</p> |

Fonte: SAS/MS.

## 7. Orientações para pacientes em seguimento ambulatorial:

- Retorno em 24 horas na Unidade de Urgência e Emergência para repetir exames inespecíficos hemograma, AST (TGO), ALT (TGP), gama-GT, bilirrubinas totais e frações, TP, TTPA, sódio, potássio, ureia, creatinina.
- O paciente e os acompanhantes devem ser orientados a retornar ao serviço de saúde imediatamente se houver piora dos sintomas existentes ou qualquer dos seguintes sinais: aparecimento de icterícia, hemorragias, vômitos, diminuição de diurese.
- Orientar hidratação oral na dose de 60 mL/kg/dia. Em caso de impossibilidade da hidratação por via oral, utilizar 30 mL/kg/dia de cristaloides (soro fisiológico 0,9% ou Ringer lactato) por via venosa;
- Durante todo o período de viremia (até 5 dias após o início dos sintomas) o paciente deve ser orientado a usar repelente e ser fornecido atestado para que permaneça em sua residência neste período.
- Prescrever sintomáticos:
  - Não usar o ácido acetilsalicílico (AAS) e anti-inflamatórios não esteróides (AINEs);
  - Evite o uso do paracetamol, dando prioridade ao uso da dipirona por via oral;
  - No caso de necessidade uso de paracetamol (alergia a dipirona), não prescrever doses superiores a 3 gramas por dia. Medidas de resfriamento físico para a diminuição da temperatura corporal podem ser usadas;

- Após segunda coleta de exames inespecíficos não havendo piora clínica e laboratorial encaminhar paciente para monitoramento na UBS de acordo com fluxo de seguimento dos pacientes com suspeito da arboviroses. Sendo a suspeito Febre Amarela, os pacientes deverão ser acompanhados até 7 dias após início dos sintomas.

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. Avaliar a ficha de notificação recebida e proceder a investigação suplementar. Relatórios de investigação de campo, levantamentos e dados do prontuário, além de toda informação considerada relevante na investigação devem ser comunicados por meio de informes complementares.
2. Encaminhar amostra oportuna de sangue (a partir do 7º dia de sintomas) ao IAL para realização de sorologia. Se amostra inoportuna, armazenar para casos de evolução a óbito.
3. Informação imediata do caso suspeito para a equipe de Zoonoses para encaminhamento de medidas de bloqueio.
4. Identificação de LPI: deslocamentos do caso, de familiares e/ou amigos (considerar todos aqueles que antecederam 15 dias do início dos sintomas, inclusive os de curta duração) para caracterizar se houve permanência em local de provável circulação viral.
5. Verificar se o paciente foi vacinado previamente contra a febre amarela e registrar a data da última dose de vacina recebida. Esta informação e também utilizada como subsídio para definição dos exames laboratoriais a serem solicitados para auxiliar no esclarecimento diagnóstico.
6. Acompanhar a evolução dos pacientes e os resultados dos exames laboratoriais específicos.

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO: FEBRE MACULOSA CID: A77.0</b>   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Febre Maculosa  |  |  |                         |

### **DESCRIÇÃO DO AGRAVO:**

A febre maculosa é uma doença infecciosa febril aguda, transmitida por carrapatos, de gravidade variável, que pode cursar com formas leves e atípicas até formas graves com elevada taxa de letalidade.

**AGENTE ETIOLÓGICO:** Bactéria gram-negativa intracelular obrigatória: *Rickettsia rickettsii*, *Rickettsia sp.* cepa Mata Atlântica.

**CASO SUSPEITO:** Indivíduo que apresente febre, cefaléia, mialgia e história de picada de carrapatos e/ ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou tenha frequentado área sabidamente de transmissão de febre maculosa nos últimos 15 dias e/ ou apresente exantema máculo-papular ou manifestações hemorrágicas.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** De 2 a 14 dias. Em geral, entre o segundo e o sexto dia da doença surge o exantema máculo-papular, de evolução centrípeta e predomínio nos membros inferiores, podendo acometer região palmar e plantar em 50 a 80% dos pacientes com esta manifestação. Embora seja o sinal clínico mais importante, o exantema pode estar ausente, o que pode dificultar e/ou retardar o diagnóstico e o tratamento, determinando uma maior letalidade.

**PERÍODO DE TRANSMISSÃO:** Nos humanos, a febre maculosa é adquirida pela picada do carrapato infectado com riquetsia, e a transmissão geralmente ocorre quando o artrópode permanece aderido ao hospedeiro. Nos carrapatos, a perpetuação das riquetsias é possibilitada por meio da transmissão vertical (transovariana), da transmissão estágio-estádio (transestadial) ou da transmissão através da cópula, além da possibilidade de alimentação simultânea de carrapatos

infectados com não infectados em animais com suficiente riquetsemia. Os carrapatos permanecem infectados durante toda a vida, em geral de 18 a 36 meses.

A transmissão ocorre a partir de picada de carrapato infectado, geralmente ocorre quando o artrópode permanece aderido ao hospedeiro por um período de 4 a 6 horas. Todos os estágios de desenvolvimento do carrapato podem parasitar o homem (larvas, ninfas e adultos) que entra em contato com o vetor em especial ao adentrar em ambientes de mata, rio ou cachoeira. O animal amplificador do ciclo reprodutivo do carrapato são as capivaras, mas cavalos e antas albergam os carrapatos, em todas as fases de desenvolvimento.

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:**

1. Realizar notificação imediata (até 24 horas) de todos os casos suspeitos em ficha específica:

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Febre%20Maculosa/Febre\\_Maculosa\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Febre%20Maculosa/Febre_Maculosa_v5.pdf)

2. Coletar amostra e enviar para VE junto com notificação, conforme fluxo pré-estabelecido de retirada de amostras. A primeira amostra de soro deverá ser coletada nos primeiros dias da doença (fase aguda) e a segunda amostra de 14 a 21 dias após a primeira coleta:

- Coletar 5 mL de sangue em tubo com gel separador (tampa amarela). Centrifugar antes de enviar. Para envio imediato (até 6 horas) conservar em geladeira após esse período conservar em freezer a -20 °C e transportar em caixas isotérmicas contendo gelo reciclável, em quantidade suficiente para manter as amostras congeladas até a chegada no Laboratório. O exame só será processado após o recebimento da 2.a amostra de soro, ou em amostra única de casos de óbito.

**ATENÇÃO: É de extrema importância a suspeita precoce e a introdução imediata da medicação à simples suspeita, doxiciclina via oral (100 mg VO 12/12 h) ou doxiciclina intravenosa (100 mg EV 12/12 h) dependendo da gravidade do caso, para que seja possível reduzir a letalidade desta doença.**

3. **Tratamento para casos leves:** Iniciar tratamento imediato. A terapêutica é empregada rotineiramente por um período de 7 dias, devendo ser mantida por 3 dias, após o término da febre.

A doxiciclina é o antimicrobiano de escolha para o tratamento de todo caso suspeito de febre maculosa, independentemente da gravidade ou da faixa etária. O cloranfenicol é considerado

segunda opção, podendo ser usado como antimicrobiano alternativo na falta de doxiciclina ou em caso de intolerância incontornável.

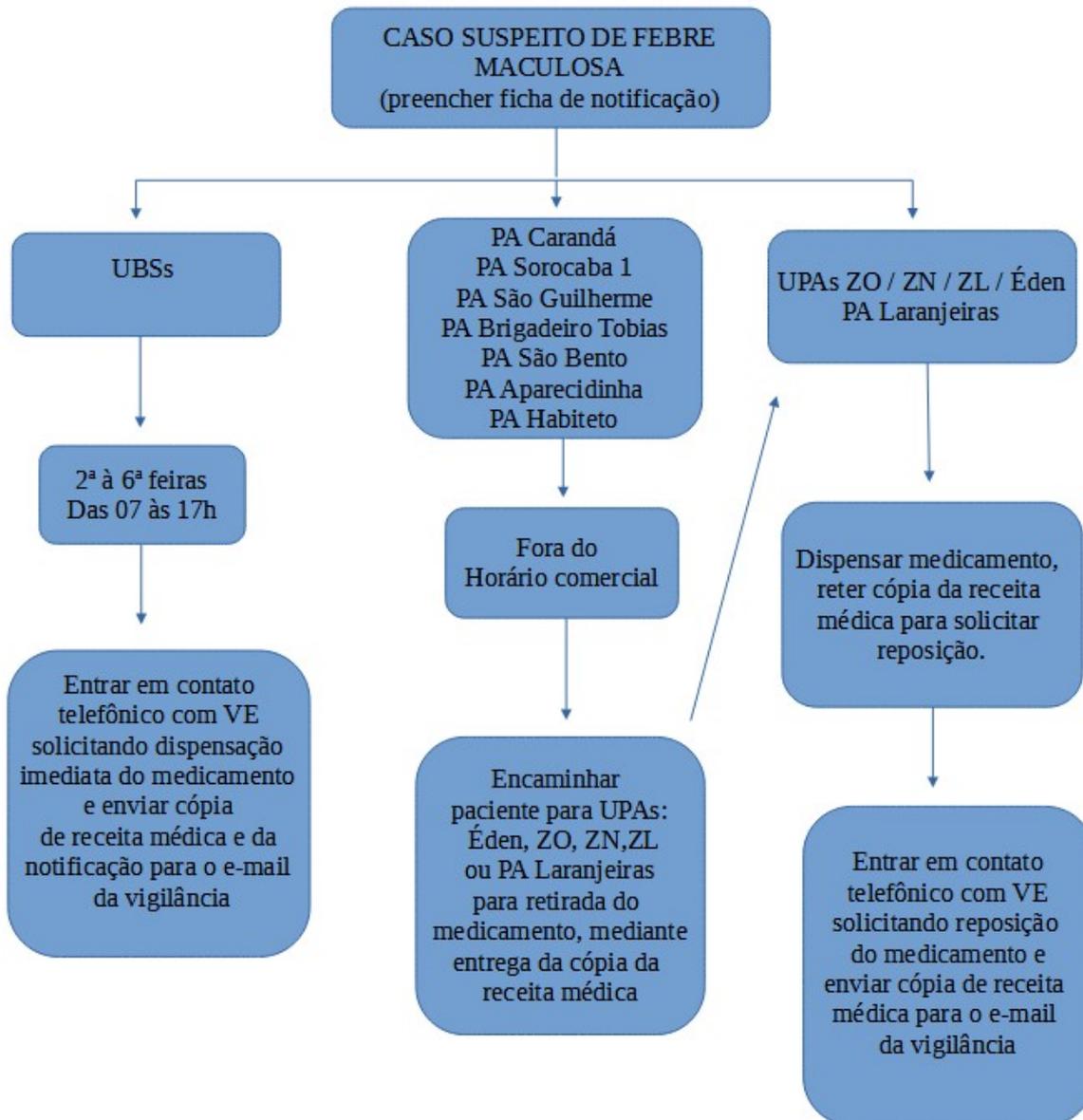
Embora normalmente cloranfenicol e doxiciclina sejam contraindicados para gestantes, o potencial de gravidade da febre maculosa justifica sua utilização para casos suspeitos da doença nesse grupo de pacientes. Isso também se aplica às crianças abaixo dos 7 anos de idade.

| Adultos       |   |
|---------------|---|
| Doxiciclina   | 100mg de 12 em 12 horas, por via oral ou endovenosa, a depender da gravidade do caso, devendo ser mantido por 3 dias após o término da febre. Sempre que possível a <b>doxiciclina</b> deve ser priorizada.   |
| Cloranfenicol | 500mg de 6 em 6 horas, por via oral, devendo ser mantido por 3 dias após o término da febre. Em casos graves, recomenda-se 1g, por via endovenosa, a cada 6 horas, até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, mantendo-se o medicamento por mais de 7 dias, por via oral, na dose de 500mg, de 6 em 6 horas. |
| Crianças      |   |
| Doxiciclina   | Para crianças com peso inferior a 45kg, a dose recomendada é 2,2mg/kg de 12 em 12 horas, por via oral ou endovenosa, a depender da gravidade do caso, devendo ser mantido por 3 dias após o término da febre. Sempre que possível seu uso deve ser priorizado.  |
| Cloranfenicol | 50 a 100mg/kg/dia, de 6 em 6 horas, até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, nunca ultrapassando 2g por dia, por via oral ou endovenosa, dependendo das condições do paciente.   |

**Tratamento para casos graves:** o Instituto de Infectologia Emílio Ribas está disponibilizando o tratamento injetável (doxiciclina intravenosa - 100 mg EV 12/12 h). Precisa ser introduzida precocemente, preferencialmente nos 3 a 4 primeiros dias de doença.

#### 4. Dispensação de Doxiciclina:

**VIA ORAL:** Nos dias úteis, em horário comercial, a medicação pode ser disponibilizada a partir da apresentação da receita em qualquer Unidade Básica de Saúde (UBS), a qual solicitará o remédio via telefone para a Vigilância Epidemiológica. Nos demais dias e horários, orientar o paciente a retirar o medicamento, mediante entrega de cópia de receita médica, em uma das seguintes unidades de saúde: UPAs Zona Oeste, Zona Leste, Zona Norte, Éden ou PA Laranjeiras. A unidade fornecedora deverá solicitar reposição do estoque de medicamento através do e-mail [epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br](mailto:epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br), mediante envio da cópia da receita.



**VIA INTRAVENOSA:** A Assistência Farmacêutica do Hospital, deverá realizar a solicitação da doxiciclina injetável pelo meio mais rápido possível ao **Instituto Emílio Ribas**, através da DVZOO, pelo telefone (011)3066-8296 / e-mail: [dvzoo@saude.sp.gov.br](mailto:dvzoo@saude.sp.gov.br), com cópia para [epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br](mailto:epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br) e [drs16-af@saude.sp.gov.br](mailto:drs16-af@saude.sp.gov.br). Aos finais de semana ou feriados poderá ser feita ao plantão da Central/CIEVS, pelo telefone 08000-555466 ou pelo e-mail [notifica@saude.sp.gov.br](mailto:notifica@saude.sp.gov.br), com cópia para [epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br](mailto:epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br) e [53](mailto:drs16-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

[af@saude.sp.gov.br](mailto:af@saude.sp.gov.br). Encaminhar receita médica e Ficha de Notificação imediatamente para os e-mails citados;

Deverá concomitante à solicitação ao Emílio Ribas, entrar em contato com a **Farmácia do Conjunto Hospitalar de Sorocaba**, pelo telefone (015) 3332-9100 (ramais 9443 ou 9533), para verificar disponibilidade e retirar o medicamento (portando cópia da prescrição e Ficha de Notificação), possibilitando o início imediato do tratamento. Após a liberação do medicamento no Emílio Ribas, o hospital solicitante deverá providenciar sua retirada e repor o quantitativo dispensado pela farmácia do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, o mais breve possível.

Em geral serão passíveis de tratamento com doxiciclina injetável:

- Indivíduos que apresentem febre de início súbito, cefaleia, mialgia e que tenha relatado história de picada de carrapatos e/ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou ter frequentado área sabidamente de transmissão de febre maculosa, nos últimos 15 dias e tenham sido obrigatoriamente hospitalizados por um ou mais dos critérios abaixo:

1. Apresentem ou evoluam com disfunções orgânicas clínicas e/ou laboratoriais – incluindo-se trombocitopenia, icterícia, alterações hemodinâmicas, cardíacas, renais e/ou neurológicas – compatíveis com formas graves de febre maculosa; e/ou
2. Apresentem ou evoluam com manifestações hemorrágicas; e/ou
3. Não apresentem condições clínicas e/ou funcionais – incluindo presença de vômitos e/ou diarreia - para utilização de doxiciclina por via oral; e/ou
4. Apresentem piora clínica em vigência do tratamento com doxiciclina por via oral.

Pacientes que tenham sido inicialmente tratados com doxiciclina por via parenteral em regime hospitalar e que apresentem evolução clínica e laboratorial favorável e, a critério médico rigoroso, condições de alta hospitalar, poderão ter a conclusão do restante do tratamento antimicrobiano especificamente ambulatorialmente com doxiciclina por via oral.

## AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

1. Solicitar sorologia para febre maculosa e encaminhar amostra para IAL.
2. Agendar junto ao serviço de saúde / paciente a coleta da 2ª amostra de sangue e encaminhar ao IAL.
3. Em casos graves que evoluem para óbito poderá ser realizado técnica de PCR com a primeira amostra enviada.
4. Enviar reposição do medicamento à unidade fornecedora (UPAs Zona Oeste, Zona Leste, Zona Norte, Éden e PA Laranjeiras), mediante recebimento da cópia da receita, e solicitar reposição à VE através do e-mail: [almoxmed@sorocaba.sp.gov.br](mailto:almoxmed@sorocaba.sp.gov.br) (enviar cópia da receita).
5. Articular solicitação, retirada e transporte de doxiciclina intravenosa para os casos elegíveis.

### 6. Caso Confirmado:

**Critério laboratorial:** indivíduo cujos sinais, sintomas e antecedentes epidemiológicos atendem à definição de caso suspeito e no qual infecção por riquetsias do grupo febre maculosa tenha sido confirmada laboratorialmente em uma das provas diagnósticas:

- RIFI – quando houver soroconversão dos títulos de RIFI IgG, entendida como: - primeira amostra de soro (fase aguda) não reagente e segunda amostra (colhida 14 a 21 dias após) com título  $\geq 128$ ; ou - aumento de, no mínimo, quatro vezes os títulos obtidos em duas amostras de soro, coletadas com intervalo de 14 a 21 dias.
- imuno-histoquímica reagente para antígenos específicos de *Rickettsia* sp.
- técnicas de biologia molecular – PCR, grupo febre maculosa detectável.
- isolamento em cultura do agente etiológico.

**Critério clínico-epidemiológico:** Todo caso suspeito, associado a antecedentes epidemiológicos (descritos na definição de caso suspeito), que tenha vínculo com casos confirmados laboratorialmente e que:

- não tenha coletado material para exames laboratoriais específicos; ou

- tenha resultado não reagente na Rifi IgG com amostra única coletada antes do sétimo dia de doença; ou
- tenha uma amostra única coletada em qualquer dia de doença com Rifi IgG reagente ou indeterminado com título  $\geq 128$ ; ou
- tenha apenas duas amostras, coletada com intervalo de 14 a 21 em relação a primeira amostra, com aumento de títulos inferior a quatro vezes; ou
- a investigação oportuna do LPI detecte a circulação de rickettsia patogênica em vetores

|  |  |   |                         |
|--|--|---|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p>CIEVS - Sorocaba</p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> LEISHMANIOSE TEGUMENTAR - CID B55.1   |  |   |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Leishmaniose Tegumentar                                   |  |   |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

Doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoário, de transmissão vetorial, que acomete pele e mucosas.

### AGENTE ETIOLÓGICO:

Protozoário do gênero *Leishmânia*. No Brasil, foram identificadas 7 espécies, sendo 6 do subgênero *Viannia* e uma do subgênero *Leishmânia*. As 3 principais espécies são:

- *Leishmânia. (Leishmânia.) amazonensis*;
- *Leishmânia. (Viannia) guyanensi*;
- *Leishmânia. (Viannia) braziliensis*.

### Reservatórios:

Infecções por leishmânias que causam a leishmaniose tegumentar americana (LTA) foram descritas em várias espécies de animais silvestres (roedores, marsupiais, edentados e canídeos silvestres), sinantrópicos (roedores) e domésticos (canídeos, felídeos e equídeos). Com relação a esses últimos, seu papel na manutenção do parasita no meio ambiente ainda não foi esclarecido.

**MODO DE TRANSMISSÃO:** Picada de fêmeas de flebotomíneos infectadas. Não há transmissão de pessoa a pessoa.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** No homem, em média de 2 meses, podendo apresentar períodos mais curtos (duas semanas) e mais longos (2 anos).

### CASO SUSPEITO:

- Leishmaniose cutânea – indivíduo com presença de úlcera cutânea, com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura.
- Leishmaniose mucosa – indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração, ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios, palato e nasofaringe.

## AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA

1. As UBSs devem encaminhar os casos suspeitos para a policlínica através do e-mail [ambleishmaniose@sorocaba.sp.gov.br](mailto:ambleishmaniose@sorocaba.sp.gov.br), onde serão avaliados para a realização de biópsia (não devem ser encaminhados na demanda de encaminhamento para a dermatologia). Casos suspeitos identificados em PAs ou UPAs devem ser encaminhados pelo médico para a UBS de referência do paciente, para que sejam agendados na Policlínica.

2. Na policlínica, se biópsia for positiva para leishmaniose, notificar (apenas nos casos CONFIRMADOS) e enviar a ficha de notificação, prescrição médica em receituário de controle especial, contendo o PESO do paciente, termo de responsabilidade/esclarecimento (anexo 3) preenchido em conjunto com o paciente e formulário para registro de dispensação de Miltefosina (anexo 4) para a Vigilância Epidemiológica.

Após a solicitação e recebimento do medicamento, o mesmo será enviado à Policlínica para a dispensação e orientação ao paciente.

3. **Tratamento:** No ano de 2018, tornou-se pública a decisão de incorporar a miltefosina para o tratamento da Leishmaniose Tegumentar, em primeira linha de tratamento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As evidências científicas disponíveis acerca do emprego terapêutico desse medicamento no tratamento da forma mucosa são restritas, de modo que essa abordagem necessita ser melhor elucidada. O tratamento deve ser realizado conforme “**Protocolo para tratamento de Leishmaniose Tegumentar com Miltefosina 50 mg no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) - São Paulo – Março de 2022**”, disponível no endereço eletrônico da SES/SP: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-detransmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/leish/lt22\\_protocolo\\_miltefosina.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-detransmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/leish/lt22_protocolo_miltefosina.pdf)

Esquema de tratamento para Leishmaniose Tegumentar:

- Dose: 2,5 mg /Kg/dia, via oral, em duas a três tomadas.

Indivíduos com peso  $\geq 45$  Kg devem ingerir 3 cápsulas / dia após as refeições.

Indivíduos com peso  $< 45$  Kg devem ingerir 2 cápsulas / dia após as refeições.

A ingestão após as refeições pode mitigar possíveis eventos adversos gastrointestinais, como diarreia e vômitos.

- Tempo de uso: 28 dias, sendo feito em duas etapas

1ª etapa – 14 dias. Liberação de caixa com 42 cápsulas de Miltefosina de 50 mg. Sugere-se controle laboratorial dos níveis de ureia, creatinina e enzimas hepáticas com coleta no 10º dia de tratamento para ser avaliado em retorno de acompanhamento médico no 13º dia.

2ª etapa – 14 dias. Liberação de caixa com 42 cápsulas de Miltefosina 50 mg. Sugere-se novo monitoramento da função hepática e renal até o 25º dia do tratamento, para que o resultado seja avaliado no retorno do acompanhamento médico, ao 28º dia do tratamento.

Os prazos sugeridos podem ser adaptados a critério médico.

#### **4. Cautela**

- Leishmaniose tegumentar mucosa: as evidências científicas no tratamento da forma mucosa são restritas.
- Paciente do sexo feminino em idade fértil: devido potencial teratogênico da Miltefosina 50mg o uso é recomendado estritamente após exclusão de gravidez por meio da realização de teste sensível para dosagem de Beta-HCG; comprovação de uso de pelo menos 2 (dois) métodos de contracepção, dos quais 1 (um) de barreira, sendo necessário já estar em uso 30 dias antes do início do tratamento, 28 dias durante o tratamento e mais quatro meses após o término; e mediante assinatura de Termo de Responsabilidade/Esclarecimento (Anexo 1).
- Pacientes imunocomprometidos: somente poderá ser utilizada nesse grupo de pacientes após caracterizada falha terapêutica do tratamento convencional, já que a experiência do uso terapêutico desse medicamento nessa população é limitada.
- Pacientes pediátricos: uso preferencial em pacientes com idade  $\geq 12$  anos e com peso corporal  $\geq 30$  kg, pois não há estudos clínicos fora desse grupo. (Considerar o tratamento com antimoniato de meglumina para crianças, conforme Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar, Brasília, 2017).
- Amamentação: recomenda-se que não seja utilizado por nutrizes pela falta de estudos relacionados a excreção da miltefosina pelo leite.
- Pacientes do sexo masculino em idade fértil: devido evidências de possíveis efeitos adverso ao sistema reprodutor masculino, como na espermatogênese, orienta-se o esclarecimento a essa população quanto a essas possíveis reações adversas, embora descritas como reversíveis.

#### **5. Contraindicações Absolutas**

- Gravidez;

- Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos excipientes;
- Doença renal ou hepática pré-existente;
- Síndrome de Sjogren-Larsson;
- Doenças hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase ou má absorção de glucose-galactase.

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. Encaminhar a ficha de notificação, prescrição médica em receituário de controle especial, termo de responsabilidade/esclarecimento (anexo 3) e formulário para registro de dispensação de Miltefosina (anexo 4) para o GVE, o qual enviará cópia à DvZoo (dvzoo@saude.sp.gov.br) onde a demanda será avaliada e, em caso positivo, solicita ao Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica/CAF/SES-SP a liberação da medicação para a farmácia do Departamento Regional de Saúde (DRS) da área de abrangência do serviço solicitante.

2. Após a chegada do medicamento na DRS, a VE deverá proceder a retirada, e inserir o formulário de “Registro de Dispensação da Miltefosina” no endereço eletrônico <https://redcap.saude.gov.br/surveys/index.php?s=PC8PFWA8LX> já agregando os dados referentes à medicação dispensada (lote e validade) no campo “Dispensação”. Para cada etapa do tratamento deve ser digitado um formulário REDCap.

3. Fornecer o medicamento à Policlínica para que seja feita a dispensação e orientação de uso ao paciente.

4. Seguimento junto à policlínica do processo de cura e alta para encerramento da ficha de notificação.

5. Casos confirmados:

Preencher, no mínimo, um dos seguintes critérios:

- residência, procedência ou deslocamento em ou para área com confirmação de transmissão e encontro do parasito nos exames parasitológicos diretos ou indireto;

- residência, procedência ou deslocamento em ou para área com confirmação de transmissão e IDRMM positiva;

### **Diagnóstico laboratorial**

O diagnóstico laboratorial constitui-se fundamentalmente pelos exames:

parasitológico – pesquisa de amastigotas em esfregaço da lesão ou *imprint* de fragmentos de tecido do paciente;

imunológicos – intradermorreação de Montenegro (IDRM) ou sorologia por imunofluorescência (IFI) ou ensaio imunoenzimático (ELISA);

Molecular – reação em cadeia da polimerase (PCR).

Recomenda-se a confirmação do diagnóstico por método parasitológico, antes do início do tratamento, especialmente naqueles casos com evolução clínica fora do habitual e/ou má resposta a tratamento anterior.

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> LEISHMANIOSE VISCERAL - CID B55.0   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Leishmaniose Visceral                                     |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

É uma doença crônica, sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, perda de peso, astenia, adinamia, hepatoesplenomegalia e anemia, dentre outras. Quando não tratada, pode evoluir para o óbito em mais de 90% dos casos.

**AGENTE ETIOLÓGICO:** Protozoários do gênero *Leishmânia*. Nas Américas, a *Leishmânia chagasi* e a espécie comumente envolvida na transmissão da leishmaniose visceral (LV).

**MODO DE TRANSMISSÃO:** A transmissão ocorre pela picada dos vetores infectados pela *Leishmânia. (L.) chagasi*. Duas espécies estão relacionadas com a transmissão da doença: *Lutzomyia longipalpis*, a principal; e *Lutzomyia cruzi*, em estados do Centro Oeste. Habitam no intra e peridomicílio encontrada, principalmente, próxima a uma fonte de alimento. Durante o dia, esses insetos ficam em repouso, em lugares sombreados e úmidos, protegidos do vento e de predadores naturais. Conhecidos popularmente por mosquito-palha, tatuquira, birigui, entre outros.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** No homem, e de 10 dias a 24 meses, com média entre 2 e 6 meses, e no cão, varia de 3 meses a vários anos, com média de 3 a 7 meses.

#### Definição de caso suspeito

Febre de duração  $\geq 7$  dias e esplenomegalia

Febre de duração  $\geq 7$  dias e hepatomegalia

Febre de duração  $\geq 7$  dias associada a qualquer citopenia, palidez e emagrecimento

## AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:

1. Na identificação de caso suspeito proceder a notificação compulsória em Ficha de Notificação Específica.

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Leishmaniose%20Visceral/LV\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Leishmaniose%20Visceral/LV_v5.pdf)

2. Coletar exame específico em tubo gel – Teste imunocromatográfico rápido (TR) – amostra de soro realizado pelo Instituto Adolf Lutz (IAL). Cabe destacar que, caso o paciente seja diagnosticado reagente, não há necessidade de realizar outro teste (imunológico ou parasitológico) para a confirmação.

3. Se resultado positivo encaminhar para internação para início do tratamento. Resultados negativos, avaliar necessidade de internação para investigação de outros diagnósticos;

4. Tratamento: No Brasil, os medicamentos utilizados para o tratamento da LV são o antimoníato de meglumina (ou antimoníato de N-metil glucamina) e a anfotericina B. A escolha terapêutica deverá considerar a faixa etária, a presença de gravidez e as comorbidades. Recomenda-se o antimoníato de meglumina como fármaco de primeira escolha para o tratamento da LV, exceto em algumas situações, nas quais se recomenda o uso da anfotericina B, prioritariamente em sua formulação lipossomal. Segue abaixo os critérios de indicação, dose e tempo de tratamento com Anfotericina b lipossomal para pacientes com diagnóstico de Leishmaniose Visceral, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP):

a) Critério do Ministério da Saúde indicado para:

- Idade < 1 ano e > 50 anos;
- Insuficiência ou transplante renal, hepático e cardíaco;
- Intervalo QT corrigido no exame eletrocardiográfico maior que 450 milissegundos (ms);
- Uso de medicamentos que alteram o intervalo QT;
- Hipersensibilidade ou falha terapêutica pelo antimoníato ou outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV;
- Infecção pelo HIV (tratamento e profilaxia secundária);
- Comorbidades que comprometem a imunidade;
- Uso de medicação que compromete a imunidade;

- Gestantes
- Escore de gravidade clínico  $\geq 4$  ou clínico-laboratorial  $\geq 6$ .

Para cálculo do escore considerar o quadro a seguir:

| Tabela 3 - Modelos de prognóstico construídos pela adição de variáveis clínicas ou de variáveis clínicas e laboratoriais, ponderadas pela força da associação estatística para a morte em pacientes com <b>menos de 2 anos</b> de idade com diagnóstico de leishmaniose visceral – Teresina, 2005-2008 |                                    |   | Tabela 2 - Modelos de prognóstico construídos pela adição de variáveis clínicas ou de variáveis clínicas e laboratoriais, ponderadas pela força da associação estatística para a morte em pacientes <b>com mais de 2 anos</b> de idade diagnosticados com leishmaniose visceral – Teresina, 2005-2008 |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|---|------------------------------------|---|
| Variável   | Peso da variável no modelo clínico | Peso da variável no modelo clínico e laboratorial | Variável  | Peso da variável no modelo clínico | Peso da variável no modelo clínico e laboratorial |
| Idade  |                                    |   | Idade   |                                    |   |
| < 12 meses   | 1                                  | 1   | 2-20 anos   | -                                  | -   |
| > 12 meses   | 0                                  | 0   | 20-40 anos  | 1                                  | 1   |
| Sangramento  |                                    |   | >40 anos  | 2                                  | 2   |
| 1-2 sítios   | 1                                  | 1   | Sangramento   |                                    |   |
| 3-4 sítios   | 2                                  | 2   | 1-2 sítios  | 1                                  | 1   |
| 5-6 sítios   | 4                                  | 4   | 3-4 sítios  | 2                                  | 2   |
| Edema  | 1                                  | 2   | 5-6 sítios  | 3                                  | 3   |
| Icterícia  | 1                                  | -   | Aids  | 2                                  | 3   |
| Dispneia   | 1                                  | 1   | Edema   | 1                                  | 1   |
| *AST ou ALT acima de 100 UK/L  | -                                  | 3   | Icterícia   | 1                                  | 1   |
| Pontuação máxima   | 08                                 | 11  | Dispneia  | 1                                  | 1   |
|  |                                    |   | Infecção bacteriana   | 1                                  | 1   |
|  |                                    |   | Leucócitos abaixo de 1.500/mm <sup>3</sup>  | -                                  | 2   |
|  |                                    |   | Plaquetas abaixo de 50.000/mm <sup>3</sup>  | -                                  | 3   |
|  |                                    |   | *Insuficiência renal  | -                                  | 3   |
|  |                                    |   | Pontuação máxima  | 11                                 | 20  |

Nota: \*AST – aspartato aminotransferase; ALT – alanina aminotransferase.

Nota: \*Taxa de filtração glomerular abaixo de 60 ml/min/m<sup>2</sup> ou creatinina sérica acima dos níveis superiores para a idade.

b) Critério do SES-SP indicado para:

- Pacientes com idade  $\geq 1$  e  $\leq 10$  anos

### **Anfotericina lipossomal:**

Dose e via de aplicação: 3 mg/kg/dia, durante 7 dias, ou 4 mg/kg/dia, durante 5 dias em infusão venosa, em uma dose diária.

O pedido da anfotericina B lipossomal deverá ser feita por meio do Formulário de solicitação de AnfotericinaB (anexo 5), disponível também em:

<https://saude.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/Ficha-de-solicitacao-de-anfotericina-B-lipossomal-para-pacientes-com-leishmaniose.pdf>

O médico solicitante será responsável pelo envio das informações referentes à resposta terapêutica e à evolução do caso. As fichas deverão ser solicitadas, preenchidas e encaminhadas para a Vigilância Epidemiológica Municipal que encaminhará a solicitação para o GVE.

### **Antimônio de meglumina:**

Dose e via de aplicação: 20 mg/Sb+5/kg/dia, por via endovenosa ou intramuscular, uma vez ao dia, por no mínimo 20 e no máximo 40 dias. A dose prescrita refere-se ao antimônio de meglumina (Sb+5). Dose máxima de 3 ampolas ao dia.

5. Seguimento de cura: os critérios de cura são essencialmente clínicos. Deve ser feito seguimento aos 3, 6 e 12 meses após o tratamento e na última avaliação se permanecer estável, o paciente é considerado curado.

### **6. Definições:**

Caso novo – confirmação da doença por um dos critérios acima descritos pela primeira vez em um indivíduo ou o recrudescimento da sintomatologia após 12 meses da cura clínica, desde que não haja evidência de imunodeficiência.

Recidiva – recrudescimento da sintomatologia, em até 12 meses após cura clínica.

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. Avaliação das notificações realizadas e encaminhamento de amostras ao IAL;

2. A escolha do tratamento e a solicitação da Anfotericina b Lipossomal, deverão ser realizadas conforme Guia de Vigilância em Saúde (2022) em consonância com as orientações do documento emitido pela Divisão de Zoonoses / CVE:

<https://saude.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/ORIENTACOES-PARA-SOLICITACAO-DE-ANFOTERICINA-B-LIPOSSOMAL-PARA-PACIENTES-COM-DIAGNOSTICO-DE-LEISHMANIOSE-VISCERAL.pdf>

3. Digitar a ficha de solicitação de Anfotericina b lipossomal no REDCap (<https://saude.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/Ficha-de-solicitacao-de-anfotericina-B-lipossomal-para-pacientes-com-leishmaniose.pdf>) e a cópia gerada em pdf deve ser enviada para o GVE que remeterá a demanda para a Divisão de Zoonoses (email: [dvzoo@saude.sp.gov.br](mailto:dvzoo@saude.sp.gov.br)) para liberação da medicação.

NOTA 1: a ficha de solicitação de anfotericina b lipossomal de paciente que atende critério da SES-SP (idade 1 a 10 anos) NÃO deve ser digitada no REDCap, a mesma deve ser digitalizada e enviada para o GVE de abrangência que remeterá a demanda para a Divisão de Zoonoses (email: [dvzoo@saude.sp.gov.br](mailto:dvzoo@saude.sp.gov.br)).

4. Após o recebimento do medicamento na DRS, a VE irá organizar a retirada e/ou entrega para o serviço de saúde onde será realizado o tratamento.

5. Seguimento junto à assistência na evolução e encerramento dos casos;

6. Investigação epidemiológica para identificação de LPI (nos últimos 5 anos) e encaminhamento do caso para a equipe de zoonoses fazer ação em busca de animais doentes e vetores na área de moradia e/ou LPI (vigilância entomológica e de cães).

#### CASO CONFIRMADO:

##### **Critério laboratorial**

A confirmação dos casos clinicamente suspeitos deverá atender a pelo menos um dos seguintes critérios:

- Presença do parasito no exame parasitológico direto ou cultura.
- Teste imunocromatográfico rápido (k39) reagente.
- Imunofluorescência reagente com título de 1:80 ou mais, desde que excluídos outros diagnósticos diferenciais.

##### **Critério clínico-epidemiológico**

Paciente de área com transmissão de LV, com suspeita clínica sem confirmação laboratorial, mas com resposta favorável ao tratamento terapêutico.

Os casos humanos confirmados podem ser classificados como:

- Caso novo: confirmação da doença por um dos critérios anteriormente descritos pela primeira vez em um indivíduo, ou o recrudescimento da sintomatologia após 12 meses da cura clínica, desde que não haja evidência de imunodeficiência.
- Recidiva: recrudescimento da sintomatologia, em até 12 meses após a cura clínica.
- Infecção: todo indivíduo com exame sorológico reagente ou parasitológico positivo, sem manifestações clínicas. Esses casos não devem ser notificados nem tratados.

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> LEPTOSPIROSE - CID A27  |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Leptospirose  |  |  |                         |

### **DESCRIÇÃO DO AGRAVO:**

Doença infecciosa febril de início abrupto, cujo espectro clínico pode variar desde um processo inaparente até formas graves. Sua ocorrência está relacionada às precárias condições de infraestrutura sanitária e alta infestação de roedores infectados. As inundações propiciam a disseminação e a persistência do agente causal no ambiente, facilitando a ocorrência de surtos.

**AGENTE ETIOLÓGICO:** Bactéria helicoidal (espiroqueta) aeróbica obrigatória do gênero *Leptospira*, do qual se conhecem 14 espécies patogênicas, sendo a mais importante a *L. Interrogans*.

**CASO SUSPEITO:** Indivíduo com febre, cefaleia e mialgia, que apresente pelo menos um dos seguintes critérios: Critério 1- antecedentes epidemiológicos sugestivos nos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas(exposição a situações de risco, vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial ou residir/trabalhar em áreas de risco); Critério 2- pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: sufusão conjuntival, sinais de insuficiência renal aguda, icterícia e/ou aumento de bilirrubinas e fenômeno hemorrágico.

**PERÍODO DE TRANSMISSÃO:** Os animais infectados podem eliminar a leptospira através da urina durante meses, anos ou por toda a vida, segundo a espécie animal e o sorovar envolvido.

**INCUBAÇÃO:** Em média 5-14 dias, variação 1-30 dias.

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:**

1. Realizar notificação imediata (até 24 horas) de todos os casos suspeitos em ficha específica:  
[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Leptospirose/Ficha\\_Leptospirose.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Leptospirose/Ficha_Leptospirose.pdf)

## 2. Colher amostras para provas diagnósticas:

|  |   |
|--|---|
| Até 7º dia de sintomas                                     | <p>- 3 a 5 mL de sangue venoso em tubo seco ou tubo com gel para <b>sorologia</b>, a amostra será congelada e solicitada nova coleta após 7º dia de sintoma.</p> <p>- Amostra de sangue para realização de <b>Cultura para Leptospirose</b>, conforme orientações a seguir: colher com assepsia e antes da administração de antibióticos, 3 ml de sangue por punção venosa em tubo estéril contendo heparina. Conservar e transportar em temperatura ambiente e ao abrigo da luz em caixa isotérmica, em até 5 dias após a coleta.</p> <p>- Amostra de sangue em tubo com EDTA para realização de <b>PCR</b>.</p> |
| A partir do 7º dia de sintomas                             | - 3 a 5 mL de sangue venoso em tubo seco ou tubo com gel. Conservar em geladeira e transportar entre 2 a 8 °C com gelo reciclável em caixa isotérmica.  |
| Encaminha amostras conforme fluxo pré-estabelecido pela VE |   |

**4. Em caso de morte:** Em caso de óbito de pacientes com síndrome febril, febril-ictérica ou febril-hemorrágica, sem diagnóstico sorológico definitivo, recomenda-se colher, imediatamente após o óbito, amostra de 10 ml de sangue para pesquisa de anticorpos - IgM, mesmo que amostras anteriormente tenham sido colhidas.

A amostra de soro deve ser identificada, mantida refrigerada. A coleta para sorologia servirá para diagnóstico laboratorial de leptospirose e outras patologias que cursem com um quadro semelhante, como hepatite viral, febre amarela, dengue e hantavirose.

Histopatológico e imuno-histoquímica de diversos órgãos: até 8 h após a morte

**5.** Encaminhar notificação e amostra para Vigilância Epidemiológica / Laboratório Municipal via visitadora (hospitais, UPHs e PAs) ou motofrete.

**6.** Iniciar tratamento, conforme fases da doença:

Fase precoce: Caracteriza-se pela instalação abrupta de febre, comumente acompanhada de cefaleia, mialgia, anorexia, náuseas e vômitos, e pode não ser diferenciada de outras causas de doenças febris agudas. Podem ocorrer diarreia, artralgia, hiperemia ou hemorragia conjuntival, fotofobia, dor ocular e tosse. Exantema ocorre em 10% a 20% dos pacientes e apresenta componentes de eritema

macular, papular, urticariforme ou purpúrico, distribuídos no tronco ou região pré-tibial. Em menos de 20% dos casos de leptospirose também podem ocorrer hepatomegalia, esplenomegalia e linfadenopatia. Sufusão conjuntival é um achado característico da leptospirose e é observada em cerca de 30% dos pacientes, esse sinal aparece no final da fase precoce e caracteriza-se por hiperemia e edema da conjuntiva ao longo das fissuras palpebrais. Com a progressão da doença, os pacientes também podem desenvolver petéquias e hemorragias conjuntivais. Geralmente, a leptospirose é associada à intensa mialgia, principalmente em região lombar e nas panturrilhas. Entretanto, nenhum desses sinais clínicos da fase precoce é suficientemente sensível ou específico para diferenciá-la de outras causas de febre aguda.

Fase tardia: Em aproximadamente 15% dos pacientes com leptospirose ocorre a evolução para manifestações clínicas graves, que se iniciam após a primeira semana da doença, mas podem aparecer antes, especialmente em pacientes com apresentações fulminantes. A manifestação clássica da leptospirose grave é a síndrome de Weil, caracterizada pela tríade de icterícia, insuficiência renal e hemorragia, mais comumente pulmonar. A icterícia é considerada um sinal característico e apresenta uma tonalidade alaranjada muito intensa (icterícia rubínica). Geralmente, a icterícia aparece entre o terceiro e o sétimo dia da doença e sua presença costuma ser usada para auxiliar no diagnóstico da leptospirose, sendo um preditor de pior prognóstico devido à sua associação com essa síndrome. Entretanto, essas manifestações podem se apresentar concomitantemente ou isoladamente, na fase tardia da doença. Os casos com comprometimento pulmonar podem evoluir para insuficiência respiratória aguda, hemorragia maciça ou síndrome de angústia respiratória do adulto e, muitas vezes, esse quadro precede o quadro de icterícia e insuficiência renal. Nesses casos, pode ocorrer óbito nas primeiras 24 horas de internação.

**QUADRO 1 – Antibioticoterapia recomendada para pacientes com leptospirose**

| FASE         | ANTIBIÓTICO                          | ADULTO  | CRIANÇA   |
|--------------|--------------------------------------|---|---|
| Fase precoce | Doxiciclina <sup>a,b</sup>           | 100 mg, via oral, de 12 em 12 horas, por 5 a 7 dias | –   |
|              | Amoxicilina <sup>b</sup>             | 500 mg, via oral, de 8 em 8 horas, por 5 a 7 dias   | 50 mg/kg/dia, via oral, a intervalos de 6 a 8 horas, por 5 a 7 dias |
| Fase tardia  | Penicilina cristalina <sup>c</sup>   | –   | 50 a 100 mil UI/kg/dia, intravenosa, em 4 ou 6 doses                |
|              | Penicilina G Cristalina <sup>c</sup> | 1.500.000 UI, intravenosa, de 6 em 6 horas          | –   |
|              | Ampicilina <sup>c</sup>              | 1 g, intravenosa, de 6 em 6 horas                   | 50 a 100 mg/kg/dia, intravenosa, dividido em 4 doses                |
|              | Ceftriaxona <sup>c</sup>             | 1 a 2 g, intravenosa, de 24 em 24 horas             | 80 a 100 mg/kg/dia, intravenosa, em 1 ou 2 doses                    |
|              | Cefotaxima <sup>c</sup>              | 1 g, intravenosa, de 6 em 6 horas                   | 50 a 100 mg/kg/dia, intravenosa, em 2 a 4 doses                     |

Fonte: Deidt/SVS/MS.

<sup>a</sup>A doxiciclina não deve ser utilizada em crianças menos de 9 anos de idade, mulheres grávidas e pacientes portadores de nefropatias ou hepatopatias.

<sup>b</sup>A azitromicina e a claritromicina são alternativas para pacientes com contraindicação para uso de amoxicilina e doxiciclina.

<sup>c</sup>O tratamento com antibióticos intravenosos (IV) deve durar pelo menos sete dias.

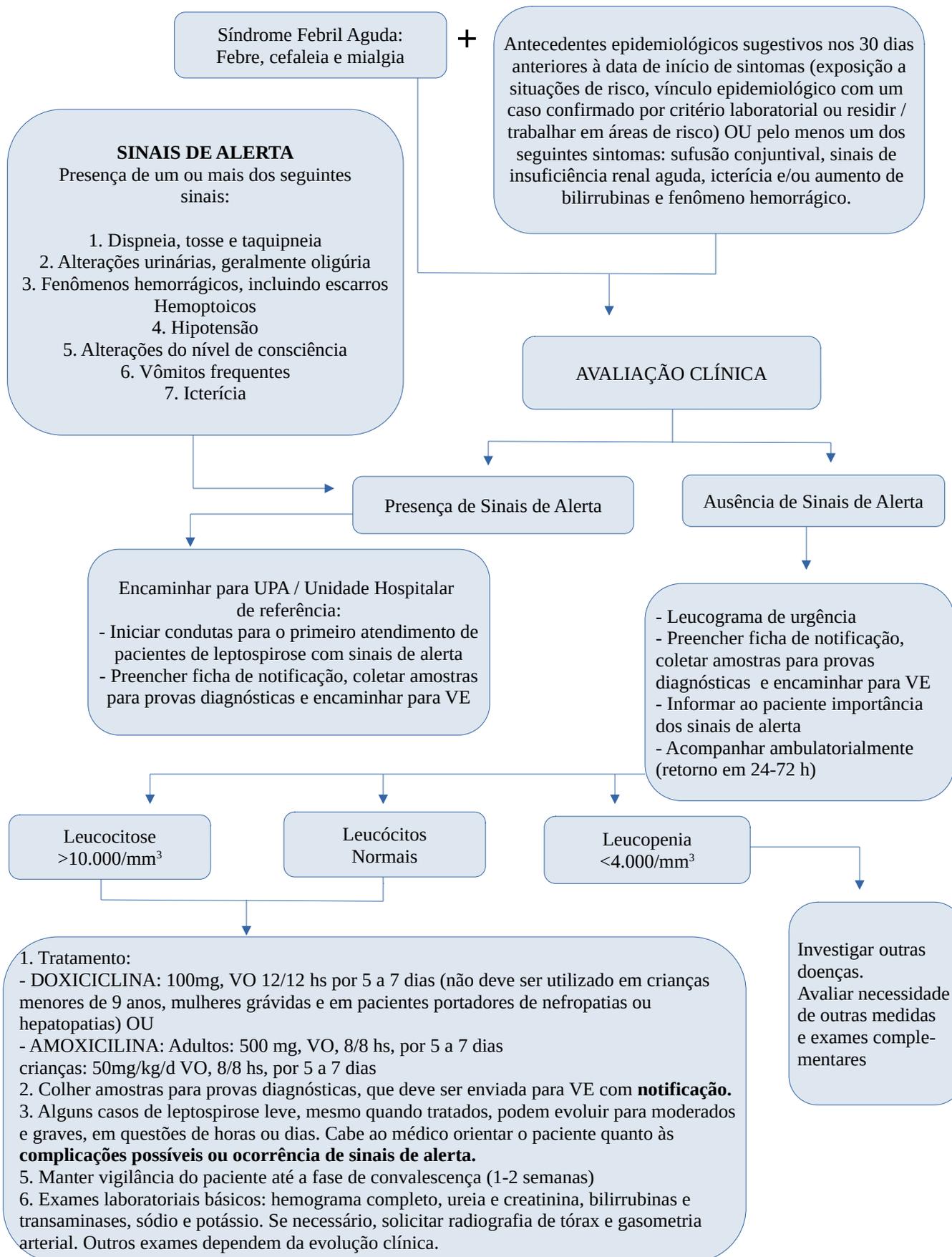
As medidas terapêuticas de suporte devem ser iniciadas precocemente com o objetivo de evitar complicações, principalmente as renais, e óbito.

\*Fonte:

Guia de Vigilância em Saúde, 5ª edição, pág. 962. 2021.

O fluxograma a seguir tem como objetivo ajudar na orientação de condutas terapêuticas no primeiro atendimento de pacientes com síndrome febril aguda suspeita de leptospirose, mas não deve ser usado como único instrumento de decisão terapêutica. Uma vez reconhecido os sinais de alerta do paciente devem-se iniciar demais condutas para pacientes de leptospirose com sinais de alerta, conforme Guia de Vigilância em Saúde:

## FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA SUSPEITOS DE LEPTOSPIROSE



## AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

1. Identificar LPI e realizar investigação detalhada se necessário.
2. Investigar outras doenças, principalmente dengue e febre maculosa.
3. Solicitar novas coletas de amostras se necessário, conforme algoritmos de encerramento de caso a seguir.
4. Avaliar conduta e tratamento proposto.
5. Encerrar o caso em 60 dias:

### CASO CONFIRMADO:

#### - Clínico-Laboratorial:

Elisa IgM reagente **E** MAT  $\geq 800$ ;

Elisa IgM reagente ou indeterminado **E** soroconversão\* na MAT  $< 800$  (2ª amostra com intervalo mínimo de 7 dias da 1ª coleta).

Isolamento da bactéria pela cultura de sangue

Imuno-histoquímica positiva para leptospirose

Deteção DNA por RT-PCR no sangue ou liquor em pacientes com até 10 dias de sintomas;

\* Soroconversão na MAT = 1ª amostra não reagente e 2ª amostra maior ou igual a 200, ou aumento de 4 vezes ou mais no título da MAT entre duas amostras.

#### - Clínico-epidemiológico:

Indivíduo com sinais e sintomas inespecíficos

E

antecedente epidemiológico de risco

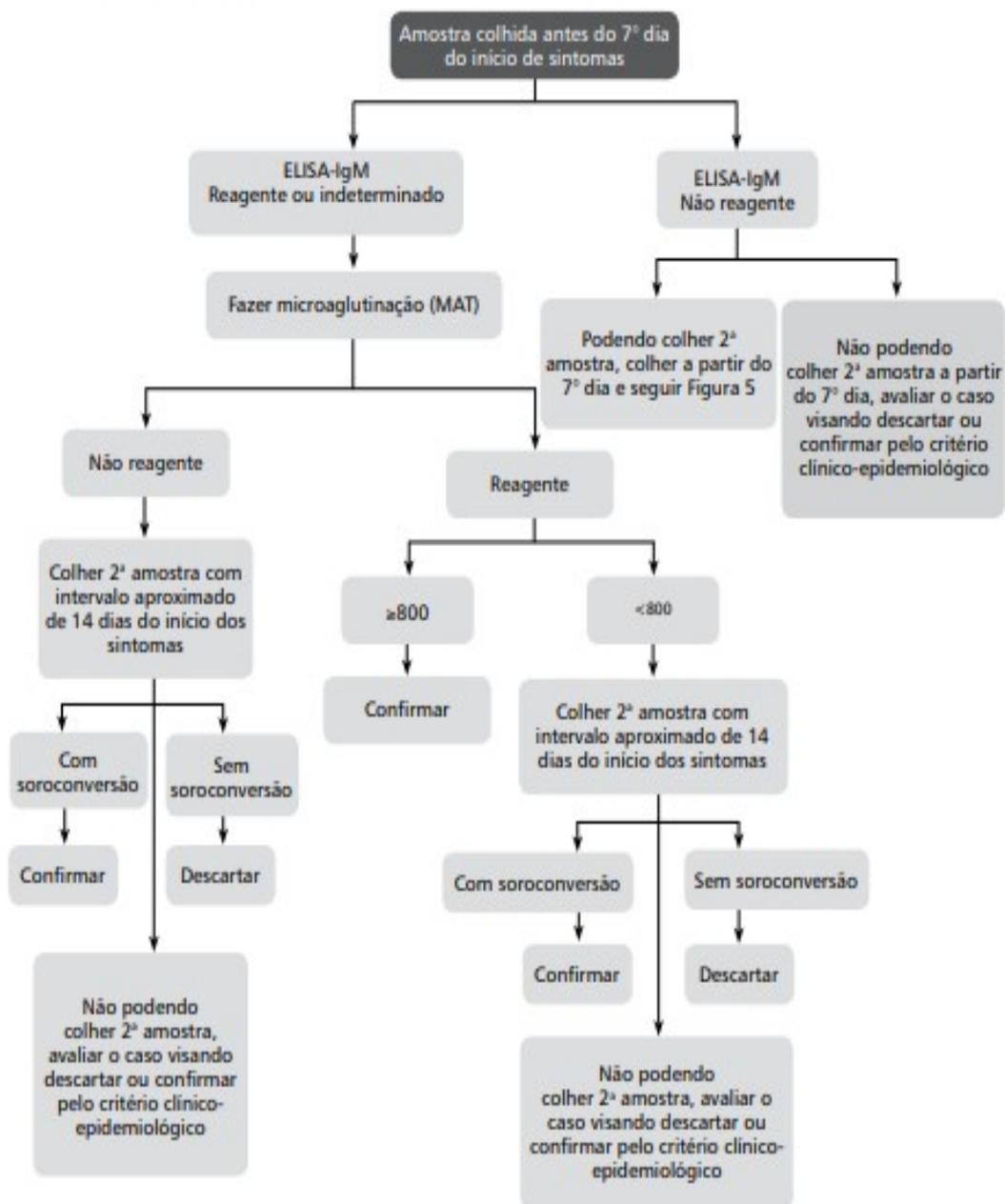
E

Alterações renais e/ou hepáticas e/ou vasculares

E

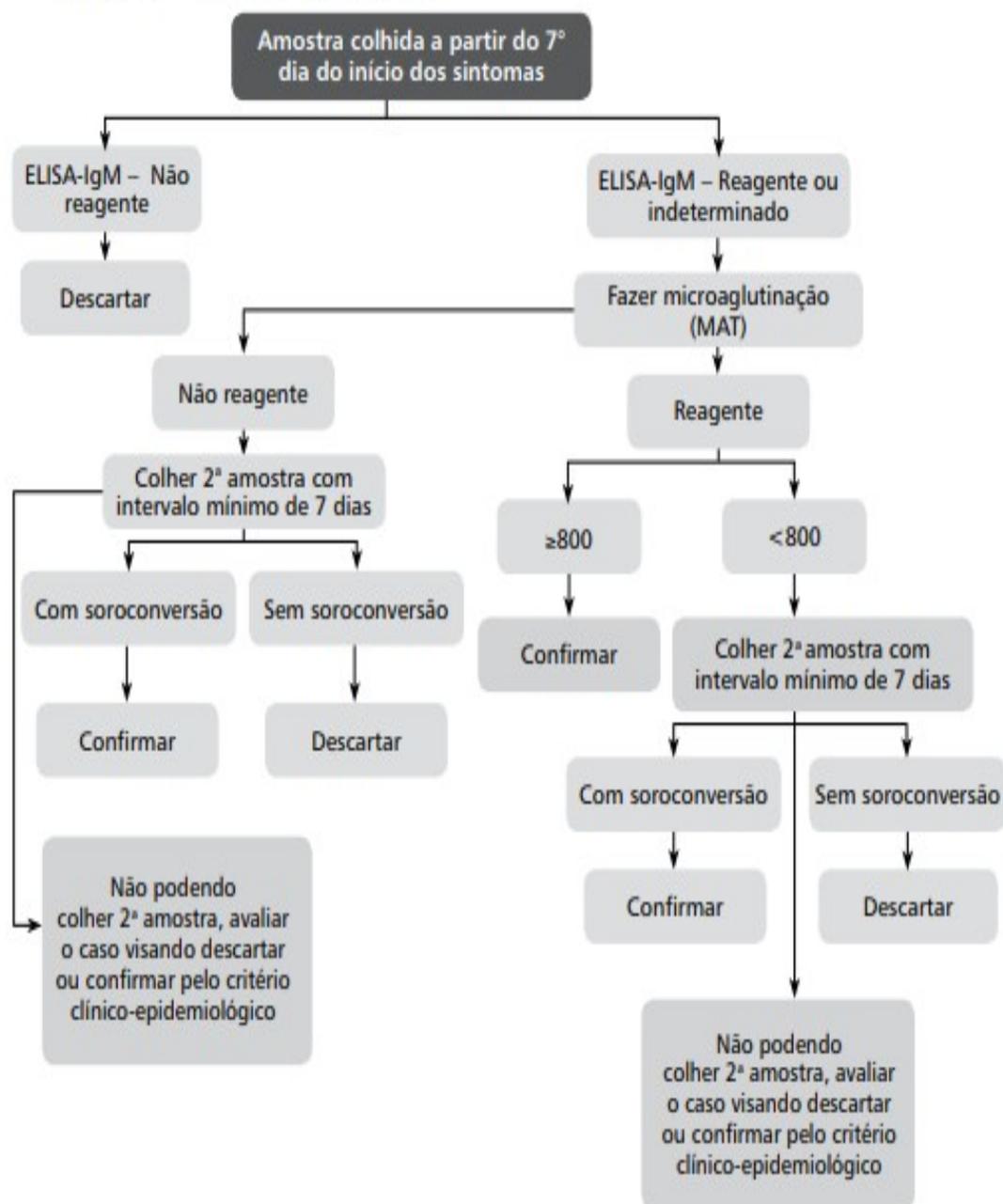
exames específicos não realizados OU com amostra única coletada antes do 7º dia (Elisa não reagente) e não colheu 2ª amostra OU com amostra coletada em qualquer dia da doença com Elisa reagente/indeterminado e MAT não reagente ou  $< 800$  e não colheu a 2ª amostra.

**Algoritmo de encerramento de caso de leptospirose com amostra colhida ANTES do 7º dia do início dos sintomas, utilizando Elisa IgM e microaglutinação:**



\*Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 5ª edição, pág. 966. 2022

**Algoritmo de encerramento do caso de leptospirose com amostra colhida A PARTIR do 7º dia do início dos sintomas, utilizando Elisa IgM e microaglutinação:**



\*Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 5ª edição, pág. 967. 2022

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> MALÁRIA – CID : B50 a B54   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Malária   |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

Doença infecciosa febril aguda, cujos agentes etiológicos são protozoários transmitidos por vetores.

### AGENTE ETIOLÓGICO E VETORES:

Cinco espécies de protozoários do gênero *Plasmodium* podem causar a malária humana: *P. Falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale* e *P. knowlesi*.

No Brasil, há três espécies associadas a malária em seres humanos: *P. vivax*, *P. falciparum* e *P. Malariae*. O *P. ovale* está restrito a determinadas regiões do continente africano e a casos importados de malária no Brasil.

Vetores são mosquitos pertencentes ao gênero *Anopheles*.

Nas regiões de Mata Atlântica, os anofelinos do subgênero *Kerteszia* podem ser responsáveis por surtos ocasionais de malária. Essas espécies, tem como criadouros plantas que acumulam água (fitotelmatas), como as bromélias, muito comuns nessa região.

**TRANSMISSÃO:** Ocorre por meio da picada da fêmea do mosquito *Anopheles*, quando infectada pelo *Plasmodium spp*. Toda pessoa é suscetível. Imunidade esterilizante, que confere total proteção clínica, até hoje não foi observada.

### CASO SUSPEITO:

Quadro clínico típico e caracterizado por febre precedida de calafrios, seguida de sudorese profusa, fraqueza e cefaleia, que ocorrem em padrões cíclicos, dependendo da espécie de plasmódio infectante. Em alguns pacientes, aparecem sintomas prodrômicos, vários dias antes dos paroxismos da doença, a exemplo de náuseas, vômitos, astenia, fadiga e anorexia.

O diagnóstico laboratorial é realizado pelo exame de gota espessa - exame continua sendo um método simples, eficaz, de baixo custo e de fácil realização. Quando executado adequadamente, e considerado padrão ouro pela Organização Mundial da Laude (OMS). Sua técnica baseia-se na

visualização do parasito por meio de microscopia óptica, após coloração com corante vital (azul de metileno e Giemsa), permitindo a diferenciação específica dos parasitas, a partir da análise da sua morfologia, e dos seus estágios de desenvolvimento encontrados no sangue periférico.

#### TRATAMENTO:

Para facilitar o trabalho dos profissionais de saúde das áreas endêmicas e garantir a padronização dos procedimentos necessários para o tratamento da malária, o Guia Prático de Tratamento da Malária no Brasil (2010) apresenta tabelas e quadros com todas as orientações relevantes sobre a indicação e uso dos antimaláricos preconizados no Brasil, de acordo com o grupo etário dos pacientes.

#### Controle de cura:

Recomenda-se o controle de cura, por meio da lâmina de verificação de cura (LVC), para todos os casos de malária, especialmente os casos de malária por *P. Falciparum*. O controle de cura tem como objetivos verificar a redução progressiva da parasitemia, observar a eficácia do tratamento e identificar recaídas oportunamente. Recomenda-se a realização de LVC da seguinte forma:

- *P. falciparum* – em 3, 7, 14, 21, 28 e 42 dias apos o início do tratamento.
- *P. vivax* ou mista – em 3, 7, 14, 21, 28, 42 e 63 dias apos o início do tratamento.

O dia em que o diagnóstico é realizado e que se inicia o tratamento é considerado como dia zero (D0).

#### CASO SUSPEITO:

Toda pessoa residente em (ou que tenha se deslocado para) área onde haja possibilidade de transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anteriores a data dos primeiros sintomas, e que apresente febre acompanhada ou não dos seguintes sintomas: cefaleia, calafrios, sudorese, cansaço, mialgia; ou toda pessoa submetida ao exame para malária durante investigação epidemiológica.

Podem surgir casos com início dos sintomas em período superior a 30 dias apos contato com áreas de transmissão de malária, assim como casos de malária decorrentes de transmissão não vetorial.

#### ACÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:

1. Na suspeita de Malária realizar a notificação em ficha específica e enviar por e-mail à Vigilância Epidemiológica:

<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/19/Ficha-de-Notifica----o-Sivep-Mal--ria-17.04.2020.pdf>

2. Para **pacientes que não necessitem de internação**, encaminhá-los ao Pronto Socorro do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS). Rua Cláudio Manoel da Costa s/n. Fone: 3332-9404 / 33329410. A entrada no CHS deve ocorrer a partir de encaminhamento da unidade de atendimento SUS (Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Pré Hospitalares), após contato telefônico com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do CHS ou com setor de emergência. Para serviços que fazem uso do CROSS, também inserir o caso no sistema.

A coleta da amostra e seguimento do caso ocorrerá pelo hospital.

3. Para casos de **pacientes internados ou aguardando internação**, em dias úteis comunicar a Vigilância Epidemiológica (VE) através de contato telefônico para a organização da coleta e transporte da amostra de sangue no momento da suspeita junto ao laboratório do CHS.

Em fins de semana ou feriado, as UPHs e PAs deverão informar a VE por e-mail para que seja realizado seguimento do caso no próximo dia útil. Os hospitais deverão entrar em contato com laboratório de CHS via telefone (33329100 – R. 9460) para organizar a entrega das amostras e notificação.

O medicamento deverá ser solicitado por e-mail pela farmácia do hospital diretamente para a farmácia do CHS ([chs.farmaciambulatorial@gmail.com](mailto:chs.farmaciambulatorial@gmail.com)), mediante o envio do receituário, notificação e resultado de exames. Após a liberação, o hospital deverá proceder a retirada no CHS.

4. Realizar coleta de sangue (pacientes internados ou aguardando internação) para "Pesquisa de Plasmodio em Gota Espessa", em 2 tubos contendo EDTA (roxo) e armazenar em refrigeração de 2° à 8° C. Preencher SADT (assinatura médica) com as informações: nome, DN, nome da mãe, cartão SUS e RG.

5. Solicitar transporte da amostra à VE (via telefone), que deverá ocorrer no prazo **máximo de até 2 horas após a coleta**.

A entrega do material no laboratório do CHS poderá ocorrer no máximo até às 16 horas.

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. Recebimento da notificação de caso suspeito. Mediar a realização de diagnóstico laboratorial para pacientes internados ou aguardando internação, através do contato prévio com o laboratório do CHS via telefone (33329100 – R. 9460 – Juliana Roque), organizar a coleta, o transporte e a entrega da amostra em tempo hábil – máximo de 2 horas após a coleta e no máximo até às 16 horas no laboratório.
2. Realizar o transporte da amostra refrigerada (2° a 8° C) em caixa térmica.
3. Solicitar Login e Senha ao laboratório para acessar o resultado, no momento da entrega da amostra.
4. Acompanhamento do caso até o descarte ou nos confirmados monitorar junto à assistência sobre o adequado seguimento clínico.
5. Investigação de LPI; As possibilidades de transmissão não vetorial, apesar de raras, também devem ser consideradas na investigação em que um contato com área de transmissão vetorial não foi identificado.
6. Orientação de quimioprofilaxia para viajantes. A quimioprofilaxia(QPX) é uma medida de prevenção da malária, que consiste no uso de drogas antimaláricas em doses subterapêuticas, a fim de reduzir formas clínicas graves e o óbito devido à infecção por *P. falciparum*. A QPX deve ser recomendada quando o risco de doença grave e/ou morte por malária *P. falciparum* for superior ao risco de eventos adversos graves relacionados às drogas utilizadas. Embora a QPX pareça uma medida simples e fácil, deve-se ressaltar a todo profissional envolvido na orientação de viajantes que a QPX é parte da combinação de várias medidas preventivas e não deve ser usada como medida isolada. Discutir com GVE todo caso com deslocamento de risco e liberação de esquema medicamentoso.

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO: MENINGITES</b>  |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de meningites  |  |  |                         |

Meningite é a inflamação das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Podem ser causada por fatores agressores, dentre eles agentes infecciosos como vírus e bactérias. Os sintomas de meningites são febre, vômitos e dor de cabeça, porém em crianças pequenas os sintomas mais comuns são: irritabilidade, recusa alimentar, febre e vômitos. A gravidade da meningite e o tratamento diferem a depender do agente que causou a doença.

**MENINGITES VIRAIS** As meningites virais são as mais frequentes e de evolução em geral benigna, necessitando apenas de medidas de suporte como uso de medicações para alívio dos sintomas. Os vírus mais frequentes causadores de meningites virais são os enterovírus. Os enterovírus encontram-se na garganta e fezes de pessoas infectadas. Estes vírus tem maior possibilidade de ser disseminados quando as pessoas não lavam as mãos após ir ao banheiro, trocar fraldas ou lençóis sujos e depois levam as mãos à boca, preparam alimentos para outras pessoas ou tocam em outras pessoas com os dedos contaminados. Estes vírus podem também, ser transmitidos por contatos próximos, comuns entre membros da mesma família. As pessoas com contato próximo com pacientes portadores de meningites virais não necessitam de tratamento preventivo com antibióticos, mas deverão lavar as mãos frequentemente com água morna e sabão, ou usar produtos para limpeza das mãos à base de álcool ou gel de álcool para evitar a transmissão desses vírus. De modo geral, ocorrem mais casos de meningite viral no fim do verão e no começo do outono.

**MENINGITES BACTERIANAS:** As meningites bacterianas são mais graves podendo evoluir para óbito em algumas horas de evolução da doença ou causar sequelas permanentes nos pacientes acometidos. As principais bactérias responsáveis por causar meningite são a *Neisseria meningitidis*, o *Haemophilus influenzae* do sorotipo b e o *Streptococcus pneumoniae*. A *Neisseria meningitidis*

(meningococo) pode causar doença em pessoas de todas as idades. Cerca de 5 a 15% das pessoas tem estas bactérias na garganta ou nariz, porém não ficam doentes. A transmissão ocorre por meio da saliva, pelo beijo ou compartilhamento de alimentos, de bebidas ou de cigarros, assim como por meio da tosse ou espirro. As pessoas que tiveram contato próximo com a pessoa com meningite por este tipo de bactéria devem receber medicamento preventivo (quimioprofilaxia) para não adoecer. A meningite por meningococo tem importância devido à gravidade do quadro clínico, rápida evolução e pela possibilidade de causar surtos ou epidemias. Os principais sorogrupos de meningococo são A, B, C, W135 e Y. Existem vacinas que podem ser aplicadas para prevenir meningite por alguns sorogrupos. A vacina contra o meningococo C é realizada de rotina no primeiro ano de vida das crianças, e a meningocócica ACWY para adolescentes na faixa etária de 11 e 12 anos de idade, através do Programa Nacional de Imunização. O *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) causa infecções nos pulmões e no ouvido, mas também pode causar meningite. Existem 92 sorotipos de pneumococo. A maioria das pessoas que tem estas bactérias na garganta continuam saudáveis. No entanto, indivíduos com problemas crônicos de saúde ou com o sistema imune enfraquecido, assim como os muito jovens ou os idosos, tem risco aumentado de apresentar meningite pneumocócica. A meningite causada pelo pneumococo não é transmitida de pessoa para pessoa. As pessoas com contato próximo com alguém que tenha meningite pneumocócica não precisam receber antibiótico para não adoecer. Crianças menores de um ano são vacinadas de rotina, pelo Programa Nacional de Imunização contra o pneumococo (vacina 10 valente). *Haemophilus influenzae* (hemófilos) também pode causar meningite, sendo o sorotipo b o mais comum. A vacina chamada “Hib”, evita a meningite por este sorotipo. Pessoas que tiveram contato próximo com a saliva de pessoa com meningite causada por esta bactéria podem necessitar de tratamento com antibiótico (quimioprofilaxia) para não adoecer. Crianças menores de um ano são vacinadas de rotina contra este tipo de bactéria.

Portanto quando falamos meningite, estamos diante de uma ampla possibilidade de agentes causadores, com condutas distintas entre eles. Toda suspeita de meningite deve ser notificada para a Vigilância Epidemiológica, que monitora os casos no município e indica medidas de bloqueio nos casos necessários. A prevenção das meningites infecciosas, como em outras doenças infecciosas, inclui cuidados do ambiente e higiene pessoal. Cuidados com alimentação, manter a vacinação atualizada e medidas de higiene estão entre os cuidados pessoais. Ambiente arejado, ventilado e limpos estão entre os cuidados com o ambiente.

| Laboratório | Bacteriana                | Tuberculose           | Viral                | Encefalite           | Neurocisticercose                            | Fungos                              |
|-------------|---------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|--|-------------------------------------|
| Aspecto     | Turvo                     | Límpido ou turvo      | Límpido              | Límpido              | Límpido ou pouco turvo                       | Límpido                             |
| Cor         | Branca/xantocrôm.         | Incolor ou xantocrôm. | Incolor              | Incolor              | Incolor                                      | Incolor                             |
| Glicose     | ↓                         | ↓                     | Normal               | Normal               | Normal                                       | Normal                              |
| Proteínas   | ↑                         | ↑                     | Pouco ↑              | Pouco ↑              | Pouco ↑                                      | Pouco ↑                             |
| Leucócitos  | 200 a milhares neutrófilo | 25 a 500 (linfócitos) | 5 a 500 (linfócitos) | 1 a 100 (linfócitos) | 1 a 100 (linfócitos)                         | 1 a 100 (linfócitos ou eosinófilos) |
| CIE         | Reagente                  | --                    | --                   | --                   | --   | --                                  |
| Látex       | Reagentes                 | --                    | --                   | --                   | --   | --                                  |
| Microscopia | Positiva                  | Negativa              | Negativa             | Negativa             | Positiva (tinta da China)                    | Positiva (tinta da China)           |
| Cultura     | Em Agar chocolate         | Meio Lowesein-Jansen  | Negativa             | Negativa             | Crescimento em meio de Sabraud e Ágar sangue | --                                  |

## VALORES NORMAIS DE LCR

| Células RN  | < 1 ano          | > 1 ano        | Glicose       | Proteínas     | Cor            |
|-------------|------------------|----------------|---------------|---------------|----------------|
| Até 20 céls | Acima 10 células | 4 ou + células | 45 a 100mg/dl | 15 a 50 mg/dl | “água de rocha |

## CONSIDERAÇÕES:

- ✓ O líquido se torna opalescente quando tem em torno de 500 células e purulento com maior número de células.
- ✓ Em casos de meningites virais, quando o LCR é coletado no início do quadro, pode haver predomínio de neutrófilos com viragem posterior para predomínio de linfócitos. Considerar nestes casos os outros valores do líquido (proteína, glicose, cloreto) e estado geral da criança. Se estado geral preservado, outros valores do líquido normais e celularidade até 500, pode-se manter o paciente em observação, sem introdução de antibióticos, e coleta do líquido 24 horas após para a confirmação do caso como meningite viral.

- ✓ Infecções crônicas do SNC podem apresentar líquido com aspecto normal, como nos casos de meningites por vírus, tuberculosas ou sifilíticas.
- ✓ Proteínas aumentadas em líquido dão aspecto xantocrômico.
- ✓ Para cada 500 hemácias/mm<sup>3</sup> presentes no líquido (acidente de punção), subtrair uma célula (leucócito).
- ✓ Podem ocorrer casos sem aumento de celularidade, com a presença de microorganismos no LCR - imunodeprimidos, meningococemia fulminante, meningites de repetição por pneumococos.
- ✓ Patologias que causam aumento de celularidade no LCR sem ser considerado meningite – tumores, lúpus eritematoso sistêmico.
- ✓ A cada hora entre a colheita do LCR e seu processamento, há consumo de 3 a 4 mg/dl de glicose.
- ✓ Cloretos poderão estar diminuídos nas meningites purulentas e por tuberculose; na neurolues poderão estar normais ou diminuídos.
- ✓ Para casos suspeitos de meningite fúngica e/ ou pacientes imunodeprimidos, orienta-se realizar o exame micológico direto com preparação da tinta da China em líquido.

#### QUIMIOPROFILAXIA (QP):

A quimioprofilaxia está indicada somente para os contatos próximos de casos suspeitos de meningite por *H. influenzae* tipo b e doença meningocócica. Muito embora não assegure efeito protetor absoluto e prolongado, tem sido adotada como uma medida eficaz na prevenção de casos secundários. Os casos secundários são raros e, geralmente, ocorrem nas primeiras 48 horas a partir do primeiro caso.

Contatos próximos são os moradores do mesmo domicílio, indivíduos que compartilham o mesmo dormitório (em alojamentos, quartéis, entre outros), comunicantes de creches e escolas, e pessoas diretamente expostas às secreções do paciente.

O antibiótico de escolha para a quimioprofilaxia é a rifampicina, que deve ser administrada em dose adequada e simultaneamente a todos os contatos próximos, preferencialmente até 48 horas

da exposição a fonte de infecção (doente), considerando o prazo de transmissibilidade e o período de incubação da doença.

A quimioprofilaxia também está indicada para o paciente no momento da alta ou na internação no mesmo esquema preconizado para os contatos próximos, exceto se o tratamento da doença foi realizado com ceftriaxona.

Não há recomendação para os profissionais da área de saúde que atenderam o caso de doença meningocócica, exceto para aqueles que realizaram procedimentos invasivos (intubação orotraqueal, passagem de cateter nasogástrico) sem utilização de equipamento de proteção individual.

Todos os contatos próximos de um caso de **doença meningocócica**, independentemente do estado vacinal, deverão receber a quimioprofilaxia. É importante observar o cartão de vacina, pois crianças e adolescentes que não são vacinados devem receber a quimioprofilaxia e atualizar o cartão vacinal conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS).

Está indicada para os contatos próximos de casos suspeitos de **meningite por *H. influenzae* tipo b** nas situações a seguir elencadas:

- No domicílio, para os contatos próximos, de qualquer idade, que tenham pelo menos um contato com criança menor que 4 anos não vacinada ou parcialmente vacinada, ou com criança imunocomprometida, independentemente da situação vacinal. Em creches e escolas maternas, está indicada quando dois ou mais casos de doença invasiva ocorreram em um intervalo de até 60 dias. Nessa situação, a quimioprofilaxia deve ser prescrita para todas as crianças, independentemente da idade ou do status vacinal, e para os cuidadores.
- Também é indicada para o doente em tratamento, caso não esteja recebendo cefalosporina de terceira geração.

Embora sejam referidos diferentes intervalos máximos entre o caso índice e o aparecimento do caso secundário, o mais comumente citado é 30 dias. Desse modo, a QP realizada após duas semanas da exposição ao caso índice tem valor limitado e o período máximo é de até 30 dias da exposição.

Dispensação de Rifampicina: (O medicamento está disponível em cp de 300mg e solução 20mg/ml)

- Enviar e-mail para SGVE Itapetininga ([gve-itapetininga@saude.sp.gov.br](mailto:gve-itapetininga@saude.sp.gov.br)), com a notificação, informações laboratoriais e clínicas que indiquem possibilidade de etiologia bacteriana por GRAM negativo (Neisseria ou Haemophilus) e sobre petéquias.
- Após liberação de SGVE Itapetininga, retirar dosagem em farmácia do DRS (em fins de semana e feriados será disponibilizado no GVE Sorocaba).

Apenas os casos suspeitos de meningite adquiridos na comunidade devem ser notificados no SINAN-ficha de meningite.

A seguir seguem as informações detalhadas para **doença meningocócica, meningite viral e meningite bacteriana.**

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO: MENINGITE VIRAL – CID A87</b>   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Meningite Viral   |  |  |                         |

### **DESCRIÇÃO DO AGRAVO:**

Processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal, causado por vírus.

**AGENTE ETIOLÓGICO:** Os principais são os vírus do gênero Enterovírus. Neste grupo estão incluídos os três tipos de poliovírus, 28 tipos antigênicos do vírus echo, 23 tipos do vírus coxsackie A, seis do vírus coxsackie B e cinco outros enterovírus. Entretanto, outros vírus também podem causar meningite viral.

**CASO SUSPEITO:** Criança acima de nove meses e/ou adulto com febre, cefaléia, vômitos, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsão, sufusões hemorrágicas (petéquias) e torpor. Crianças abaixo de nove meses observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** Para os enterovírus, situa-se comumente entre 7 e 14 dias, podendo variar de 2 a 35 dias.

**PERÍODO DE TRANSMISSÃO:** Nas infecções por enterovírus predomina a via fecal-oral, podendo ocorrer também por via respiratória.

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:**

1. Realizar notificação imediata (até 24 horas) de todos os casos suspeitos em ficha específica:

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Meningite/Meningite\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Meningite/Meningite_v5.pdf)

2. Coletar e enviar para VE junto com notificação (conforme fluxo pré-estabelecido de retirada de amostras, pelas visitadoras):

- Duas amostras de líquido cefalorraquidiano (LCR) com 1 a 3 mL e acondicionar em tubo de polipropileno estéril com tampa rosqueada, tipo criotubos. Enviar uma amostra para realização de quimiocitológico (encaminhar resultado impresso à VE), e a outra amostra de LCR junto com notificação. Conservar em temperatura ambiente e transportar em até 3 horas a temperatura ambiente a ao abrigo da luz em caixa isotérmica, Após 3 horas conservar em geladeira e transportar entre 2 e 8 °C com gelo reciclável em caixa isotérmica.

Alterações encontradas no LCR para meningites virais:

| Características  | Meningite viral        | Encefalite                        | Valores de referência                 |
|------------------|------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Aspecto          | Límpido                | Límpido                           | Límpido                               |
| Cor              | Incolor ou opalescente | Incolor                           | Incolor, cristalino ("água de rocha") |
| Cloretos         | Normal                 | Normal                            | 680 a 750mEq/L                        |
| Glicose          |                        |                                   | 45 a 100mg/dL                         |
| Proteínas totais | Levemente aumentadas   | Discretamente aumentadas          | 15 a 50mg/dL                          |
| Globulinas       | Negativa ou positiva   | Aumento discreto (Gama-globulina) | Negativa                              |
| Leucócitos       | 5 a 500 linfócitos     | 1 a 100 linfócitos                | 0 a 5mm <sup>3</sup>                  |

- O tratamento antiviral específico não tem sido amplamente utilizado. Em geral, utiliza-se o tratamento de suporte, com avaliação criteriosa e acompanhamento clínico. Tratamentos específicos somente estão preconizados para a meningite herpética (HSV 1 e 2 e VZV) com aciclovir endovenoso.

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. Realizar investigação detalhada do caso.

2. Solicitar cultura + bacterioscopia e encaminhar amostra de LCR para IAL.

3. Caso confirmado:

- Todo caso suspeito cujo diagnóstico seja confirmado por meio dos exames laboratoriais específicos: isolamento viral, e/ou PCR.

- Todo caso suspeito com exame quimiocitológico do LCR sugestivo de meningite viral.

- Todo caso suspeito que apresente história de vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente para vírus causador de meningite por um dos exames específicos, mas que não tenha realizado nenhum deles.
- Todo caso suspeito com clínica sugestiva de meningite viral.

|   |  |  |                         |
|---|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p>  |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> MENINGITE BACTERIANA – CID 10: G00.0 – Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i> / CID 10: G00.1 – Meningite pneumocócica / CID 10: G00.2 – G00.9 – Meningite por outras bactérias |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Meningite Bacteriana   |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

Processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal, causado por bactérias.

### AGENTE ETIOLÓGICO:

*Neisseria meningitidis* (meningococo): No Brasil é a principal causa de meningite bacteriana (tratada em capítulo sobre Doença Meningocócica).

*Streptococcus pneumoniae* (pneumococo): Bactéria gram-positiva com característica morfológica esférica (cocos), disposta aos pares. É alfa- -hemolítico e não agrupável. Possui mais de 90 sorotipos capsulares, imunologicamente distintos, que causam doença pneumocócica invasiva (meningite, pneumonia bacterêmica, sepse e artrite) e não invasiva (sinusite, otite média aguda, conjuntivite, bronquite e pneumonia).

*Haemophilus influenzae*: Bactéria gram-negativa que pode ser classificada em seis sorotipos (A, B, C, D, E, F), a partir da diferença antigênica da cápsula polissacarídica. O *H. influenzae*, desprovido de cápsula, se encontra nas vias respiratórias de forma saprófita, podendo causar infecções assintomáticas ou doenças não invasivas, tais como bronquite, sinusites e otites, tanto em crianças quanto em adultos.

Outras bactérias destacam-se: *Mycobacterium tuberculosis*; *Streptococcus sp.* – especialmente os do grupo B; *Streptococcus agalactiae*; *Listeria monocytogenes*; *Staphylococcus aureus*; *Pseudomonas aeruginosa*; *Klebsiella pneumoniae*; *Enterobacter sp.*; *Salmonella sp.*; *Proteus sp.*

**CASO SUSPEITO:** Criança acima de nove meses e/ou adulto com febre, cefaléia, vômitos, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsão, sufusões hemorrágicas (petéquias) e torpor. Crianças abaixo de nove meses observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** Em geral, de 2 a 10 dias, em média 3 a 4 dias. Pode haver alguma variação em função do agente etiológico responsável.

**PERÍODO DE TRANSMISSÃO:** É variável, dependendo do agente infeccioso e da instituição do diagnóstico e tratamento.

### AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:

1. Realizar notificação imediata (até 24 horas) de todos os casos suspeitos em ficha específica:

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Meningite/Meningite\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Meningite/Meningite_v5.pdf)

2. Coletar e enviar para VE junto com notificação (conforme fluxo pré-estabelecido de retirada de amostras, pelas visitadoras):

- Duas amostras de líquido cefalorraquidiano (LCR) com 1 a 3 mL e acondicionar em tubo de polipropileno estéril com tampa rosqueada, tipo criotubos. Enviar uma amostra para realização de quimiocitológico (encaminhar resultado impresso à VE), e a outra amostra de LCR junto com notificação. Conservar em temperatura ambiente e transportar em até 3 horas a temperatura ambiente a ao abrigo da luz em caixa isotérmica, Após 3 horas conservar em geladeira e transportar entre 2 e 8 °C com gelo reciclável em caixa isotérmica. Alterações encontradas no LCR para meningites bacterianas:

| Características  | Meningite por outras bactérias              | Meningite tuberculosa                       | Valores de referência                 |
|------------------|---|---|---------------------------------------|
| Aspecto          | Turvo                                       | Límpido ou ligeiramente turvo (opalescente) | Límpido                               |
| Cor              | Branca-leitosa ou ligeiramente xantocrômica | Incolor ou xantocrômica                     | Incolor, cristalino ("água de rocha") |
| Cloretos         | Diminuídos                                  | Diminuídos                                  | 680 – 750mEq/L                        |
| Glicose          | Diminuída                                   | Diminuída                                   | 45 a 100mg/dL                         |
| Proteínas totais | Aumentadas                                  | Aumentadas                                  | 15 a 50mg/dL                          |
| Globulinas       | Positiva (Gama-globulina)                   | Positiva (Alfa e gama-globulinas)           | Negativa                              |
| Leucócitos       | 200 a milhares (neutrófilos)                | 25 a 500 (linfócitos)                       | 0 a 5/mm <sup>3</sup>                 |

- Sangue: de 4 a 5 mL em tubo com gel separador (tampa amarela). Centrifugar e enviar. Ou coletar 2 a 4 mL em tubo com EDTA (tampa roxa).

- Raspado ou aspirado de lesão petequeal: Fazer assepsia da pele, escarificar o centro da lesão, Coletar o material exposto com a ajuda de uma alça bacteriológica descartável estéril. Semear imediatamente o material em 1/4 da placa com meio ágar Chocolate.

3. O isolamento do paciente está indicado apenas durante as primeiras 24 horas do tratamento com antibiótico adequado.

#### 4. Iniciar tratamento, conforme Guia de Vigilância em Saúde:

Dose preconizada dos antibacterianos em lactentes com **menos de 2 meses** de idade com meningite bacteriana:

**QUADRO 2 – Dose preconizada dos antibacterianos em lactentes com menos de 2 meses de idade com meningite bacteriana**

| ANTIBIÓTICO           | IDADE                   | DOSE DIÁRIA (ENDOVENOSA) | INTERVALO (HORAS) |
|-----------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------|
| Ampicilina            | ≤7 dias (peso <2.000 g) | 100 mg/kg/dia            | 12 em 12          |
|                       | ≤7 dias (peso >2.000 g) | 150 mg/kg/dia            | 8 em 8            |
|                       | >7 dias (peso <2.000 g) | 150 mg a 200 mg/kg/dia   | 8 em 8            |
|                       | >7 dias (peso >2.000 g) | 200 mg a 300 mg/kg/dia   | 6 em 6            |
| Penicilina cristalina | ≤7 dias (peso <2.000 g) | 100.000 UI/kg/dia        | 12 em 12          |
|                       | ≤7 dias (peso >2.000 g) | 150.000 UI/kg/dia        | 8 em 8            |
|                       | >7 dias (peso <2.000 g) | 150.000 UI/kg/dia        | 8 em 8            |
|                       | >7 dias (peso >2.000 g) | 200.000 UI/kg/dia        | 6 em 6            |
| Cefotaxima            | ≤7 dias                 | 100 mg a 150 mg/kg/dia   | 12 em 12          |
|                       | >7 dias                 | 200 mg/kg/dia            | 6 em 6            |
| Amicacina             | ≤7 dias (peso <2.000 g) | 15 mg/kg/dia             | 12 em 12          |
|                       | ≤7 dias (peso >2.000 g) | 20 mg/kg/dia             | 12 em 12          |
|                       | >7 dias                 | 30 mg/kg/dia             | 8 em 8            |
| Gentamicina           | ≤7 dias (peso <2.000 g) | 5 mg/kg/dia              | 12 em 12          |
|                       | ≤7 dias (peso >2.000 g) | 7,5 mg/kg/dia            | 12 em 12          |
|                       | >7 dias                 | 7,5 mg/kg/dia            | 8 em 8            |

Fonte: (EQACCIA 2015)

\*Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 5ª edição, pág. 117. 2021

Terapia antibiótica para crianças com **mais de 2 meses de idade** com meningite bacteriana:

**QUADRO 3 – Terapia antibiótica para crianças com mais de 2 meses de idade com meningite bacteriana**

| AGENTE ETIOLÓGICO  | ANTIBIÓTICO   | DOSE DIÁRIA (ENDOVENOSA)    | INTERVALO (HORAS) | DURAÇÃO (DIAS) |
|--|---|-----------------------------|-------------------|----------------|
| <i>Streptococcus pneumoniae</i>  |   |                             |                   |                |
| Sensível à penicilina  | Penicilina G ou   | 200.000 a 400.000 UI/kg/dia | 4 em 4            | 10 a 14        |
|  | Ampicilina  | 200 a 300 mg/kg/dia         | 6 em 6            |                |
| Resistência intermediária à penicilina   | Ceftriaxona ou  | 100 mg/kg/dia               | 12 em 12          |                |
|  | Cefotaxima  | 200 mg/kg/dia               | 6 em 6            |                |
| Resistente à penicilina e sensível à cefalosporina de 3ª geração                 | Ceftriaxona ou  | 100 mg/kg/dia               | 12 em 12          |                |
|  | Cefotaxima  | 200 mg/kg/dia               | 6 em 6            |                |
| Resistente à penicilina e à cefalosporina de 3ª geração e sensível à rifampicina | Vancomicina + cefalosporina de 3ª geração + rifampicina | 60 mg/kg/dia                | 6 em 6            |                |
|  |   | 100 mg/kg/dia               | 12 em 12          |                |
|  |   | 20 mg/kg/dia                | 12 em 12          |                |
| <i>Haemophilus influenzae</i>  | Ceftriaxona ou  | 100 mg/kg/dia               | 12 em 12          |                |
|  | Cefotaxima  | 200 mg/kg/dia               | 6 em 6            |                |
| Outros bacilos Gram-negativos ( <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella sp</i> ) | Ceftriaxona ou  | 100 mg/kg/dia               | 12 em 12          | 21             |
|  | Cefotaxima  | 200 mg/kg/dia               | 6 em 6            |                |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i>  | Ceftazidima   | 150 a 200 mg/kg/dia         | 8 em 8            | 21             |
| <i>Listeria monocytogenes</i>  | Ampicilina +  | 30 mg/kg/dia                | 12 em 12          | 21             |
|  | Amicacina   |                             |                   |                |

\*Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 5ª edição, pág. 118. 2021

Terapia antibiótica para **adultos** com meningite bacteriana, segundo etiologia:

**QUADRO 4 – Terapia antibiótica para adultos com meningite bacteriana, segundo etiologia**

| AGENTE ETIOLÓGICO               | ANTIBIÓTICO | DOSE DIÁRIA (ENDOVENOSA) | INTERVALO (HORAS) | DURAÇÃO (DIAS) |
|---------------------------------|-------------|--------------------------|-------------------|----------------|
| <i>Haemophilus influenzae</i>   | Ceftriaxona | 4 g                      | 12 em 12          | 7              |
| <i>Streptococcus pneumoniae</i> |             |                          |                   | 10 a 14        |
| Enterobactérias                 | Meropenem   | 6 g                      | 8 em 8            |                |
| <i>Pseudomonas</i>              |             |                          |                   |                |

\*Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 5ª edição, pág. 119. 2021

5. QUIMIOPROFILAXIA: Nos casos de **doença meningocócica**, está indicada a quimioprofilaxia do caso e dos contatos íntimos. Estas pessoas devem ser “vigiadas” por 10 dias, orientando este grupo sobre sinais e sintomas. É importante observar o cartão de vacina, pois crianças e adolescentes que não são vacinados devem receber a quimioprofilaxia e atualizar o cartão vacinal conforme PNI/MS.

Para casos de meningite por ***H. influenzae* tipo b**, a quimioprofilaxia está indicada para os contatos próximos do caso suspeito nas seguintes situações:

- No domicílio, para os contatos próximos, de qualquer idade, que tenham pelo menos um contato com criança menor que 4 anos não vacinada ou parcialmente vacinada, ou com criança imunocomprometida, independente da situação vacinal. Em creches e escolas maternas está indicada quando dois ou mais casos de doença invasiva ocorreram em um intervalo de até 60 dias. Nesta situação, a quimioprofilaxia deve ser prescrita para todas as crianças, independentemente da idade ou do status vacinal, e para cuidadores.
- Também é indicada para o doente em tratamento, caso não esteja recebendo cefalosporina de terceira geração.

Não há recomendação de quimioprofilaxia para os profissionais da área de saúde que atenderam o caso de doença meningocócica, exceto para aqueles que realizaram procedimentos invasivos (intubação orotraqueal, passagem de cateter nasogástrico) sem utilização de equipamento de proteção individual adequado (EPI).

Nos feriados os hospitais poderão realizar bloqueio **nos contatos que morem com o doente** com uso de medicação alternativa. Se o caso ocorrer nos finais de semana pede-se para aguardar contato da Vigilância no próximo dia útil. Os hospitais são orientados a prescrever bloqueio **apenas** nos casos fortemente suspeitos em períodos em feriados prolongados.

Se o paciente for tratado com cloranfenicol ou penicilina deverá também receber bloqueio antes da alta. Se for tratado com Ceftriaxona não é necessário quimioprofilaxia. A droga de escolha para o bloqueio é a Rifampicina, deve ser administrada nas seguintes doses:

| Agentes etiológicos           | Doses   | Intervalos                         | Duração |
|-------------------------------|---|------------------------------------|---------|
| <i>Neisseria meningitidis</i> | -Adultos:<br>600mg/dose<br>-Crianças:<br>>1 mês até 10 anos - 10 mg/kg/dose<br>< 1 mês 5mg/kg/dose              | 12/12 h<br>(dose máxima de 600 mg) | 2 dias  |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | -Adultos:<br>600 mg/dose<br>-Crianças:<br>> 1 mês até 10 anos dose de 20mg/kg/dose<br>< 1 mês dose 10mg/kg/dose | 24/24 h<br>(dose máxima de 600 mg) | 4 dias  |

#### AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

1. Realizar investigação detalhada do caso.
2. Solicitar cultura + bacterioscopia do liquor e PCR de sangue, encaminhar amostras do LCR e sangue para IAL.
3. Avaliar conduta e tratamento proposto.
4. Todos os contatos próximos de suspeitos de meningite por doença meningocócica, independentemente do estado vacinal, deverão receber a quimioprofilaxia. É importante observar o cartão de vacina. As crianças e adolescentes que não são vacinados devem receber a quimioprofilaxia e atualizar o cartão vacinal conforme preconizado pelo PNI/MS. Para casos de meningite por ***H. influenzae tipo b***, a quimioprofilaxia está indicada para os contatos próximos do caso suspeito nas seguintes situações:
  - No domicílio, para os contatos próximos, de qualquer idade, que tenham pelo menos um contato com criança menor que 4 anos não vacinada ou parcialmente vacinada, ou com criança

imunocomprometida, independente da situação vacinal. Em creches e escolas maternas está indicada quando dois ou mais casos de doença invasiva ocorreram em um intervalo de até 60 dias. Nesta situação, a quimioprofilaxia deve ser prescrita para todas as crianças, independentemente da idade ou do status vacinal, e para cuidadores.

- Também é indicada para o doente em tratamento, caso não esteja recebendo cefalosporina de terceira geração.

Realizar bloqueio conforme fluxo abaixo:

- ✓ No caso de paciente frequentar escola ou ter local de trabalho a Vigilância Epidemiológica deverá entrar em contato com estes locais para esclarecimentos e visita nos casos necessários para bloqueio de pessoal que seja classificado como contato íntimo.
- ✓ Nos feriados os hospitais poderão realizar bloqueio **nos contatos que morem com o doente** com uso de medicação alternativa. Se o caso ocorrer nos finais de semana pede-se para aguardar contato da Vigilância no próximo dia útil.
- ✓ O antibiótico de escolha para a quimioprofilaxia é a **rifampicina**, que deve ser administrada em dose adequada e simultaneamente a todos os contatos próximos, preferencialmente até 48 horas da exposição à fonte de infecção (doente), considerando o prazo de transmissibilidade e o período de incubação da doença. Alternativamente, outros antibióticos podem ser utilizados para a quimioprofilaxia. Embora sejam referidos diferentes intervalos máximos entre o caso índice e o aparecimento do caso secundário, o mais comumente citado é 30 dias. Desse modo, a QP realizada após duas semanas da exposição ao caso índice tem valor limitado e o período máximo é de até 30 dias da exposição.
- ✓ O objetivo da quimioprofilaxia é evitar casos secundários e eliminação de possível estado de portador “são” entre os contatos íntimos.
- ✓ Em relação às gestantes, esse medicamento tem sido utilizado para quimioprofilaxia, pois não há evidências de que a rifampicina possa apresentar efeitos teratogênicos. A relação risco/benefício do uso de antibióticos pela gestante deverá ser avaliada pelo médico assistente.

**Contatos domiciliares são as pessoas que residem com o doente, ou aquelas que não residem na mesma casa, mas passaram quatro horas ou mais com o doente durante pelo menos cinco dos sete dias anteriores ao início dos sintomas.**

5. Dispensação de Rifampicina: (O medicamento está disponível em cp de 300mg e solução 20mg/ml)

- Enviar e-mail para SGVE Itapetininga ([gve-itapetininga@saude.sp.gov.br](mailto:gve-itapetininga@saude.sp.gov.br)), com a notificação, informações laboratoriais e clínicas que indiquem possibilidade de etiologia bacteriana por GRAM negativo (Neisseria ou Haemophilus) e sobre petéquias.
- Após liberação de SGVE Itapetininga, retirar dosagem em farmácia do DRS (em fins de semana e feriados será disponibilizado no GVE Sorocaba).

6. Diante da rápida evolução de alguns casos, evoluindo para óbito com repercussão na sociedade e na mídia, solicitamos que todos os casos SUSPEITOS sejam imediatamente informados à VE Central para acompanhamento dos fatos.

#### 7. CASO CONFIRMADO:

- Todo caso suspeito cujo diagnóstico seja confirmado por meio dos exames laboratoriais específicos: cultura, e/ou PCR, e/ou látex.
- Todo caso suspeito com bacterioscopia do LCR com presença de bactérias.
- Todo caso suspeito com exame quimiocitológico do LCR sugestivo de meningite bacteriana.
- Todo caso suspeito que apresente história de vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente para Haemophilus influenzae ou Mycobacterium tuberculosis por um dos exames específicos, mas que não tenha realizado nenhum deles.
- Todo caso suspeito com clínica sugestiva de meningite bacteriana sem exames laboratoriais específicos.

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> Doença Meningocócica – CID A39.0 – Meningite Meningocócica; A39.2 – Meningococemia aguda  |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Doença Meningocócica                                      |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

A doença meningocócica é uma infecção bacteriana aguda. Quando se apresenta na forma de doença invasiva, caracteriza-se por uma ou mais síndromes clínicas, sendo a meningite meningocócica a mais frequente delas e a meningococemia a forma mais grave. O modo de transmissão ocorre por contato direto pessoa a pessoa, por meio de secreções respiratórias de pessoas infectadas, assintomáticas ou doentes. A transmissão por fômites não é importante.

**AGENTE ETIOLÓGICO:** A *Neisseria meningitidis* (meningococo) é um diplococo gram-negativo, aeróbio, imóvel, pertencente à família Neisseriaceae. A composição antigênica da cápsula polissacarídica permite a classificação do meningococo em 12 diferentes sorogrupos: A, B, C, E, H, I, K, L, W, X, Y e Z. Os sorogrupos A, B, C, Y, W e X são os principais responsáveis pela ocorrência da doença invasiva e, portanto, de epidemias. Os meningococos são também classificados em sorotipos e sorosubtipos, de acordo com a composição antigênica das proteínas de membrana externa PorB e PorA, respectivamente.

**CASO SUSPEITO:** Crianças acima de 1 ano de idade e adultos com febre, cefaleia, vômitos, rigidez da nuca e outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsões e/ou manchas vermelhas no corpo. Nos casos de meningococemia, atentar para eritema/exantema, além de sinais e sintomas inespecíficos (sugestivos de septicemia), como hipotensão, diarreia, dor abdominal, dor em membros inferiores, mialgia, rebaixamento do sensório, entre outros. Em crianças abaixo de 1 ano de idade, os sintomas clássicos acima referidos podem não ser tão evidentes. É importante considerar, para a suspeita diagnóstica, sinais de irritabilidade, como choro persistente, e verificar a existência de abaulamento de fontanela.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** em média, de 3 a 4 dias, podendo variar de 2 a 10 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSÃO: persiste até que o meningococo desapareça da nasofaringe. Em geral, a bactéria é eliminada da nasofaringe após 24 horas de antibioticoterapia adequada.

#### AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:

1. Realizar notificação imediata (até 24 horas) de todos os casos suspeitos em ficha específica:

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Meningite/Meningite\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Meningite/Meningite_v5.pdf)

2. Coletar e enviar para VE junto com notificação (conforme fluxo pré-estabelecido de retirada de amostras, pelas visitadoras):

- Duas amostras de líquido cefalorraquidiano (LCR) com 1 a 3 mL e acondicionar em tubo de polipropileno estéril com tampa rosqueada, tipo criotubos. Enviar uma amostra para realização de quimiocitológico (encaminhar resultado impresso à VE), e a outra amostra de LCR junto com notificação. Conservar em temperatura ambiente e transportar em até 3 horas a temperatura ambiente a ao abrigo da luz em caixa isotérmica, Após 3 horas conservar em geladeira e transportar entre 2 e 8 °C com gelo reciclável em caixa isotérmica.

- Sangue: de 4 a 5 mL em tubo com gel separador (tampa amarela). Centrifugar e enviar. Ou coletar 2 a 4 mL em tubo com EDTA (tampa roxa).

- Raspado ou aspirado de lesão petequiral: Fazer assepsia da pele, escarificar o centro da lesão, Coletar o material exposto com a ajuda de uma alça bacteriológica descartável estéril. Semear imediatamente o material em 1/4 da placa com meio ágar Chocolate.

3. O isolamento do paciente está indicado apenas durante as primeiras 24 horas do tratamento com antibiótico adequado.

4. Iniciar tratamento, conforme Guia de Vigilância em Saúde:

| GRUPO ETÁRIO | ANTIBIÓTICOS  | DOSE (ENDOVENOSA)                        | INTERVALO      | DURAÇÃO    |
|--------------|---------------|--|----------------|------------|
| Crianças     | Penicilina ou | 200.000 UI/kg/dia<br>a 400.000 UI/kg/dia | 4 em 4 horas   | 5 a 7 dias |
|              | Ampicilina ou | 200 mg/kg/dia<br>a 300 mg/kg/dia         | 6 em 6 horas   |            |
|              | Ceftriaxona   | 100 mg/kg/dia                            | 12 em 12 horas |            |
| Adultos      | Ceftriaxona   | 2 g                                      | 12 em 12 horas | 7 dias     |

Fonte: (GAGLIARDI; TAKAYANAGUI, 2019).

\*Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 5ª edição, pág. 102. 2021

5. **QUIMIOPROFILAXIA:** Nos casos de doença meningocócica, está indicada a quimioprofilaxia do caso e dos contatos íntimos. Estas pessoas devem ser “vigiadas” por 10 dias, orientando este grupo sobre sinais e sintomas.

Não há recomendação de quimioprofilaxia para os profissionais da área de saúde que atenderam o caso de doença meningocócica, exceto para aqueles que realizaram procedimentos invasivos (intubação orotraqueal, passagem de cateter nasogástrico) sem utilização de equipamento de proteção individual adequado (EPI).

Nos fins de semana, pede-se para aguardar o contato da Vigilância Epidemiológica no próximo dia útil. Nos feriados prolongados os hospitais poderão realizar bloqueio **nos contatos que morem com o doente ou compartilham o mesmo dormitório** com uso de medicação alternativa. Os hospitais são orientados a prescrever bloqueio **apenas** nos casos fortemente suspeitos em períodos em feriados prolongados.

Se o paciente for tratado com cloranfenicol ou penicilina deverá também receber bloqueio antes da alta. Se for tratado com Ceftriaxona não é necessário quimioprofilaxia. A droga de escolha para o bloqueio é a Rifampicina.

#### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. Realizar investigação detalhada do caso.
2. Solicitar cultura + bacterioscopia do liquor e PCR de sangue, encaminhar amostras do LCR e sangue para IAL.
3. Avaliar conduta e tratamento proposto.
4. Todos os contatos próximos de um caso de doença meningocócica, independentemente do estado vacinal, deverão receber a quimioprofilaxia. É importante observar o cartão de vacina. As crianças e adolescentes que não são vacinados devem receber a quimioprofilaxia e atualizar o cartão vacinal conforme preconizado pelo PNI/MS. Realizar bloqueio conforme fluxo abaixo:

- ✓ Sendo identificado caso suspeito de doença meningocócica, a Vigilância Epidemiológica entrará em contato com a família para realização de bloqueio medicamentoso nos contatos íntimos.
- ✓ No caso de paciente frequentar escola ou ter local de trabalho a Vigilância Epidemiológica deverá entrar em contato com estes locais para esclarecimentos e visita nos casos necessários para bloqueio de pessoal que seja classificado como contato íntimo.
- ✓ Nos feriados os hospitais poderão realizar bloqueio **nos contatos que morem com o doente** com uso de medicação alternativa. Se o caso ocorrer nos finais de semana pede-se para aguardar contato da Vigilância no próximo dia útil.

O antibiótico de escolha para a quimioprofilaxia é a **rifampicina**, que deve ser administrada em dose adequada e simultaneamente a todos os contatos próximos, preferencialmente até 48 horas da exposição à fonte de infecção (doente), considerando o prazo de transmissibilidade e o período de incubação da doença. Alternativamente, outros antibióticos podem ser utilizados para a quimioprofilaxia.

5. Dispensação de Rifampicina: (O medicamento está disponível em cp de 300mg e solução 20mg/ml)

- Enviar e-mail para SGVE Itapetininga ([gve-itapetininga@saude.sp.gov.br](mailto:gve-itapetininga@saude.sp.gov.br)), com a notificação, informações laboratoriais e clínicas que indiquem possibilidade de etiologia bacteriana por GRAM negativo (Neisseria ou Haemophilus) e sobre petéquias.

- Após liberação de SGVE Itapetininga, retirar dosagem em farmácia do DRS (em fins de semana e feriados será disponibilizado no GVE Sorocaba).

**QUADRO 3 – Esquema quimioprofilático indicado para doença meningocócica**

| DROGA          | IDADE                     | DOSE                                | INTERVALO      | DURAÇÃO |
|----------------|---------------------------|-------------------------------------|----------------|---------|
| Rifampicina    | <1 mês                    | 5 mg/kg/dose                        | 12 em 12 horas | 2 dias  |
|                | Crianças ≥1 mês e adultos | 10 mg/kg/dose<br>(máximo de 600 mg) | 12 em 12 horas |         |
| Ceftriaxona    | <12 anos                  | 125 mg; intramuscular               | Dose única     |         |
|                | ≥12 anos                  | 250 mg; intramuscular               |                |         |
| Ciprofloxacino | >18 anos                  | 500 mg; uso oral                    | Dose única     |         |

Fonte: (GAGLIARDI; TAKAYANAGUI, 2019).

\*Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 5ª edição, pág. 108. 2021

- ✓ A droga deve ser dada de maneira simultânea aos contatos íntimos, preferencialmente até 48 horas da exposição à fonte de infecção. A maioria dos casos secundários ocorre em até cinco dias.
- ✓ O objetivo da quimioprofilaxia é evitar casos secundários e eliminação de possível estado de portador “são” entre os contatos íntimos.
- ✓ Em relação às gestantes, esse medicamento tem sido utilizado para quimioprofilaxia, pois não há evidências de que a rifampicina possa apresentar efeitos teratogênicos. A relação risco/benefício do uso de antibióticos pela gestante deverá ser avaliada pelo médico assistente.

**6.** Diante da rápida evolução de alguns casos para óbito com repercussão na sociedade e na mídia, solicitamos que todos os casos SUSPEITOS sejam imediatamente informados à VE Central para acompanhamento dos fatos.

#### 7. CASO CONFIRMADO:

Deve ser realizado após a verificação de todas as informações necessárias para a conclusão do caso. O encerramento de um caso de doença meningocócica pode ser realizado pelos seguintes critérios:

- critério laboratorial específico (cultura, PCR ou látex) – caso com identificação da *N. meningitidis* na cultura de amostras clínicas, ou com detecção do DNA da bactéria por PCR na amostra clínica, ou com presença de antígenos bacterianos na amostra clínica detectados por látex.
- critério laboratorial inespecífico (bacterioscopia) – caso com presença de diplococos gram-negativos na amostra clínica.
- critério de vínculo epidemiológico – caso sem exames laboratoriais positivos, mas que teve contato próximo com caso confirmado por critério laboratorial específico em um período anterior, de até 15 dias, ao aparecimento dos sintomas.
- critério clínico – caso de meningococemia ou de meningite meningocócica associada à meningococemia, sem exames laboratoriais positivos.
- necropsia – óbito com achados anatomopatológicos compatíveis com meningite meningocócica e/ou meningococemia.

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> Monkeypox – CID B04   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Monkeypox   |  |  |                         |

## DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

Monkeypox ou “varíola do macaco” é uma doença zoonótica viral e sua transmissão para humanos pode ocorrer por meio do contato com animal ou humano infectado ou com material corporal humano contendo o vírus. Apesar do nome, os primatas não humanos não são reservatórios do vírus da varíola.

Agente etiológico: Vírus DNA da família *Poxviridae*, gênero *Orthopoxvírus*.

Existem 4 espécies da mesma família e gênero: Vírus da Varíola, *Monkeypox*, *Vaccinia* e *Cowpox*. Existe imunidade cruzada entre os vírus da mesma espécie.

Modo de transmissão:

**Contato direto ou indireto** com sangue, fluidos corporais, lesões de pele ou membranas mucosas de animais infectados. A transmissão também pode ocorrer por meio de secreções em objetos, tecidos (roupas, roupas de cama ou toalhas) e superfícies que foram utilizadas pelo doente.

**Via gotículas respiratórias** usualmente requer contato mais próximo entre o paciente infectado e outras pessoas, o que torna trabalhadores da saúde, membros da família e outros contactantes, as pessoas com maior risco de serem infectadas.

**Via placentária**, levando a aborto, parto prematuro e sinais de infecção congênita.

Período de incubação é tipicamente de 6 a 13 dias e pode variar de 5 a 21 dias de intervalo.

Quadro Clínico:

Início dos sintomas com febre, mialgia, fadiga, cefaleia, astenia, dor nas costas e linfadenopatia. Após um a três dias do pródrômo, o indivíduo apresenta erupção maculopapular centrífuga a partir do local da infecção primária que se espalha rapidamente para outras partes do corpo. As lesões

progridem, no geral dentro de 12 dias, do estágio de máculas para pápulas, vesículas, pústulas e crostas.

Período de transmissão: a pessoa infectada pode transmitir o vírus durante todo o período das lesões até a queda de todas as crostas. Em média 21 dias de evolução podendo esse tempo ser variável.

#### CASO SUSPEITO:

Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de lesão em mucosas

#### **E/OU**

erupção cutânea aguda sugestiva de MPX, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital/perianal, oral)

#### **E/OU**

proctite (por exemplo, dor anorretal, sangramento),

#### **E/OU**

edema peniana, podendo estar associada a outros sinais e sintomas

#### Lesão Sugestiva:

Lesões profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central; e progressão da lesão através de estágios sequenciais específicos – máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas, podendo ser encontrado lesões em diferentes estágios evolutivos.

#### **Ações específicas da Assistência**

1. Notificação imediata do caso em ficha específica e preenchimento da lista de contatos íntimos.

<https://drive.google.com/file/d/1nXPTbYuJitUMOdfl7CQfnmC6c0ccLGOt/view>

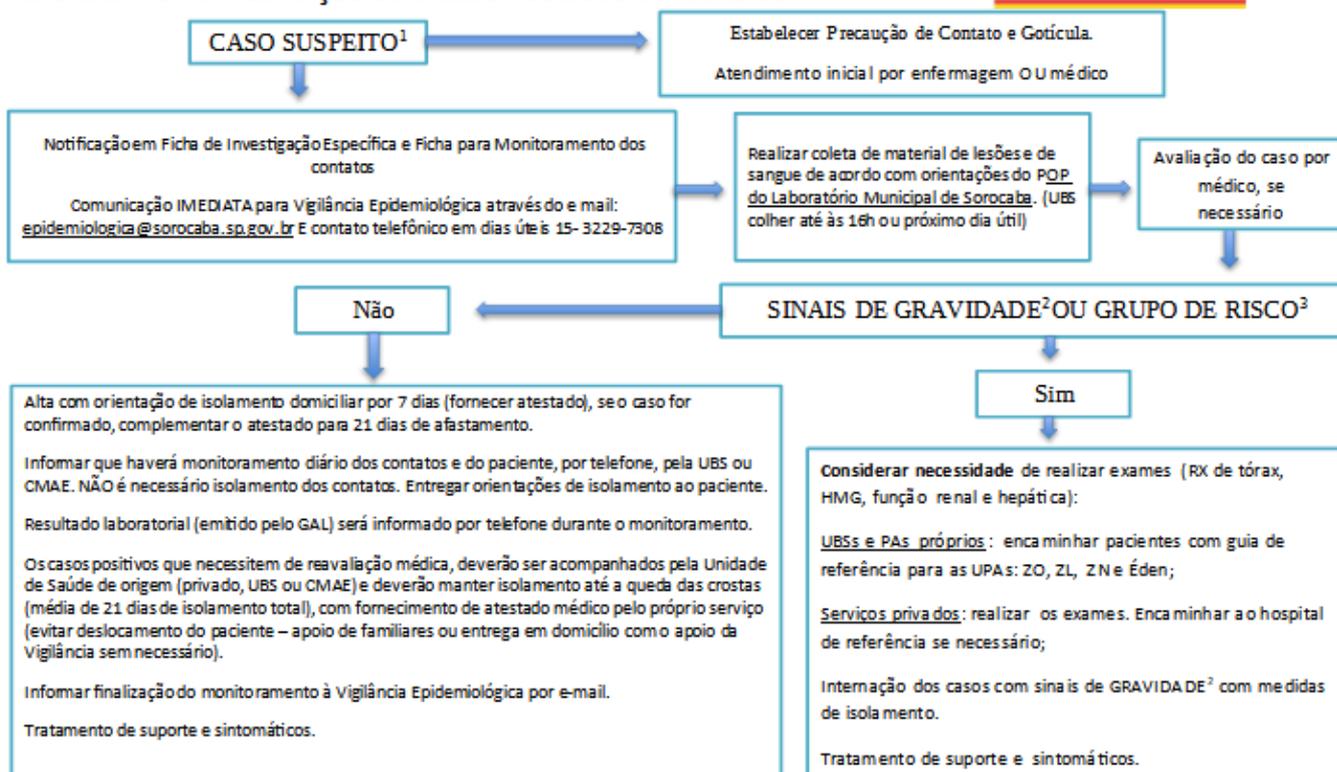
2. Entrar em contato com a Vigilância Epidemiológica Municipal nos dias úteis e encaminhar a ficha digitalizada. Através do e-mail: [epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br](mailto:epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br) ou 15-3229-7311/7313

3. Coleta de duas amostras das lesões, preferencialmente vesículas, através de swab e tubo seco. Coleta de 2 amostras de sangue (10 ml para adultos e 5 ml para crianças) para processamento de diagnóstico diferencial com sífilis, herpes simples e varicela zoster. Seguir orientações do POP de coleta do município de Sorocaba.

4. Encaminhar as amostras através de fluxo de encaminhamento de amostras para a Vigilância Epidemiológica, mantendo as amostras refrigeradas (2°C a 8°C) por até 7 dias ou após este período congelar a -20°C.

5. Avaliação clínica do paciente e se grupo de risco (imunossupressão, menor 8 anos, gestante ou lactante) ou quadro grave (cem ou mais lesões, insuficiência respiratória, sepse, confusão, disfagia, desidratação), considerar a necessidade de encaminhamento para o Pronto Atendimento para realização de Rx de tórax, Hemograma, função hepática e renal.
6. Se paciente estável, orientar isolamento por 7 dias, informar que o resultado será realizado pela secretaria da saúde a partir de contato telefônico, fornecer atestado e medicar com sintomáticos (analgésicos, hidratação).
7. As UBSs de referência deverão realizar o monitoramento diário dos pacientes até a resolução da doença, e dos contactantes por 21 dias após o último contato com o paciente.
8. Garantir o período de isolamento dos casos confirmados através do fornecimento de atestados (apoio da Vigilância, se necessário).

**FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE CASOS SUSPEITOS DE MONKEYPOX EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS**



## FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE CASOS SUSPEITOS DE MONKEYPOX EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS – 02/08/2022

1. CASO SUSPEITO (definição de agosto de 2022): Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de lesão em mucosas  
**E/OU** erupção cutânea aguda sugestiva de MPX, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital/perianal, oral)  
**E/OU** proctíte (por exemplo, dor anorretal, sangramento),  
**E/OU** edema peniana, podendo estar associada a outros sinais e sintomas.
2. SINAIS DE GRAVIDADE:
  - Cem ou mais lesões cutâneas
  - Insuficiência Respiratória
  - Sepses
  - Confusão
  - Linfadenopatia cervical com disfagia
  - Desidratação
  -
3. GRUPO DE RISCO: Crianças < 8 anos, Gestantes, Imunossuprimidos (nos casos de pacientes soropositivos para HIV com CD4 abaixo 200).

### SOBRE A DOENÇA:

Transmissão: contato direto com lesões de pessoas infectadas, secreções respiratórias ou objetos contaminados.

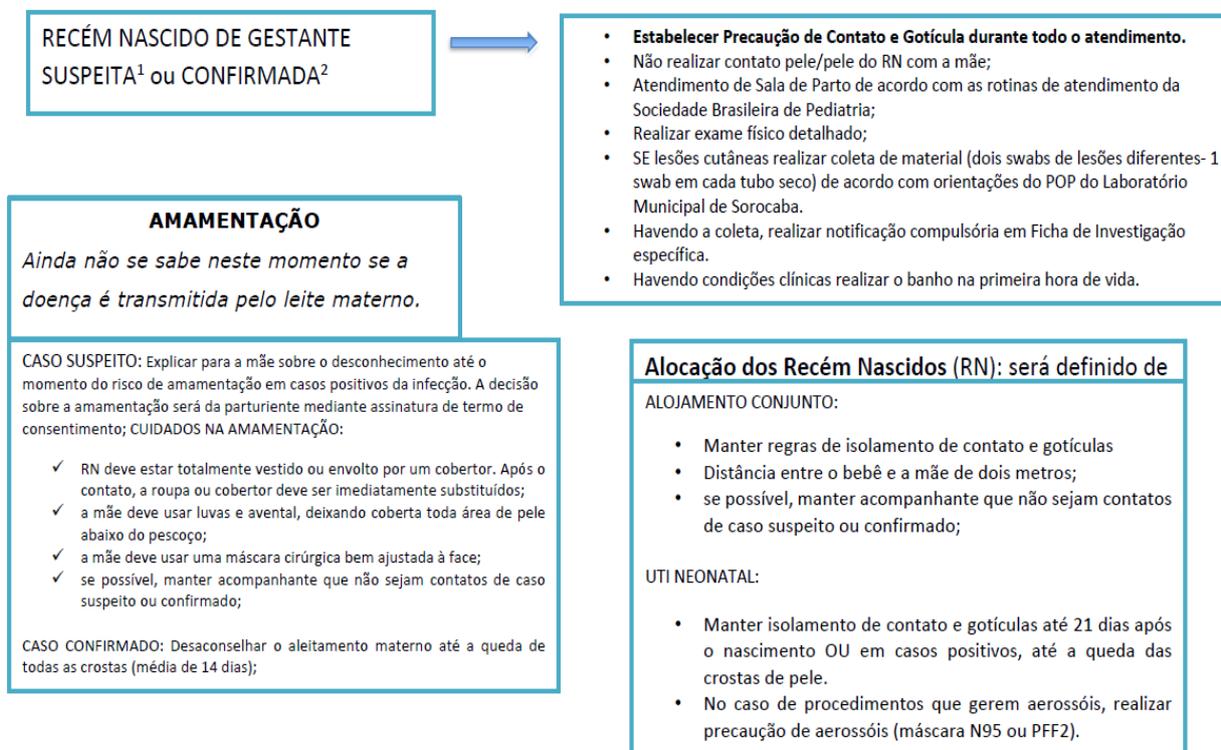
Período de Incubação: 6 a 16 dias, podendo chegar a 21 dias.

\*Erupção cutânea: iniciam em uma parte do corpo (face, membros, tronco, incluindo região genital) e no decorrer dos dias podem se disseminar em outras partes do corpo. A erupção passa por diferentes estágios e pode ser semelhante com as lesões de varicela ou sífilis primária ou secundária, evoluindo para a formação de crostas, que depois caem. A evolução das lesões em geral é descrita como simétrica (todas no mesmo estágio) sendo a evolução de mácula para pápula, vesícula, pústula ou crosta.

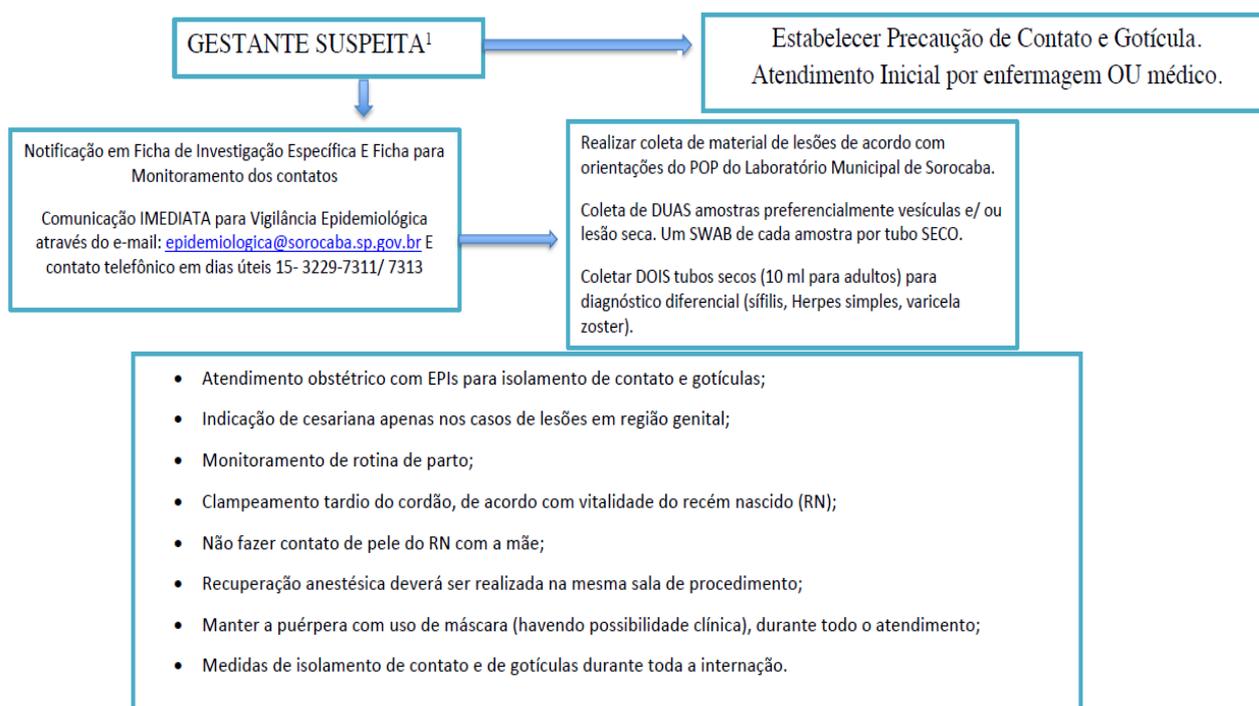
### Cuidados específicos para parturientes e recém-nascidos

1. Evitar parto cesáreo nos casos com lesões em genitais.
2. Não fazer contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (RN).
3. Banho do RN na primeira hora de vida.
4. Exame físico minucioso do RN e na presença de lesões coletar de material e notificação de novo caso suspeito.
5. A interrupção da amamentação em uma mãe com MPX deve ser avaliada caso a caso, de acordo com o quadro clínico (estado físico geral da mãe e gravidade da doença) x risco/benefício, porém não se deve inibir a lactação. Ainda não há estudos que indiquem a transmissão da doença pelo leite materno, contudo é necessário considerar que a infecção pode se transmitir por contato próximo durante a amamentação, e as crianças fazem parte do grupo de risco. Se houver a opção do aleitamento, deve-se assinar o termo de responsabilidade.
6. Havendo possibilidade de isolamento do RN em berçário proceder ao isolamento ou manter em alojamento conjunto sem contato direto da mãe com o RN, distância de 2 metros entre os leitos e a mãe se possível com uso permanente de máscara cirúrgica.

## FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE RECÉM NASCIDOS EXPOSTOS A MONKEYPOX NO PARTO – 16/08/2022



## FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO EM PARTO DE GESTANTES COM SUSPEITA DE MONKEYPOX – 16/08/2022



### **Ações específicas da vigilância:**

1. Receber as notificações e realizar primeiro contato reforçando medidas de isolamento e monitorar evolução clínica do paciente. Informar resultado do exame ao paciente.
2. Notificar casos secundários.
3. Acompanhar o monitoramento dos pacientes junto as UBSs e a evolução clínica dos casos para encerramento das fichas de notificação.

### **ORIENTAÇÃO DE ISOLAMENTO PARA PACIENTES SUSPEITOS E CONFIRMADOS DE MONKEYPOX:**

- Não saia de casa, exceto quando necessário para emergências ou cuidados médicos;
  - Evite contato próximo com outras pessoas, mesmo as que residem no mesmo domicílio;
  - Use sempre máscara quando estiver em contato próximo com outras pessoas em casa. Outros membros da família também devem usar uma máscara quando estiverem em contato próximo;
  - Evite o uso de lentes de contato e evite coçar os olhos, pois este contato direto poderá causar uma infecção local;
  - Evite depilar áreas do corpo cobertas de erupções cutâneas, pois isso pode levar à propagação do vírus;
  - Em casa, isole-se em um quarto ou área separada dos outros membros da família e animais de estimação, quando possível;
  - Não compartilhe pratos e outros talheres. Lavar a louça suja e os talheres na máquina de lavar louça ou à mão com água e sabão;
  - Evite contato próximo com animais de estimação em casa e outros animais. Em geral, qualquer mamífero pode ser infectado como vírus Monkeypox;
  - Evite receber a visita de amigos, familiares ou outras pessoas que não moram no mesmo domicílio;
  - Não tenha atividade sexual que envolva contato físico direto;
- Não compartilhe itens potencialmente contaminados, como roupas de cama, toalhas, ➤ copos ou talheres e panos de prato;
- Cubra todas as erupções cutâneas com vestimentas (na medida do possível). Luvas podem ser consideradas para cobrir lesões nas mãos quando estiver em contato com outras pessoas, locais, ou ao receber cuidados médicos;

- Limpe e desinfete rotineiramente superfícies e itens comumente tocados;
- Use um banheiro exclusivo se possível. Se não houver um banheiro exclusivo em casa, limpe e desinfete;
- Considere o uso de luvas descartáveis durante a limpeza, se houver lesões nas mãos;
- A pessoa com Monkeypox deve trocar seus próprios curativos (se houver) e manusear suas roupas contaminadas. Usar luvas descartáveis, seguida de lavagem imediata das mãos após a remoção das luvas. Como último recurso, se for necessária assistência nessas atividades, um membro da família deve evitar contato prolongado e usar, no mínimo, luvas descartáveis e uma máscara facial (cirúrgica ou respirador bem ajustados). Qualquer roupa que entre em contato com as lesões de pele durante as trocas de curativo deve ser lavada imediatamente. As luvas devem ser descartadas após o uso, seguidas de lavagem das mãos;
- O uso de álcool gel ou lavagem das mãos com água e sabão devem ser realizados por pessoas com Monkeypox e seus contatos domiciliares após tocar nas lesões, roupas, lençóis ou superfícies ambientais que possam ter tido contato com secreção ou lesões;
- Resíduos contaminados como curativos, faixas, compressas, gases ou luvas descartáveis devem ser armazenados e descartados adequadamente;

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> PARALISIA FLÁCIDA AGUDA (PFA) – CID A80   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Paralisia Flácida Aguda                                   |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda, de gravidade extremamente variável que pode ocorrer sob a forma de infecção inaparente ou apresentar manifestações clínicas, frequentemente caracterizadas por febre, mal estar, cefaleia, distúrbios gastrointestinais e rigidez de nuca, acompanhadas ou não de paralisia que ocorre em aproximadamente 1% das infecções causadas pelo poliovírus. Caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito, o *deficit* motor instala-se subitamente e sua evolução, frequentemente, não ultrapassa 3 dias. Acomete em geral os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e a arreflexia no segmento atingido.

### AGENTE ETIOLÓGICO:

Poliovírus, sorotipos 1, 2 e 3, pertencentes ao gênero *Enterovírus*, família Picornaviridae. Os poliovírus selvagens dos três sorotipos podem causar paralisia flácida – o sorotipo 1 com maior frequência e o sorotipo 3 mais raramente. A circulação do sorotipo 2 não tem sido registrada desde 1999.

### PERÍODO DE TRANSMISSÃO:

Em indivíduos infectados, a eliminação do vírus pela orofaringe persiste por um período de aproximadamente uma semana, e nas fezes, por cerca de 3 a 6 semanas.

### PERÍODO DE INCUBAÇÃO:

Geralmente de 7 a 12 dias, podendo variar de 2 a 30 dias.

Imunidade: A infecção natural ou a vacinação conferem imunidade duradoura para o sorotipo correspondente ao poliovírus responsável pelo estímulo antigênico. O esquema vacinal consiste na

administração de 3 doses de vacina inativada poliomielite (VIP), aos 2, 4 e 6 meses de idade e dois reforços com vacina oral poliomielite bivalente (VOPb) aos 15 meses e 4 anos de idade.

#### CASO SUSPEITO:

- Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduos com menos de 15 anos de idade, independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.
- Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação de poliovírus nos últimos 30 dias que antecedem o início do *deficit* motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para países com circulação de poliovírus selvagem e apresentaram suspeita diagnóstica de poliomielite.
- Refugiados ou repatriados menores de 15 anos, advindo de países com circulação de poliovírus. Seguir instruções de NOTA CONJUNTA N°2/2022 – DDTHA/CIEVS-SP/CVE/CCD/SES-SP.

#### ATENÇÃO

No atual momento epidemiológico, devido as ações de “Intensificação da Vigilância das Paralisias Flácidas”, fica determinado que para além dos critérios de definição de caso para notificação de um caso suspeito de poliomielite, orienta-se que a notificação e investigação seja **expandida para adolescentes e adultos (qualquer idade) que apresentarem sintomas compatíveis com poliomielite**, ou seja, que apresentem clínica compatível com a da pólio.

#### AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:

1. Notificação IMEDIATA (em até 24 horas) em ficha de investigação específica.

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/PFA-Poliomielite/PFA\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/PFA-Poliomielite/PFA_v5.pdf)

## 2. Discussão com especialistas para avaliar diagnósticos diferenciais:

**QUADRO 2 – Elementos para o diagnóstico diferencial entre poliomielite, síndrome de Guillain-Barré e mielite transversa**

| ESPECIFICAÇÃO                       | POLIOMIELITE   | SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ  | MIELITE TRANSVERSA   |
|-------------------------------------|--|---|--|
| Instalação da paralisia             | 24 a 28 horas  | Desde horas até 10 dias   | Desde horas até 4 dias   |
| Febre ao início                     | Alta. Sempre presente no início da paralisia, desaparece no dia seguinte   | Não é frequente   | Raramente presente   |
| Paralisia                           | Aguda, assimétrica, principalmente proximal  | Geralmente aguda, simétrica e distal  | Aguda, simétrica em membros inferiores   |
| Reflexos osteotendinosos profundos  | Diminuídos ou ausentes   | Globalmente ausentes  | Ausentes em membros inferiores   |
| Sinal de Babinsky                   | Ausente  | Ausente   | Presente   |
| Sensibilidade                       | Grave mialgia  | Parestesia, hipoestesia   | Anestesia de MMII com nível sensitivo  |
| Sinais de irritação meníngea        | Geralmente presentes   | Geralmente ausentes   | Ausentes   |
| Comprometimento de nervos cranianos | Somente nas formas bulbares  | Pode estar presente   | Ausente  |
| Insuficiência respiratória          | Somente nas formas bulbares  | Em casos graves, exacerbada por pneumonia bacteriana  | Em geral torácica, com nível sensorial   |
| Líquido cefalorraquidiano           | Inflamatório   | Dissociação proteíno-citológica   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Células normais ou elevadas;</li> <li>• aumento moderado ou acentuado de proteínas</li> </ul> |
| Difusão vesical                     | Ausente  | Às vezes transitória  | Presente   |
| Velocidade de condução nervosa      | Normal, ou pode-se detectar apenas redução na amplitude do potencial da unidade motora   | Redução da velocidade de condução motora e sensitiva  | Dentro dos limites da normalidade  |
| Eletromiografia (EMG)               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença ou não de fibrilações</li> <li>• Potencial da unidade motora com longa duração e aumento da amplitude</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença ou não de fibrilações e pontas positivas</li> <li>• Potencial da unidade motora pode ser normal ou neurogênico</li> </ul> | Dentro dos limites da normalidade  |

Fonte: Deidt/SVS/MS.

## 3. Coleta de material específico para diagnóstico:

- A amostra de fezes constitui o material mais adequado para o isolamento do poliovírus. Embora os pacientes com poliomielite eliminem poliovírus durante semanas, os melhores resultados de isolamento são alcançados com amostras fecais coletadas na fase aguda da doença, ou seja, **até o 14º dia** do início da deficiência motora. Todas as amostras devem ser refrigeradas, em boas condições (4°C a 8°C).
- Todo caso conhecido deverá ter uma amostra de fezes, coletada no máximo até 60 dias após o início da deficiência motora (mesmo que inoportuna). Em crianças que apresentam obstipação intestinal, dificultando a coleta de amostras de fezes, pode-se utilizar supositório de glicerina.
- O *swab* retal somente é recomendado em casos de paralisia flácida aguda (PFA) que foram a óbito antes da coleta adequada de fezes.

- Quando não for possível coletar a amostra de fezes do caso dentro de 14 dias do início da paralisia ou, se a amostra não chegar em condições adequadas ao laboratório, recomenda-se também coletar amostras de fezes de 3 a 5 contatos próximos do caso de PFA (contatos= crianças que frequentem o mesmo ambiente social – casa, sala de aula, etc.). Esses contatos devem ter menos de 5 anos de idade e sem histórico de vacinação recente (nos últimos 30 dias) com a vacina oral contra a poliomielite. NÃO NOTIFICAR os contatos. Na identificação das amostras, além dos dados pessoais e idade, deve conter o nome do caso suspeito.

#### 4. Exames para investigação diagnóstica:

Líquor- Na poliomielite, observa-se um discreto aumento do número de células, podendo haver um pequeno aumento de proteínas.

Eletromiografia- os achados e o padrão eletromiográfico da poliomielite são comuns a um grupo de doenças que afetam o neurônio motor inferior. Esse exame pode contribuir para descartar a hipótese diagnóstica de poliomielite, quando seus achados são analisados conjuntamente com os resultados do isolamento viral e evolução clínica.

5. Não há tratamento específica; apenas de suporte.

6. Notificação NEGATIVA/ POSITIVA semanal dos hospitais que internam menores de 15 anos. Busca ativa de casos com CIDs são diagnóstico diferencial para PFA.

#### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. Avaliação das notificações, orientação e encaminhamento sobre coleta de exames. Todas as amostras devem ser refrigeradas, em boas condições (4°C a 8°C), corretamente cadastradas no GAL, e devem chegar ao laboratório em até 72 horas após a coleta.

2. Acompanhamento clínico dos casos por até 60 dias após a notificação para encerramento do caso.

3. Investigação de deslocamentos e outros casos suspeitos.

4. Analisar cobertura vacinal na área de ocorrência do caso suspeito.

5. Controle semanal sobre a notificação negativa/positiva das unidades notificantes.

6. Informar caso suspeito imediatamente ao GVE e Central/CIEVS por e-mail.

7. Avaliação permanente dos seguintes indicadores:

- **Taxa de notificação de paralisia flácida aguda** – identificar por ano, no mínimo, um caso de PFA para cada 100 mil hab. menores de 15 anos de idade.
- **Proporção de casos investigados em 48 horas** – pelo menos 80% dos casos notificados devem ser investigados dentro das 48 horas após a notificação.
- **Proporção de casos com coleta oportuna de fezes** – pelo menos 80% dos casos devem ter uma amostra de fezes, para cultivo do vírus, coletada até o 14º dia do início da deficiência motora, em quantidade e condições de temperatura para análise.
- **Proporção de notificação negativa/positiva semanal** – pelo menos 80% das unidades notificantes devem informar a ocorrência ou não de casos de paralisia flácida aguda, semanalmente.

8. Vacinação de equipes técnicas de laboratório ou que realizam coleta de esgoto.

9. Divulgação ampla nos meios de comunicação sobre as medidas de prevenção e controle para a população em geral e profissionais de saúde

10. Coleta de amostras de fezes de contatos: não se deve coletar amostra de contato que recebeu a vacina contra a poliomielite nos últimos 30 dias. Assim, deverão ser coletadas nas seguintes situações:

- Contatos de caso com clínica compatível com poliomielite, quando houver suspeita de reintrodução da circulação do poliovírus selvagem – coletar UMA amostra/contato.
- Contato de caso em que haja confirmação do vírus derivado vacinal. Contatos, intradomiciliares ou não, são priorizados para coleta de amostras de fezes – coletar UMA amostra/contato.
- Quando não for possível coletar a amostra de fezes do caso dentro de 14 dias do início da paralisia ou, se a amostra não chegar em condições adequadas ao laboratório, recomenda-se também coletar amostras de fezes de 3 a 5 contatos próximos do caso de PFA (contatos= crianças que frequentem o mesmo ambiente social – casa, sala de aula, etc.). Esses contatos devem ter menos de 5 anos de idade e sem histórico de vacinação recente (nos últimos 30 dias) com a vacina oral contra a poliomielite. **NÃO NOTIFICAR** os contatos. Na identificação das amostras, além dos dados pessoais e idade, deve conter o nome do caso suspeito. (Nestes casos acionar GVE antes do envio da amostra ao IAL para alinhamento junto ao laboratório).

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> Parotidite Epidêmica (Caxumba) - CID B26  |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Parotidite Epidêmica (Caxumba)                            |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

Doença viral aguda, caracterizada por febre, dor e aumento de volume de uma ou mais glândulas salivares, com predileção pelas parótidas e, as vezes, pelas sublinguais ou submandibulares. Ocorre primariamente no escolar e no adolescente; tem evolução benigna, mas eventualmente pode ser grave, chegando a determinar hospitalização do doente.

A caxumba é doença de distribuição universal, de alta morbidade e baixa letalidade, aparecendo sob a forma endêmica ou em surtos.

#### Agente etiológico

Vírus da família *Paramyxoviridae*, gênero *Paramyxovirus*

#### Modo de transmissão

7 dias antes até 9 dias após o surgimento das manifestações clínicas. O vírus pode ser encontrado na urina até 14 dias após o início da doença.

#### Suscetibilidade e imunidade

A imunidade é de caráter permanente, sendo adquirida após infecções inaparentes, aparentes, ou imunização ativa.

#### Manifestações Clínicas

Aumento das glândulas salivares, principalmente a parótida, acometendo também as glândulas sublinguais e submaxilares, acompanhada de febre. Os sintomas iniciais são febre, anorexia, astenia, cefaleia, mialgia, artralgia e desconforto em mastigar.

- 30% das infecções podem não apresentar hipertrofia aparente dessas glândulas.
- 20 a 30% dos casos em homens adultos acometidos podem apresentar orquitepididimite.

- 15% das mulheres acima de 15 anos podem apresentar mastite, e em 5% pode ocorrer ooforite.
- Pancreatite pode ocorrer em 20% dos casos.

Outros sintomas:

- Menores de 5 anos de idade, comuns sintomas das vias respiratórias.
- Pode haver perda neurossensorial da audição, de início súbito e unilateral.
- Tropismo pelo SNC com meningite asséptica, de curso benigno e mais raramente, pode ocorrer encefalite.
- No 1º trimestre da gestação pode ocasionar aborto espontâneo.

#### Diagnóstico Laboratorial:

O diagnóstico da doença é eminentemente clínico-epidemiológico. Existem testes sorológicos (ELISA e inibição da hemaglutinação), porém não são utilizados de rotina dos serviços públicos de saúde. A amilase sérica costuma estar elevada nos casos de parotidite (sendo considerado um exame complementar no diagnóstico da caxumba).

#### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:**

1. A parotidite não é uma doença de notificação compulsória, portanto os casos devem constar em planilha e enviadas à vigilância epidemiológica semanalmente. Na identificação da ocorrência de três ou mais casos em instituições (escolas, creches, empresas, presídios, entre outros), **notificar imediatamente** a vigilância epidemiológica, através do envio da planilha por e-mail ([epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br](mailto:epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br)). Em hospitais, um caso de transmissão intra hospitalar, deve ser notificado.

2. O tratamento é baseado na sintomatologia clínica, com adequação da hidratação e alimentação do doente, já que esses pacientes aceitam mal alimentos ácidos, que podem determinar dor, náuseas e vômitos. Os anti-inflamatórios não esteroidais não devem ser utilizados, uma vez que a infecção pelo vírus pode determinar uma plaquetopenia e o uso desses medicamentos podem facilitar eventualmente o risco de sangramento. Tratamento de apoio para orquiepididimite. Suspensão de bolsa escrotal, através de suspensório, aplicação de bolsas de gelo e analgesia, quando necessárias.

## ACÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

1. Nos casos de identificação de surto, abrir ficha de notificação de surto e fazer acompanhamento de novos casos por até 30 dias após a ocorrência do último caso.

2. Para o diagnóstico de surto de parotidite epidêmica em escolas, empresas, asilos, presídios, serão analisados 05 (cinco) pacientes por semana, por local (município/GVE). Proceder a coleta de material para rt-PCR a partir de amostra secreção de orofaringe. Acessar documento: [https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/caxumba/doc/caxumba15\\_protocolo\\_laboratorial\\_coleta.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/caxumba/doc/caxumba15_protocolo_laboratorial_coleta.pdf)

3. Realizar identificação de peças comunicantes suscetíveis para a realização de **vacinação seletiva**:

### Comunicantes:

Todos os indivíduos que tiveram contato próximo com caso suspeito ou confirmado de caxumba no período de transmissibilidade (7 dias antes até 9 dias após o início da parotidite).

### Suscetíveis:

- a) com menos de duas doses de vacina para caxumba registradas em caderneta de vacinação, administradas a partir de 12 meses, e com intervalo mínimo de 30 dias entre elas;
- b) que não possuam documentação de comprovação vacinal.

### **Vacinação seletiva**

A vacinação deve ser implementada tão logo os casos sejam identificados, visando minimizar a ocorrência de novos casos. Deve-se realizar intensificação da rotina de vacinação, com a busca ativa de pessoas não vacinadas ou com esquema incompleto para caxumba e que sejam contatos de casos suspeitos ou confirmados, nos locais onde esses casos estiverem concentrados (creches, escolas, faculdades, empresas, presídios, hospitais, entre outros). Nessa situação, a vacinação deve ser realizada de forma seletiva e em conformidade com as indicações do Calendário Nacional de Vacinação (BRASIL, 2020b).

Na rotina dos serviços públicos de saúde, a vacinação contra a caxumba é ofertada para a população

a partir de 12 meses, sendo que, para indivíduos de até 29 anos de idade, o esquema recomendado de duas doses das vacinas tríplice viral e/ou tetra viral (BRASI, 2020b; BRASIL, 2014), conforme descrito a seguir:

- Aos 12 meses de idade: administrar uma dose da vacina tríplice viral.
- Aos 15 meses de idade: administrar uma dose da vacina tetra viral. Essa vacina pode ser administrada até os 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Após essa faixa etária, é necessário completar o esquema com a vacina tríplice viral.

Indivíduos de 30 a 59 anos de idade não vacinados anteriormente devem receber uma dose da vacina tríplice viral. Considerar vacinada a pessoa que, nessa faixa etária, comprovar uma dose de vacina tríplice viral.

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> RAIVA HUMANA – CID A82  |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Raiva Humana  |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

Antropozoonose transmitida ao homem pela inoculação do vírus presente na saliva e secreções do animal infectado, principalmente pela mordedura e lambedura. Caracteriza-se como uma encefalite progressiva e aguda que apresenta letalidade de aproximadamente 100%.

**AGENTE ETIOLÓGICO:** O vírus rábico pertence à família Rhabdoviridae e gênero Lyssavirus.

O gênero Lyssavirus apresenta 8 genótipos, sendo que o genótipo 1 – Rabies vírus (RABV), o único presente na América Latina e no Brasil, pode ser expresso, de acordo com o perfil, em 12 variantes antigênicas, conforme seus respectivos hospedeiros naturais (terrestres ou aéreos). No Brasil, foram encontradas 7 variantes antigênicas: variantes 1 e 2, isoladas dos cães; variante 3, de morcego hematófago *Desmodus rotundus*; e variantes 4 e 6, de morcegos insetívoros *Tadarida brasiliensis* e *Lasiurus cinereus*.

Outras duas variantes encontradas em *Cercopithecus thomasi* (cachorro do mato) e *Callithrix jacchus* (sagui de tufo branco) não são compatíveis com o painel estabelecido pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), para estudos do vírus rábico nas Américas.

**TRANSMISSÃO:** Penetração do vírus contido na saliva do animal infectado, principalmente pela mordedura e, mais raramente, pela arranhadura e lambedura de mucosas. O vírus penetra no organismo, multiplica-se no ponto de inoculação, atinge o sistema nervoso periférico e, posteriormente, o sistema nervoso central. A partir daí, dissemina-se para vários órgãos e glândulas salivares, onde também se replica, sendo eliminado pela saliva das pessoas ou animais enfermos.

**Período de transmissibilidade:** Nos cães e gatos, a eliminação de vírus pela saliva ocorre de 2 a 5 dias antes do aparecimento dos sinais clínicos e persiste durante toda a evolução da doença. A morte do animal acontece, em média, entre 5 e 7 dias após a apresentação dos sintomas. Ainda não se sabe

ao certo sobre o período de transmissibilidade de animais silvestres. Especificamente os quirópteros podem albergar o vírus por longo período, sem sintomatologia aparente.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** É extremamente variável, desde dias até anos, com uma média de 45 dias no homem. Em crianças, o período de incubação tende a ser menor que no indivíduo adulto.

#### **CASO SUSPEITO:**

Todo paciente com quadro clínico sugestivo de encefalite, com antecedentes ou não de exposição a infecção pelo vírus rábico.

#### **Quadro clínico:**

**Período prodrômico:** média de 2 a 10 dias e os sinais clínicos são inespecíficos. Mal-estar geral, pequeno aumento de temperatura, anorexia, cefaleia, náuseas, dor de garganta, entorpecimento, irritabilidade, inquietude e sensação de angustia. Podem ocorrer linfadenopatia, por vezes dolorosa a palpação, hiperestesia e parestesia no trajeto de nervos periféricos, próximos ao local da mordedura, bem como alterações de comportamento.

**Período de estado:** ansiedade e hiperexcitabilidade crescentes, febre, delírios, espasmos musculares involuntários, generalizados, e/ou convulsões. Espasmos dos músculos da laringe, faringe e língua ocorrem quando o paciente vê ou tenta ingerir líquido, apresentando sialorreia intensa. Os espasmos musculares evoluem para um quadro de paralisia, levando a alterações cardiorrespiratórias, retenção urinária e obstipação intestinal. Observa-se, ainda, a presença de disfagia, aerofobia, hiperacusia, fotofobia. O paciente se mantém consciente, com período de alucinações, até a instalação de quadro comatoso e a evolução para óbito. O período de evolução do quadro clínico, depois de instalados os sinais e sintomas até o óbito, é, em geral, de 2 a 7 dias.

O paciente com raiva furiosa e/ou parálitica deve ser isolado e a equipe médica do hospital deverá usar Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

#### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA**

1. Na suspeita clínica realizar notificação imediata, em ficha específica:

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Raiva%20Humana/Raiva\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Raiva%20Humana/Raiva_v5.pdf)

2. Anamnese do paciente deve ser realizada junto ao acompanhante e deve ser bem documentada, com destaque para sintomas prodrômicos, antecedentes epidemiológicos e vacinais. No exame

físico, frente a suspeita clínica, observar atentamente o facies, presença de hiperacusia, hiperosmia, fotofobia, aerofobia, hidrofobia e alterações do comportamento.

3. Diagnósticos diferenciais: tétano; pasteurelose por mordedura de gato e de cão; infecção por vírus B (*Herpesvirus simiae*) por mordedura de macaco; botulismo e febre por mordida de rato (Sodóku); febre por arranhadura de gato (linforreticulose benigna de inoculação); encefalite pós-vacinal; quadros psiquiátricos; outras encefalites virais, especialmente as causadas por outros rabdovirus; e tularemia.

4. Diagnóstico laboratorial – realizados no Instituto Pasteur. Orientações através do link:

<https://www.saude.sp.gov.br/instituto-pasteur/paginas-internas/atendimento-medico/suspeita-de-raiva-humana-veja-os-procedimentos-para-o-diagnostico-laboratorial>

5. Protocolo de tratamento da Raiva Humana:

[https://www.saude.sp.gov.br/resources/institutopasteur/pdf/protocolos/protocolo\\_tratamento\\_raiva\\_humana.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/institutopasteur/pdf/protocolos/protocolo_tratamento_raiva_humana.pdf)

Esse protocolo consiste, basicamente, na indução de coma, uso de antivirais (amantadina) e reposição de enzimas, além da manutenção dos sinais vitais do paciente. Sua aplicação deve ser orientada diretamente pela equipe da SVS/MS.

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. Interlocação entre a unidade notificadora o CVE-SP, Ministério da Saúde e Instituto Pasteur.

2. Encaminhamento dos exames do laboratório de referência.

3. Acompanhamento evolução do caso e encerramento oportuno da notificação.

4. Definição junto a rede de assistência local sobre medidas de PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA com atualizações frequentes mediante normas técnicas definidas pelo Instituto Pasteur (vide anexo).

5. Comunicação imediata de casos suspeitos / confirmados ao Serviço de Zoonoses.

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> Raiva Humana - Profilaxia   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com exposição potencial ao vírus da raiva                                  |  |  |                         |

## MEDIDAS DE PROFILAXIA

### **Vacina raiva (inativada)**

A Vacina raiva (inativada) é indicada para a profilaxia da raiva humana, sendo administrada em indivíduos expostos ao vírus da doença, em decorrência de mordedura, lambedura de mucosa ou arranhadura provocada por animais transmissores, ou como profilaxia em pessoas que, por força de suas atividades ocupacionais, estão permanentemente expostas ao risco da infecção pelo vírus. Em algumas situações, a indicação da profilaxia é complementada com a administração de soro.

### **Soro antirrábico (SAR)**

Para profilaxia da raiva humana após exposição ao vírus rábico. Sua indicação depende da natureza da exposição e das condições do animal agressor.

### **Tipos de profilaxia:**

#### Pré exposição

A vacina é indicada para pessoas com risco de exposição permanente ao vírus da raiva, durante atividades ocupacionais, como:

- profissionais e auxiliares de laboratórios de virologia e anatomopatologia para a raiva;
- profissionais que atuam na captura de quirópteros;
- médicos veterinários e outros profissionais que atuam constantemente sob risco de exposição ao vírus rábico (zootecnistas, agrônomos, biólogos, funcionários de zoológicos/parques ambientais, espeleólogos);
- estudantes de medicina veterinária e estudantes que atuam em captura e manejo de mamíferos silvestres potencialmente transmissores da raiva.
- profissionais que atuam em área epidêmica para raiva canina de variantes 1 e 2, com registro de casos nos últimos 5 anos, na captura, contenção, manejo, coleta de amostras, vacinação de cães,

que podem ser vítimas de ataques por cães.

Esquemas de **Pré Exposição** estão sendo aplicadas apenas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) **Barcelona, Laranjeiras, Simus e Éden** mediante agendamento prévio, sendo a unidade de referência do paciente responsável por esse agendamento.

#### Pós exposição:

Em casos de acidentes potencialmente contaminados pelo vírus da raiva.

*Realizado nas UPAs Zona Oeste, Zona Norte, Zona Leste e Éden.*

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:**

#### **1. Casos em situação de exposição de risco:**

##### → Pré exposição:

- Duas doses (0 – 7 dias). ID 0,2 ml dividido em duas aplicações de 0,1 ml em sítios diferentes (antebraço ou inserção do deltoide)
- A titulação de anticorpos em pessoas vacinadas no esquema de pré-exposição, deve ser realizada após o 14º dia da última dose do protocolo vacinal antirrábico adotado. O paciente deverá comparecer à Unidade Básica de Saúde de sua referência, portando documentos pessoais e carteira de vacinação para a coleta (até às 16h). Encaminhar amostra, SADT e impresso próprio (anexo 7) preenchido para o Labmun, via motoboy. O resultado do exame deverá ser fornecido ao paciente na unidade solicitante, no prazo médio de 30 dias.
- Resultado igual ou superior a 0,5 UI/ml é adequado; resultados inferiores, indica-se repetir uma dose com posterior avaliação de título a partir do 14º dia após essa dose de reforço. Repetir a titulação anualmente ou semestralmente conforme exposição do profissional.

##### → Pós exposição (Classificar o acidente):

Todos os acidentes que envolvem risco à aquisição de raiva humana deverão ser notificados:

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Atendimento%20Anti-rabico/anti\\_rabico\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Atendimento%20Anti-rabico/anti_rabico_v5.pdf)

A notificação de Atendimento Anti-rábico Humano (ficha W64) deverá ser realizada na unidade que prestar o primeiro atendimento à vítima sendo ADEQUADAMENTE preenchida com todos os dados necessários sobre identificação do paciente, caracterização do acidente e tratamento proposto.

Após preenchimento da ficha de notificação a mesma deverá ser digitalizada e encaminhada por e-mail para [atendimentoantirrabico@sorocaba.sp.gov.br](mailto:atendimentoantirrabico@sorocaba.sp.gov.br)

**Indicação de vacinação:** seguir tabela anexa no final deste capítulo.

**Todos os acidentes envolvendo cães e gatos SAUDÁVEIS E OBSERVÁVEIS POR PERÍODO DE 10 DIAS, independente da gravidade da lesão, NÃO deverão iniciar esquema de vacinação pós exposição.**

Esquemas de vacinação:

- Esquema por via intradérmica: **esquema prioritário de 4 doses (0, 3, 7, 14)** fracionar o frasco ampola para 0,1 ml/dose, e utilizar seringas de insulina ou tuberculina - no dia 0, usar (02 doses / 02 sítios), no 3º dia (02 doses / 02 sítios), no 7º dia (02 doses / 02 sítios), e no 14º dia (02 doses/02 sítios).

A via intradérmica não é recomendada para indivíduos imunodeprimidos e para pacientes que estejam utilizando o medicamento cloroquina contra malária, por não proporcionar resposta imune adequada. Apenas esses casos deverão receber a vacina por via IM.

- Esquema por via intramuscular: esquema preconizado de 4 doses (0, 3, 7, 14). As doses para estes esquemas continuam sendo de 0,5 ml.

→ Reexposição:

**Indicação de vacinação:** seguir tabela anexa no final deste capítulo.

2. Havendo a indicação de soro antirrábico, esta informação deverá estar sinalizada na ficha de notificação W64, em campo específico com apontamento do peso do paciente. **TODOS OS PACIENTES com indicação para receber sorovacinação, serão vacinados em primeiro atendimento e deverão aguardar contato telefônico da Vigilância Epidemiológica Municipal que indicará a data para recebimento do soro no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS).**

Informamos que neste momento está sendo dado prioridade ao fornecimento do soro para acidentes envolvendo morcego e animais silvestres.

3. Esquemas de pós exposição e Reexposição, neste momento estão sendo realizados nas UPAs Zona Norte, Zona Oeste, Zona Leste e Éden. Encaminhar com guia de referência e cópia da notificação.

4. Proceder o seguimento do paciente e realizar o encerramento das fichas de notificação conforme tabela abaixo:

**ORIENTAÇÕES PARA SEGUIMENTO DO PACIENTE E ENCERRAMENTO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA (FIE)\* PARA ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO**

|                       | <b>Observação do animal</b>   | <b>Soro + Vacina</b>  |
|-----------------------|---|---|
| <b>UBSs</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrar em contato com paciente após 10 dias</li> <li>- Encerrar FIE e encaminhar via original por malote para a Vigilância Epidemiológica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar paciente à UPA com cópia da notificação e guia de encaminhamento</li> </ul>   |
| <b>Hospitais</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar via original para a Vigilância Epidemiológica via visitadoras</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar paciente à UPA com cópia da notificação e guia de encaminhamento</li> </ul>   |
| <b>PAs Municipais</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar via original para a Vigilância Epidemiológica via visitadoras / malote</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar paciente à UPA com cópia da notificação e guia de encaminhamento</li> </ul>   |
| <b>UPAs</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrar em contato com paciente após 10 dias</li> <li>- Encerrar FIE e entregar pessoalmente e semanalmente na CRF (sala de vacina)</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar esquema vacinal</li> <li>- Realizar busca ativa de faltosos</li> <li>- Encerrar FIE em até 30 dias e entregar pessoalmente e semanalmente na CRF (sala de vacina)</li> </ul> |

\* TODA FIE DEVE SER ENVIADA IMEDIATAMENTE APÓS SEU PREENCHIMENTO (independente do encerramento) PARA O E-MAIL: [atendimentoantirrabico@sorocaba.sp.gov.br](mailto:atendimentoantirrabico@sorocaba.sp.gov.br)

## **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. Na ocorrência de acidentes com animais suspeitos, informar a Unidade de Vigilância em Zoonoses e Coordenação Estadual do Programa de Vigilância Epidemiológica/Ambiental, Controle e Profilaxia da Raiva, das Secretarias Estaduais de Saúde. Se o animal estiver vivo, não matar. Juntamente com a autoridade sanitária, garantir que seja observado com segurança, em ambiente isolado, tendo alimentação adequada, para o acompanhamento da evolução do quadro. Se o animal apresentar sintomatologia compatível com a raiva e não houver possibilidades de observação em local seguro, recomenda-se sua eutanásia, por profissional habilitado. Se o animal morrer, providenciar o envio do encéfalo ao laboratório, devidamente conservado em gelo.
2. Receber, avaliar e encaminhar fichas de notificação com indicação de soro ao GVE e CHS e realizar contato com o paciente para informar sobre dia, hora e local de realização do soro.
3. Realizar contato com paciente e unidade de saúde para investigação e atualização dos dados, conforme necessidade.



**Profilaxia da Raiva – Vigilância Epidemiológica**

| <b>Esquema para profilaxia antirrábica humana na PÓS EXPOSIÇÃO</b>                 |   |   |
|--|---|---|
| <b>Animal Agressor</b>   | <b>Tipo de Exposição</b>  |   |
|  | <b>Leve</b>   | <b>Grave</b>  |
|  | Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto nas mãos, nas pousas digitais e planta dos pés), podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente. Lamber de pele com lesões superficiais. | Ferimentos na cabeça, na face, no pescoço, nas mãos, e/ou nas plantas dos pés. Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo. Lamber de mucosas. Lamber de pele onde já existe lesão grave. Ferimento Profundo causado por unha de animal. Ferimentos profundos (mesmo que puntiforme) |
| <b>Cão e Gato (SADIO)</b>  | <u>Se observável:</u> Lavar com água e sabão<br>Observar o animal por 10 dias   | <u>Se observável:</u> Lavar com água e sabão<br>Observar o animal por 10 dias   |
|  | <u>Não observável:</u> Lavar com água e sabão<br>Iniciar vacinação intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de reexposição   | <u>Não observável:</u> Lavar com água e sabão<br>Iniciar Soro + vacina intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de reexposição   |
| <b>Cão e Gato (SUSPEITO)</b>   | Lavar com água e sabão<br>Iniciar vacinação intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de reexposição  | Lavar com água e sabão<br>Iniciar Soro + vacina intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de reexposição  |
| <b>Cão e Gato com relato de caça a morcego nas 48 horas anteriores ao acidente</b> | Lavar com água e sabão<br>Iniciar vacinação intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de reexposição  | Lavar com água e sabão<br>Iniciar Soro + vacina intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de reexposição  |
| <b>Animais domésticos de interesse econômico ou de produção*</b>                   | Lavar com água e sabão<br>Iniciar vacinação intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de reexposição  | Lavar com água e sabão<br>Iniciar Soro + vacina intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de reexposição  |
| <b>Contato com Morcego**</b>   | Lavar com água e sabão<br>Sempre soro vacinação: Soro + Vacina intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de Reexposição   |   |
| <b>Contato com Animais Silvestres *** (inclusive os domiciliados)</b>              | Lavar com água e sabão<br>Sempre soro vacinação: Soro + Vacina intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de Reexposição   |   |
| <b>Camundongo, coelho, hamster, roedores (URBANOS)</b>                             | Lavar com água e sabão<br>Dispensar tratamento  |   |

\* Bovinos, bubalinos, equídeos, caprinos, ovinos, suínos e outros.

\*\* Qualquer contato direto com morcego é grave (mordedura, arranhadura, ferimentos, tocar ou dar de comer, lamber de pele íntegra, contato em pele íntegra com secreções ou excreções do animal).

\*\*\* Micos (saqui ou soim), macaco silvestre, raposa, guaxinim, quati, gambá, roedores silvestres.

OBS.: - O contato indireto, como a manipulação de utensílios potencialmente contaminados, acidentes com agulhas durante a aplicação de vacina animal não são considerados acidentes de risco e não exigem esquema profilático.

- Soro (SAR ou IGHAR) deve ser aplicado o mais rápido possível até no máximo o 7º dia após a aplicação da 1ª dose de vacina.



| <b>Esquema para profilaxia antirrábica humana na REEXPOSIÇÃO</b> |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| ESQUEMA ANTERIOR   | Reexposição em menos de 90 dias                            | Reexposição em mais de 90 dias |
| Pré Exposição Completo   | Dois doses (0-3 dias)                                      | Dois doses (0-3 dias)          |
| Pós Exposição Completo   | Não realizar novas doses                                   | Dois doses (0-3 dias)          |
| Pós Exposição Incompleto*  | Completar doses faltantes:<br>Uma ou duas doses (0-3 dias) | Dois doses (0-3 dias)          |

\* É considerado esquema incompleto pessoas que receberam duas ou três doses da vacina em situação de pós exposição anterior. Abaixo de duas doses, deve ser realizado esquema completo de pós exposição.  
Pré Exposição com esquema incompleto deve ser desconsiderado e iniciar esquema de profilaxia indicado para o caso.

| <b>Esquema para Profilaxia antirrábica humana na PRÉ EXPOSIÇÃO</b>  |                       |  |
|---|-----------------------|--|
| Indicação: médicos veterinários, estudantes de medicina veterinária, profissionais de laboratório que trabalham com o vírus da raiva, profissionais que atuam na captura de morcegos e em áreas de controle de epizootia ou manejo e controle de mamíferos silvestres |                       |  |
| PRÉ EXPOSIÇÃO   | Esquema               | Via e volume   |
|   | Dois doses (0-7 dias) | ID 0,2 ml dividido em duas aplicações de 0,1 ml em sítios diferentes (antebraço ou inserção do deltoide) |

Após a realização do esquema deverá ser coletado amostra de soro a partir do 14º dia após a última dose para verificação de títulos de anticorpos. Resultado igual ou superior a 0,5 UI/ml é adequado; resultados inferiores, deve ser indicado repetir uma dose com posterior avaliação de título a partir do 14º dia após essa dose de reforço. Repetir a titulação anualmente ou semestralmente conforme exposição do profissional.

| <b>Dose e volume para administração de acordo com a forma de aplicação</b> |  |                         |  |
|--|--|-------------------------|--|
| Esquema  | Dose/ml                                  | Nº doses/dia do esquema | Sítio  |
| Intradérmica (ID) pós exposição e reexposição                              | 0,1 ml                                   | 2                       | Deltoide direita e esquerda  |
| Intramuscular (IM)*  | De acordo com o fabricante (0,5 ou 1 ml) | 1                       | UM sítio de aplicação:<br>< 2 anos - vasto lateral da coxa;<br>> 2 anos - deltoide |

\* O esquema IM **NÃO** será a data do nesse momento. Deverá ser utilizado apenas nos indivíduos imunodeprimidos e para aqueles em uso de cloroquina para tratamento da malária

|  |
|--|
| Intervalos mínimos quando vacinação em ataxo intradérmica (ID): 0 - 3 - 7 - 14 |
| entre 2ª e 3ª dose - 4 dias  |
| entre 3ª e 4ª dose - 7 dias  |

**IMPORTANTE:** Indicar na Ficha de Notificação W54 o peso de paciente e a indicação do soro;  
Encaminhar a ficha para atendimentoantirabico@sorocaba.sp.gov.br. A Vigilância Epidemiológica entrará em contato com o paciente orientando data e local para recebimento do soro.

**Referências:**

Nota Técnica 03/1P/CCD/SES-SP de 2020, que orienta sobre a Profilaxia da Raiva Humana.

Nota Técnica nº 8/2022-CGV/DEID/VS/MS, que informa sobre atualizações no protocolo de Profilaxia pré, pós e reexposição da raiva humana no Brasil.

Atualizado em dezembro / 2022

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> RUBÉOLA – CID B06   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Rubéola   |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

Doença exantemática aguda, de etiologia viral, que apresenta alta contagiosidade. Sua importância epidemiológica esta relacionada ao risco de abortos, natimortos e a síndrome da rubéola congênita (SRC).

**AGENTE ETIOLÓGICO:** Vírus RNA, do gênero *Rubivirus* e da família *Togaviridae*.

**MODO DE TRANSMISSÃO:** Ocorre por meio de contato com secreções nasofaríngeas de pessoas infectadas. O vírus é disseminado por gotículas ou pelo contato direto com pessoas infectadas. A transmissão indireta, que é pouco frequente, ocorre mediante contato com objetos contaminados com secreções nasofaríngeas, sangue e urina.

**Período de transmissão:** 7 dias antes a 7 dias após o início do exantema.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** Pode variar de 12 a 23 dias.

### CASO SUSPEITO:

- Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular e/ou occipital e/ou cervical, independentemente da idade e da situação vacinal; ou
- Todo indivíduo suspeito com história de viagem para locais com circulação do vírus da rubéola, nos últimos 30 dias, ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou para local com circulação viral.

**Quadro Clínico:** Caracterizado por exantema maculopapular e puntiforme difuso, com início na face, couro cabeludo e pescoço, espalhando-se posteriormente para o tronco e os membros. Febre baixa e linfadenopatia retroauricular e/ou occipital e/ou cervical posterior também são possíveis de ocorrer. Geralmente, antecedem o exantema no período de 5 a 10 dias e podem perdurar por algumas semanas. Formas inaparentes são frequentes, principalmente em crianças. Adolescentes e

adultos podem apresentar um período prodrômico com febre baixa, cefaleia, dores generalizadas (artralgias e mialgias), conjuntivite, coriza e tosse. A leucopenia é comum e raramente ocorrem manifestações hemorrágicas.

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:**

1. Notificação imediata de casos suspeitos, através da Ficha de Investigação específica:

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Exantematicas/Exantematica\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Exantematicas/Exantematica_v5.pdf)

2. Realizar a coleta de amostras e encaminhar junto com a ficha de notificação, conforme fluxo de retirada pré-estabelecido pela VE:

- Colher swab combinado de naso e orofaringe na fase aguda da doença (até 7 dias após o início do exantema). Colher três swabs de rayon com haste plástica (duas narinas + orofaringe) acondicioná-los em um único tubo cônico de polipropileno de 15 mL, estéril, tampa de rosca contendo 3 mL de solução fisiológica estéril (1 ml por swab). Cortar as hastes dos swabs para fechar adequadamente o tubo.

- Colher 5 ml de sangue em tubo com gel separador para realização de sorologia, preferencialmente na fase aguda da doença (até 7 dias após o início do exantema), podendo ser colhido até 30º dia da doença.

- Colher 5 ml de urina (até 7 dias após o início do exantema) em tubo de polipropileno estéril com tampa rosqueada. Combinar antecipadamente o horário da coleta deste exame e a retirada da amostra junto à VE, devido ao tempo de estabilidade da amostra.

- Acordar o aprazamento da coleta da segunda amostra de sangue para segunda amostra de sorologia com intervalo de 15-25 dias após a data da primeira coleta.

**As amostras deverão permanecer armazenadas de +2° a +8°C e serão retiradas por nossa equipe.**

3. Os resultados de IgM reagente ou inconclusivo, independentemente da suspeita, devem ser notificados imediatamente para a continuidade da investigação, e coleta de segunda amostra de sangue (S2), se necessária, poderá ser utilizada para a classificação final dos casos. Ela deverá ser realizada de 15 a 25 dias após a data da primeira coleta. Nesses casos, deve-se também ser coletado swabs orofaríngeos e nasofaríngeos e urina e enviados ao IAL, onde será realizado o reteste e pareamento da sorologia, bem como serão processadas as amostras para detecção viral, por RT-PCR

em tempo real e sequenciamento - (estas amostras devem ser coletadas até o 7º dia a partir do início do exantema, preferencialmente, nos 3 primeiros dias).

4. Considerar na suspeita diagnósticos diferenciais (sarampo, exantema súbito-herpes vírus 6, dengue, eritema infeccioso-parvovirus B19, febre de chikungunya, Zika vírus, enterovirose e riquetsiose) e situação epidemiológica local.

5. Devido a epidemiologia local, para todo caso notificado como suspeito de rubéola será realizado a sorologia para sarampo.

6. Não há tratamento específico. Orientar medidas de isolamento de gotículas durante todo o período de transmissão.

7. Avaliar a situação vacinal do caso suspeito e de seus contactantes, mediante verificação do cartão ou caderneta de vacinação.

8. Realizar o bloqueio vacinal dos contatos dos casos suspeitos sem a suspeita diagnóstica, em até 72 horas, conforme orientações do Ministério da Saúde, disponíveis em fluxo de bloqueio vacinal (anexo 8).

#### Prevenção- vacina SCR

- Crianças de 6 a 11 meses – deverão receber UMA dose da vacina neste período de vida, devendo ser novamente vacinadas após 1 ano de idade.

- Pessoas de 1 ano a 29 anos - devem apresentar comprovação de DUAS doses de vacina contra sarampo. Pessoas sem a comprovação de vacinação prévia deverão ser vacinadas.

- De 30 a 59 anos de idade - devem apresentar comprovação de UMA dose de vacina contra sarampo. Pessoas sem a comprovação de vacinação prévia deverão ser vacinadas.

- Cidadãos com 60 anos ou mais - não precisam ser vacinados; devem estar imunes devido a contato anterior com o vírus na infância.

9. Orientar quanto as medidas de controle adotadas para o isolamento domiciliar/social do caso suspeito, por sete dias após início do exantema. Pessoas que estiverem internadas devem ser submetidas ao isolamento respiratório, nestes períodos.

## **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. Discutir com equipe assistencial sobre os casos suspeitos a fim de verificar sobre o preenchimento de critérios para notificação.

3. Solicitar concomitantemente exames para investigação de sarampo.

2. Fazer investigação dos dados clínicos e epidemiológicos e seguimento do caso:

- confirmar a situação vacinal do caso suspeito;
- Rastrear e monitorar de maneira documentada, por 30 dias, os contatos dos casos para o aparecimento de sinais e sintomas. Ao término deste prazo, encaminhar informações ao GVE;
- acompanhar a evolução do caso;
- confirmar ou descartar o caso.

3. Vacinação de bloqueio, conforme fluxo (anexo 8):

A vacinação de bloqueio é uma atividade prevista pelo sistema de vigilância epidemiológica em conjunto com a equipe de imunizações/assistência, sendo executada quando da ocorrência de um ou mais casos suspeitos da doença. Deve ser realizada no prazo máximo de até 72 horas após o contato com caso suspeito ou confirmado, a fim de se interromper a cadeia de transmissão e, conseqüentemente, vacinar os não vacinados, a partir dos 6 meses de idade, no menor tempo possível. O bloqueio vacinal é seletivo e a vacina tríplice viral ou tetraviral deve ser administrada conforme a situação vacinal dos contatos do caso.

4. Comunicar GVE sobre os casos suspeitos / confirmados, através do envio de: ficha de notificação, “Roteiro para Investigação de casos suspeitos de doenças exantemáticas”, “planilha de contatos” e “planilha de vacinação”, devidamente preenchidas.

5. Encerrar todos os casos suspeitos oportunamente. Se o encerramento não ocorrer em até 60 dias, o sistema encerrará automaticamente esses registros, identificando-se o fato como falha da vigilância.

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> SARAMPO CID: B05  |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Sarampo   |  |  |                         |

### **DESCRIÇÃO DO AGRAVO:**

Doença infecciosa aguda, de natureza viral, grave, transmissível e extremamente contagiosa, muito comum na infância. A viremia, causada pela infecção, provoca uma vasculite generalizada [vesículas], responsável pelo aparecimento das diversas manifestações clínicas, inclusive pelas perdas consideráveis de eletrólitos e proteínas, gerando o quadro espoliante característico da infecção. Além disso, as complicações infecciosas contribuem para a gravidade do Sarampo, particularmente em crianças desnutridas e menores de um ano de idade.

**AGENTE ETIOLÓGICO:** RNA vírus pertencente ao gênero Morbillivirus, família Paramyxoviridae.

**CASO SUSPEITO:** Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independente da idade e da situação vacinal.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** Pode variar entre 7 e 21 dias, desde a data da exposição até o aparecimento do exantema.

**PERÍODO DE TRANSMISSÃO:** Inicia-se 6 dias antes do exantema e dura até 4 dias após seu aparecimento. O período de maior transmissibilidade ocorre 2 dias antes e 2 dias após o início do exantema. O vírus vacinal não é transmissível.

## AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:

1. Notificação imediata de casos suspeitos, através da Ficha de Investigação específica:

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Exantematicas/Exantematica\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Exantematicas/Exantematica_v5.pdf)

2. Realizar a coleta de amostras e encaminhar junto com a ficha de notificação, conforme fluxo de retirada pré-estabelecido pela VE:

- Colher swab combinado de naso e orofaringe na fase aguda da doença (até 7 dias após o início do exantema). Colher três swabs de rayon com haste plástica (duas narinas + orofaringe) acondicioná-los em um único tubo cônico de polipropileno de 15 mL, estéril, tampa de rosca contendo 3 mL de solução fisiológica estéril (1 ml por swab). Cortar as hastes dos swabs para fechar adequadamente o tubo.

- Colher 5 ml de sangue em tubo com gel separador para realização de sorologia, preferencialmente na fase aguda da doença (até 7 dias após o início do exantema), podendo ser colhido até 30º dia da doença.

- Colher 5 ml de urina (até 7 dias após o início do exantema) em tubo de polipropileno estéril com tampa rosqueada. Combinar antecipadamente o horário da coleta deste exame e a retirada da amostra junto à VE, devido ao tempo de estabilidade da amostra (até 24 horas em geladeira entre 2 a 8°C).

- Acordar o aprazamento da coleta da segunda amostra de sangue para segunda amostra de sorologia com intervalo de 15-25 dias após a data da primeira coleta.

**As amostras deverão permanecer armazenadas de +2° a +8°C e serão retiradas por nossa equipe.**

3. Avaliar a situação vacinal do caso suspeito e de seus contactantes, mediante verificação do cartão ou caderneta de vacinação.

4. Realizar o bloqueio vacinal dos contatos dos casos suspeitos sem a suspeita diagnóstica, em até 72 horas, conforme orientações do Ministério da Saúde, disponíveis em fluxo de bloqueio vacinal (anexo 8).

### Prevenção- vacina SCR

- Crianças de 6 a 11 meses – deverão receber UMA dose da vacina neste período de vida, devendo ser novamente vacinadas após 1 ano de idade.
- Pessoas de 1 ano a 29 anos - devem apresentar comprovação de DUAS doses de vacina contra sarampo. Pessoas sem a comprovação de vacinação prévia deverão ser vacinadas.
- De 30 a 59 anos de idade - devem apresentar comprovação de UMA dose de vacina contra sarampo. Pessoas sem a comprovação de vacinação prévia deverão ser vacinadas.
- Cidadãos com 60 anos ou mais - não precisam ser vacinados; devem estar imunes devido a contato anterior com o vírus na infância.

5. Orientar quanto as medidas de controle adotadas para o isolamento domiciliar/social do caso suspeito, por 4 dias após início do exantema. Pessoas que estiverem internadas devem ser submetidas ao isolamento respiratório, nestes períodos.

### 6. Tratamento:

Não existe tratamento específico para a infecção por sarampo. O tratamento com antibiótico é contraindicado, exceto se houver indicação médica devida à ocorrência de infecções secundárias. Recomenda-se a administração do palmitato de retinol (vitamina A), mediante a necessidade prévia de avaliação clínica e/ou nutricional por um profissional de saúde, em todas as crianças acometidas pelo sarampo, para redução da morbimortalidade e prevenção das complicações pela doença, nas dosagens indicadas a seguir:

| Faixa etária                 | Tratamento (Palmitato de retinol - Vitamina A) | Forma farmacêutica | Posologia  |
|------------------------------|--|--------------------|--|
| Menores de 6 meses de idade  | 50.000UI                                       | *Solução oral      | 2 doses (1 dose no dia do diagnóstico e outra no dia seguinte) |
| 6 e 11 meses e 29 dias       | 100.000UI                                      | Cápsula            | 2 doses (1 dose no dia do diagnóstico e outra no dia seguinte) |
| Maiores de 12 meses de idade | 200.000UI                                      | Cápsula            | 2 doses (1 dose no dia do diagnóstico e outra no dia seguinte) |

\* O uso de palmitato de retinol, na dose de 50.000 UI para crianças com idade entre 0 e 6 meses, mediante aquisição da forma farmacêutica solução oral 150.000 UI.

Para os casos sem complicação, deve-se manter a hidratação e o suporte nutricional, e diminuir a hipertermia. Muitas crianças necessitam de 4 a 8 semanas para recuperar o estado nutricional.

## **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. Encaminhar ao IAL as amostras de swab e urina para realização de PCR em tempo real, e sangue para sorologia.

2. Discutir com equipe assistencial sobre os casos suspeitos a fim de verificar sobre o preenchimento de critérios para notificação.

3. Fazer investigação dos dados clínicos e epidemiológicos e seguimento do caso:

- confirmar a situação vacinal do caso suspeito;
- Rastrear e monitorar de maneira documentada, por 30 dias, os contatos dos casos para o aparecimento de sinais e sintomas. Ao término deste prazo, encaminhar informações ao GVE;
- acompanhar a evolução do caso;
- confirmar ou descartar o caso.

4. Vacinação de bloqueio, conforme fluxo (anexo 8):

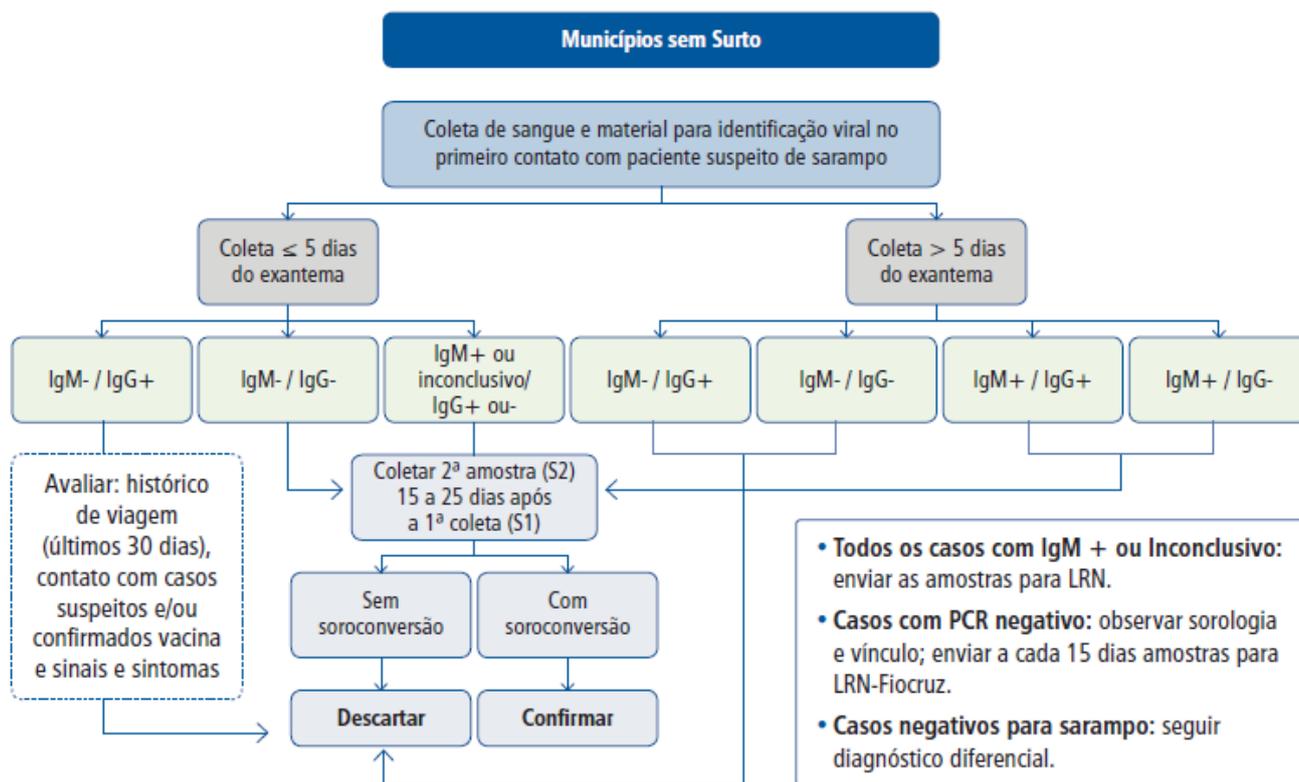
A vacinação de bloqueio é uma atividade prevista pelo sistema de vigilância epidemiológica em conjunto com a equipe de imunizações/assistência, sendo executada quando da ocorrência de um ou mais casos suspeitos da doença. Deve ser realizada no prazo máximo de até 72 horas após o contato com caso suspeito ou confirmado, a fim de se interromper a cadeia de transmissão e, conseqüentemente, vacinar os não vacinados, a partir dos 6 meses de idade, no menor tempo possível. O bloqueio vacinal é seletivo e a vacina tríplice viral ou tetraviral deve ser administrada conforme a situação vacinal dos contatos do caso.

5. Comunicar GVE sobre os casos suspeitos / confirmados, através do envio de: ficha de notificação, “Roteiro para Investigação de casos suspeitos de doenças exantemáticas”, “planilha de contatos” e “planilha de vacinação”, devidamente preenchidas.

6. Encerrar todos os casos suspeitos oportunamente. Se o encerramento não ocorrer em até 60 dias, o sistema encerrará automaticamente esses registros, identificando-se o fato como falha da vigilância.

7. Caso confirmado:

**FLUXOGRAMA DO ROTEIRO PARA CONFIRMAÇÃO OU DESCARTE DE CASO SUSPEITO DE SARAMPO**



Fonte: Daevs/SVS/MS.

(Para o sarampo, a soroconversão é considerada positiva quando há o aumento da titulação em 2x ou mais, em relação a primeira amostra).

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO E CONGÊNITA - CID-10: O98.6 / P37.1  |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar conduta e notificação de casos de toxoplasmose na gestação   |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

A maioria dos casos de toxoplasmose é assintomática ou apresenta sintomas bastante inespecíficos, confundindo, principalmente, com sintomas comuns a outras doenças como dengue, citomegalovírus ou mononucleose infecciosa. Mesmo na ausência de sintomatologia, o diagnóstico da infecção pelo *Toxoplasma gondii* na gravidez é extremamente importante, tendo como objetivo principal a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas.

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda a realização da triagem sorológica, principalmente em lugares onde a prevalência é elevada. O objetivo principal do rastreamento é a identificação de gestantes suscetíveis para acompanhamento durante a gestação. Idealmente, a sorologia para toxoplasmose deve ser conhecida em mulheres previamente à concepção.

O acompanhamento visa à prevenção da infecção aguda por meio de medidas de prevenção primária. Já a detecção precoce objetiva prevenir a transmissão fetal e também proporcionar o tratamento, caso haja transmissão intrauterina. A sorologia deve ser solicitada na primeira consulta ou no primeiro trimestre. Os casos confirmados são encaminhados ao pré-natal de alto risco.

### Agente etiológico

*Toxoplasma gondii*, é um protozoário intracelular obrigatório. Ciclo evolutivo com três formas principais sendo todas elas dotadas de competência para realizar a infecção: taquizoítos (que ocorrem na fase aguda ou na reagudização da doença e são capazes de atravessar a placenta e infectar o feto); bradizoítos (que se encontram nos tecidos dos seres humanos e de todos os animais infectados pelo protozoário) e esporozoítos que se encontram dentro dos oocistos (formados exclusivamente no intestino dos felinos, seu hospedeiro definitivo).

### Modo de Transmissão

As principais vias de transmissão são: “oral” e “congênita”. Em casos raros pode haver transmissão por inalação de aerossóis contaminados, pela inoculação acidental, transfusão sanguínea e transplante de órgãos.

#### CASO SUSPEITO:

##### Toxoplasmose Gestacional

###### Caso Suspeito:

- Gestante que apresentar resultado para anticorpo IgM anti-*T. gondii* reagente ou indeterminado;
- Gestante que apresentar história clínica compatível com toxoplasmose;
- Gestante que apresentar ultrassonografia (USG) obstétrica ou exames de imagem sugestivos para toxoplasmose congênita;
- Qualquer gestante identificada em situações de surto de toxoplasmose.

###### Caso provável

Caso suspeito que apresentar uma das seguintes situações:

- Resultado reagente de anticorpos IgM e IgG com baixa avidéz de IgG ou avidéz intermediária em qualquer idade gestacional;
- Títulos ascendentes de anticorpos IgG em amostras seriadas com intervalo mínimo de duas semanas e IgM reagente;
- Primeira sorologia realizada após 16 semanas de idade gestacional que apresente resultado para anticorpos IgG em nível elevado (acima de 300 UI/dl ou de acordo com a metodologia utilizada) e IgM reagente.

###### Caso confirmado

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- Soroconversão de anticorpos IgG e IgM anti-*T. gondii* durante o período gestacional;
- Detecção de DNA do *Toxoplasma gondii* em amostra de líquido amniótico, em tecido placentário, fetal ou de órgãos (exame anatomopatológico, cultivo de tecido ou bioensaio);
- Mãe de criança que teve toxoplasmose congênita confirmada.

### Caso Descartado

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- IgG reagente mais de três meses antes da concepção (considera-se IgM residual, portanto gestante com infecção crônica, anterior à gestação);
- Índice de avidéz de IgG alto colhido até 16 semanas de gestação;
- Duas amostras de IgG negativas para *T. gondii* (colhidas com intervalo de duas a três semanas), apesar de IgM reagente (resultado falso-positivo para IgM portanto, considerar gestante suscetível).

### Toxoplasmose Congênita

#### Caso Suspeito

- RN ou lactente menor que seis meses cuja mãe era suspeita, provável ou confirmada para toxoplasmose gestacional;
- RN ou lactente menor que seis meses com clínica compatível para toxoplasmose e IgG anti-*T. gondii* reagente;
- RN ou lactente menor que seis meses com exames de imagem fetal ou pós parto compatível com toxoplasmose e IgG anti-*T. gondii* reagente.

#### Caso Provável

Suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- Sorologia(s) indeterminada(s) ou não reagente(s) para IgM e/ou IgA anti-*T. gondii* até seis meses de idade e IgG anti-*T. gondii* em títulos estáveis;
- Evoluiu ao óbito antes de realizar exames confirmatórios.
- Manifestações clínicas ou exames de imagem compatíveis com toxoplasmose congênita e IgG anti-*T. gondii* reagente com IgM ou IgA anti-*T. gondii* não reagentes e que não tenha coletado exames laboratoriais que excluam outras infecções congênicas antes de completar 12 meses de idade;
- As crianças assintomáticas em investigação, durante os primeiros 12 meses de idade.

#### Caso Confirmado

Suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- Presença de DNA de *Toxoplasma gondii* em amostras de líquido amniótico da mãe ou em tecido fetais, líquido, sangue ou urina da criança;
- Resultados de anticorpos IgM ou IgA e IgG anti-*T. gondii* reagente até seis meses de vida;
- Níveis séricos de anticorpos IgG anti-*T. gondii* em ascensão em pelo menos duas amostras seriadas com intervalo mínimo de três semanas durante os primeiros 12 meses de vida;
- IgG anti-*T. gondii* persistentemente reagente após 12 meses de idade;
- Retinocoroidite ou hidrocefalia ou calcificação cerebral (ou associações entre os sinais) com IgG reagente e afastadas outras infecções congênitas (citomegalovírus, herpes simples, rubéola, sífilis, arboviroses) e mãe com toxoplasmose confirmada na gestação.

#### Caso Descartado

Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- Ocorrência de negatificação dos títulos de IgG antitoxoplasma antes de 12 meses de idade;
- Nas crianças que receberam tratamento, a soronegativação só deve ser considerada definitiva no mínimo dois meses após a suspensão das drogas antiparasitárias;
- Negatificação de IgG anti-*T. gondii* após 12 meses de idade.

#### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:**

1. Devem ser notificados os casos suspeitos, prováveis e confirmados de toxoplasmose gestacional, com risco de ter sido adquirida durante a gestação e, portanto, de transmissão transplacentária. Usar ficha de notificação:

<https://drive.google.com/file/d/15gwXLDEPXl39H1s-U7ddVl34h92mlXPo/view>

2. Uma vez identificado o caso suspeito encaminhar para a Policlínica no ambulatório de gestação de alto risco. Nos casos prováveis e confirmados iniciar tratamento da gestante com Espiramicina 500 mg- 2 cp VO de 8/8 horas.

3. A solicitação da espiramicina deve ser realizada via e-mail pelo coordenador da UBS, através do envio da notificação e receita à Supervisora da Saúde da Mulher (com cópia à VE). A supervisão deve fazer a solicitação ao SAF (Serviço de Assistência Farmacêutica) que fará a liberação do medicamento para a UBS solicitante.

4. Todo RN suspeito para toxoplasmose congênita deve ser submetido à investigação completa para o diagnóstico final, incluindo exame clínico e neurológico, exame oftalmológico completo com fundoscopia, exame de imagem cerebral (ecografia ou tomografia computadorizada), exames hematológicos e de função hepática.

5. Casos de recém nascidos suspeitos podem ser encaminhados para ambulatório de Infectologia Pediátrica no CMAE.

Notas em relação às gestantes:

- Gestantes que apresentem resultados não reagentes para anticorpos IgM e IgG são suscetíveis. Se nas primeiras 16 semanas gestacionais o primeiro exame solicitado detectar anticorpos IgG e IgM reagentes, deve ser feito o teste de avidéz de IgG na mesma amostra de soro.
- Não são requeridos exames de avidéz após a 16ª semana de gestação pois a avidéz alta não descarta a infecção adquirida durante a gestação. Ressalta-se que os resultados de avidéz dos anticorpos IgG podem permanecer baixos por mais tempo em algumas pessoas, não sendo a avidéz baixa uma certeza de infecção recente.
- Em gestantes imunocomprometidas com infecção crônica (IgG reagente prévia à gestação) é possível ocorrer transmissão transplacentária por reativação da infecção, assim, deve ser acompanhada por um infectologista para investigação apropriada. Todas as gestantes, suscetíveis ou não, devem ser periodicamente orientadas sobre as medidas de prevenção primária pelo risco de primo-infecção ou reinfeção pelo *T. gondii*.
- Todas as gestantes suscetíveis devem realizar, no mínimo, três sorologias durante a gestação. Recomenda-se a realização de sorologia no momento do parto ou durante o puerpério. A reinfeção pode ser caracterizada, em uma gestante com infecção crônica *pelo T. gondii* e conhecida ausência de IgM, pela identificação de IgM reagente/positivo novamente.
- A reativação pode ser caracterizada pela elevação dos títulos de IgG (resultado reagente/positivo com títulos elevados ou em elevação) sem IgM, e lesões inflamatórias agudas, principalmente retinocoroidite.
- No caso de reativação, a gestante imunocompetente é tratada se houver lesão oftalmológica

aguda (retinocoroidite ativa) e o tratamento objetiva a redução do comprometimento ocular da grávida, já que, até o momento, acredita-se que a multiplicação do parasito é localizada e sem risco significativo para o feto.

- Na gestante imunodeficiente, embora incomum, o feto está em risco de infecção congênita, e a gestante deve ser tratada até o parto.

#### Notas em relação aos recém-nascidos:

- Em locais em que for possível realizar o Western blot, considera-se como infectada a criança que apresentar duas bandas diferentes (em intensidade e/ou presença) em comparação com a amostra materna colhida concomitantemente.
- Considerar como sugestivas de toxoplasmose congênita as seguintes manifestações: retinocoroidite, calcificações intracranianas, dilatação dos ventrículos cerebrais, micro ou macrocefalia, icterícia com predomínio de bilirrubina direta, esplenomegalia ou hepatoesplenomegalia.
- Os casos suspeitos de toxoplasmose, que apresentam IgG positiva e IgM/IgA negativas no primeiro semestre de vida, devem repetir mensalmente ou a cada dois meses a sorologia para acompanhamento de IgG até confirmação ou exclusão da infecção no final do primeiro ano de vida.

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. Apoiar a equipe assistencial ao encaminhamento especializado.

2. Investigação de casos de toxoplasmose gestacional ou congênita:

- Buscar as possíveis fontes de transmissão do *T. gondii* a que a gestante se submeteu.
- Conhecer o número de casos suspeitos e buscar vínculos entre eles – manifestação aguda em gestantes pode ser indicativo de um surto em andamento.
- Caso haja vínculo entre as gestantes e o surto deve-se realizar a busca ativa, bem como a busca de dados adicionais nos sistemas de informação e estabelecimentos de saúde para entender o evento.

3. Receber as fichas de notificação e fazer seguimento até a conclusão do caso.

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> TRACOMA - CID A71   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Tracoma   |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

É uma doença ocular inflamatória crônica, uma ceratoconjuntivite recidivante que, em decorrência de infecções repetidas, produz cicatrizes na conjuntiva palpebral superior. As lesões podem evoluir e causar mudanças na posição da pálpebra superior e dos cílios, cujo atrito com o globo ocular poderá ocasionar alterações da córnea, provocando graus variados de opacificação, que podem evoluir para a redução da acuidade visual, até a cegueira.

**AGENTE ETIOLÓGICO:** A bactéria gram-negativa *Chlamydia trachomatis*, nos sorotipos A, B, Ba e C.

**TRANSMISSÃO:** Ocorre durante a infecção ativa, tanto na forma direta, de pessoa a pessoa, por contato com as secreções oculares, como na forma indireta, por meio de contato com objetos contaminados como toalhas, lenços e fronhas.

**PERÍODO DE TRANSMISSÃO E INCUBAÇÃO:** De 5 a 12 dias; a transmissão ocorre enquanto houver lesões ativas nas conjuntivas, por um período que pode durar vários anos.

**CASOS SUSPEITOS:** 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 de idade.

Os contatos de casos confirmados de tracoma devem ser considerados casos suspeitos.

## **AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:**

1. Na suspeita clínica realizar encaminhamento para oftalmologia para avaliação com lupa binocular de 2,5 vezes de aumento e identificação de critérios clínicos de confirmação:

Inflamação Tracomatosa Folicular ( TF );

Inflamação Tracomatosa Intensa ( TI );

Cicatrização Conjuntival Tracomatosa ( TS );

Triquíase Tracomatosa ( TT );

Opacificação Corneana ( CO ).

2. Havendo a confirmação clínica, coleta de exame através de Imunofluorescência direta e/ou PCR, conforme disponibilidade.

3. Notificação do caso confirmado (clínico ou laboratorial)

4. O tratamento com antibiótico é indicado para portadores das formas ativas do tracoma (TF e/ou TI). A azitromicina é o medicamento preconizado- 20mg/kg de peso para menores de 12 anos de idade, e 1g para adultos, em dose única, via oral.

5. Todos os casos suspeitos de entrópio palpebral e triquíase tracomatosa devem 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.

6. Controle do tratamento:

Todos os casos positivos de tracoma inflamatório (TF/TI) devem ser examinados após 6 e 12 meses do início do tratamento.

Critério de alta:

- Alta clínica (ACL) do caso ativo ocorre quando, transcorridos 6 meses após o início do tratamento, não se evidenciam sinais clínicos do tracoma inflamatório.

- Alta curado sem cicatrizes (ACS) ocorre quando, após 12 meses de início do tratamento, não se evidenciam sinais clínicos do tracoma inflamatório, nem estão presentes as formas cicatriciais do tracoma.

- Alta curado com cicatrizes (ACC) ocorre quando, após 12 meses de início do tratamento, não se evidenciam sinais clínicos do tracoma inflamatório, porém observa-se a presença de cicatrizes conjuntivais características do tracoma.

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

1. A constatação de um caso isolado na comunidade requer investigação epidemiológica de seus contatos. Considerar que não existem casos isolados de tracoma. Se não se identificar relação com os contatos, provavelmente é um caso importado, que contraiu a doença em outro local (TS, que indicariam uma infecção no passado, ou cicatrizes tracomatosas associadas as formas ativas (TF/TI), que indicariam que caso índice tem a doença há muito tempo) OU pode tratar-se de conjuntivite de inclusão e uma afecção ocular que tem como agente etiológico *Chlamydia trachomatis* dos sorotipos D e K (diferentes do tracoma), encontrado no trato genital de indivíduos adultos. Costuma afetar jovens sexualmente ativos e, assim como no tracoma, o tratamento consiste no uso de antibióticos, como a azitromicina ou doxiciclina.

2. Na identificação de um caso confirmado discutir com a equipe do GVE sobre a ação de investigação a ser deflagrada; recomenda-se que seja colhido raspado conjuntival da pálpebra superior de alguns indivíduos, do mesmo local (escola, casa, comunidade), que apresentem sinais de tracoma, para a confirmação da circulação da clamídia. O material colhido deve ser examinado pelo método de imunofluorescência direta com anticorpos monoclonais.

3. O tracoma não é uma doença de notificação compulsória, entretanto é uma doença sob vigilância epidemiológica, de interesse nacional. O registro das atividades de vigilância e controle do tracoma deve ser realizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), utilizando-se o Boletim de Inquérito do Tracoma. Além de registrar as atividades de busca ativa e de informações sobre os casos positivos no Sinan no nível local, deve-se preencher a ficha de acompanhamento dos casos, para controle do tratamento.

|   |  |  |                         |
|---|--|--|-------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p>  |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p><b>CIEVS - Sorocaba</b></p> | <b>NORMAS E ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> ZIKA vírus da gestação (A92.8) e Síndrome Congênita Associada à infecção pelo vírus zika (P35.4)   |  |  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeita de infecção pelo Zika vírus e casos suspeitos de infecção congênita na gestação, período neonatal até a primeira infância. |  |  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

Desde 2015 houve a descrição de casos de mal formação de SNC em gestantes que tiveram infecção aguda pelo ZIKA vírus, sendo descrito posteriormente a Síndrome Congênita por Zika vírus.

#### Agente etiológico e modo de transmissão:

Vírus Zika (ZIKV), *flavivírus*, agente etiológico transmitido por fêmeas dos mosquitos do gênero *Aedes aegypti*. As formas de transmissão do vírus documentadas, além da vetorial, são: sexual, pós-transfusional e vertical (transplacentária).

#### Período de incubação e Manifestações Clínicas da infecção adquirida aguda:

A infecção pelo vírus Zika pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, pode apresentar quadro clínico variável, desde manifestações brandas e autolimitadas até complicações neurológicas e malformações congênitas.

Estudos recentes indicam que mais de 50% dos pacientes infectados por Zika tornam-se sintomáticos.

O período de incubação da doença varia de 2 a 7 dias. Na maioria das vezes, a doença é autolimitada, durando aproximadamente de 4 a 7 dias, podendo estar acompanhada comumente das seguintes manifestações: febre baixa ( $\leq 38,5$  °C) ou ausente, exantema (geralmente pruriginoso e maculopapular craniocaudal) de início precoce, conjuntivite não purulenta, artralgias, edema periarticular, cefaleia, linfonodomegalia, astenia e mialgia. Muitas vezes, o sintoma que ocasiona a busca pelo serviço de saúde é o exantema pruriginoso.

## Manifestações Clínicas da Síndrome Congênita pelo ZIKA vírus:

Principais alterações apresentadas após o nascimento:

| Alterações em exame de imagem   | Alterações na visão ou audição   | Alterações neurossensoriais   | Achados clínicos dismorfológicos  |
|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Calcificações cerebrais</li> <li>▪ Distúrbio do desenvolvimento cortical cerebral</li> <li>▪ Predomínio fronto parietais do espessamento cortical</li> <li>▪ Polimicrogiria</li> <li>▪ Simplificação do padrão de giração / sulcação cerebral</li> <li>▪ Ventriculomegalia / Dilatação ventricular</li> <li>▪ Alteração do padrão de fossa posterior</li> <li>▪ Hipoplasia de tronco cerebral, cerebelo, corpo caloso</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alterações no mapeamento de retina</li> <li>▪ Lesão do epitélio retiniano, pigmentary findings</li> <li>▪ Lesões circulares atróficas da retina</li> <li>▪ Alterações de Nervo Óptico (hipoplasia, atrofia parcial ou completa, aumento da escavação papilar)</li> <li>▪ Alteração da função visual</li> <li>▪ Avaliação da Função Auditiva</li> <li>▪ Emissões Otoacústicas</li> <li>▪ BERA</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alterações do tônus muscular</li> <li>▪ Alteração de postura</li> <li>▪ Exagero dos reflexos primitivos</li> <li>▪ Hiperexcitabilidade</li> <li>▪ Hiperirritabilidade</li> <li>▪ Crises epiléticas</li> <li>▪ Dificuldade de sucção e deglutição</li> <li>▪ Disfagia</li> <li>▪ Alterações de Fundoscopia (retina e nervo óptico)</li> <li>▪ Movimentos oculares anormais</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Microcefalia (-2 dp)</li> <li>▪ Desproporção craniofacial</li> <li>▪ Deformidade articulares e de membros</li> </ul> |

### Diagnóstico Laboratorial:

1. Isolamento viral – amostras de sangue até o quinto dia após início dos sintomas.
2. Detecção de RNA viral por RT-PCR - amostras de sangue até o quinto dia após início dos sintomas e amostras de urina podem ser utilizadas para confirmar a infecção viral até o 15º dia do início dos sintomas.
3. Sorologia IgM - amostra deve ser coletada a partir do 6º dia do início de sintomas.

### **AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:**

#### 1. Casos para serem notificados:

- Gestante com exantema (anotar DUM, DPP, se houve uso de álcool, drogas ou medicamentos durante a gestação);
- Feto com alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) durante a gestação;

Utilizar a ficha de notificação de Febre pelo ZIKA vírus:

<https://drive.google.com/file/d/1IVH2slqsP07Ad8WXrxEz9qr9xTPrKuZz/view>

- Recém-nascido e lactente com microcefalia ou com alterações sugestivas de Síndrome Congênita.

Utilizar a seguinte ficha de notificação:

[https://drive.google.com/file/d/1z0B9ThRIU4kma0\\_F2bTGUKqXQmzIze\\_a/view](https://drive.google.com/file/d/1z0B9ThRIU4kma0_F2bTGUKqXQmzIze_a/view)

2. Avaliação clínica minuciosa, com registro de deslocamento para áreas de risco e exame físico detalhado com abordagem de seguimento inicial para as gestantes com febre e exantema, de acordo com protocolo de arboviroses.

Para os recém-nascidos suspeitos de microcefalia, avaliar medida do perímetro cefálico 24 horas após o nascimento e lançar dados na tabela:

Critério antropométrico:

- Pré termo (idade gestacional menor que 37 semanas): circunferência craniana menor que  $-2$  desvios-padrão, segundo a curva de crescimento da InterGrowth, de acordo com a idade gestacional e sexo;

[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2016/09/](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/09/)

[InterGrowth.Prematuros.Meninas.pdf](#)

[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2016/09/](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/09/)

[InterGrowth.Prematuros.Meninos.pdf](#)

- Termo ou pós-termo (idade gestacional igual ou maior que 37 semanas): circunferência craniana menor que  $-2$  desvios-padrão, segundo a tabela de OMS de seguimento após nascimento, de acordo com a idade gestacional e sexo.

<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/child-growth/child-growth-standards/>

[indicators/head-circumference-for-age/cht\\_hcfa\\_girls\\_z\\_0\\_13.pdf?sfvrsn=1d7ac86b\\_14](#)

<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/child-growth/child-growth-standards/>

[indicators/head-circumference-for-age/cht\\_hcfa\\_boys\\_z\\_0\\_13.pdf?sfvrsn=987fbac\\_7](#)

3. Coleta de exames:

3.1 – Gestante com exantema E Gestantes com feto com mal formação de SNC durante a gestação:

- 2 tubos (PCR para ZIKA e pesquisa de dengue) com 5-10 ml de sangue em tubo seco, com centrifugação após 30 minutos de repouso; PCR de Zika deverá se realizada apenas se paciente estiver até o 5º dia após início dos sintomas.
- 1 tubo com 10 ml de sangue em tubo seco, com centrifugação após 30 minutos de repouso para STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes).
- Coleta de 5 ml de urina em tubo falcon, para realização de PCR, apenas se paciente estiver até o 14º dia após início dos sintomas. O transporte da amostra deve ser refrigerado e entregue ao IAL no mesmo dia, caso contrário, congelar a -70°C.
- Ultrassonografia Obstétrica – agendar IMEDIATAMENTE, independente da idade gestacional (IG) e do protocolo de seguimento de gestante.

### 3.2 - Recém-nascido e lactente com microcefalia ou com alterações sugestivas de Síndrome Congênita:

#### Coleta de exames da MÃE:

- 2 tubos (1 tubo para PCR para ZIKA E outro tubo teste rápido para ZIKA e pesquisa de dengue) com 5-10 ml de sangue em tubo com gel separador; PCR de Zika deverá se realizada apenas se paciente estiver até o 5º dia após início dos sintomas.
- 1 tubo com 10 ml de sangue em tubo com gel separador para STORCH; coletar apenas se não tiver sorologias no primeiro e terceiro trimestre.
- Coleta de 5 ml de urina, apenas se paciente estiver até o 14º dia após início dos sintomas. Não havendo sintomas não há necessidade de coleta. O transporte da amostra deve ser refrigerado e entregue ao IAL no mesmo dia, caso contrário, congelar a -70°C.

#### Coleta de exames do RECÉM NASCIDO e LACTENTE:

- 2 tubos com gel separador com 3 ml de sangue em cada tubo (para realização de Teste Rápido, Sorologia para Zika e PCR) e coleta de 5 ml de urina (para PCR).
- 1 tubo com 10 ml de sangue em tubo com gel separador para STORCH; coletar apenas se não tiver sorologias no primeiro e terceiro trimestre.
- Solicitar, se possível ainda no hospital, ultrassom de fontanela ou CT de crânio, se tamanho da fontanela impossibilite o exame e avaliação oftalmológica.

## AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

1. Orientar as unidades notificantes sobre os exames a serem coletados.
2. Solicitar dados do pré natal- carteira de seguimento e cópia dos exames realizados (em especial exames de imagem e sorologias).
3. Acompanhar resultados dos exames encaminhados para IAL e LABMUN e laboratórios de apoio:
  - LABMUN – realiza Teste Rápido Zika;
  - IAL – realiza PCR para Zika e sorologias para arbovírus;
  - Laboratório de apoio da rede- realiza STORCH;
4. Acompanhar a evolução dos casos e o resultados de exames:
  - Gestantes com exantema – Inserir caso no CeVeSP e SINANNET. Encerrar a ficha a partir dos resultados de exames. (Dados encaminhados via SINANNET e CEVESP)
  - Casos de malformação fetal – realizar investigação e acompanhar o caso até o nascimento, se confirmado microcefalia, inserir o caso no RESP/ MICROCEFALIA (<http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel> )
  - Casos de Microcefalia e mal formações de SNC após o nascimento – lançar dados RESP/ MICROCEFALIA (<http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel> )
5. Maior detalhamento das ações, acessar ao documento: *Fluxo para notificação e encaminhamento de casos suspeitos de infecção pelo vírus Zika na gestação e pós parto*, de agosto de 2017.

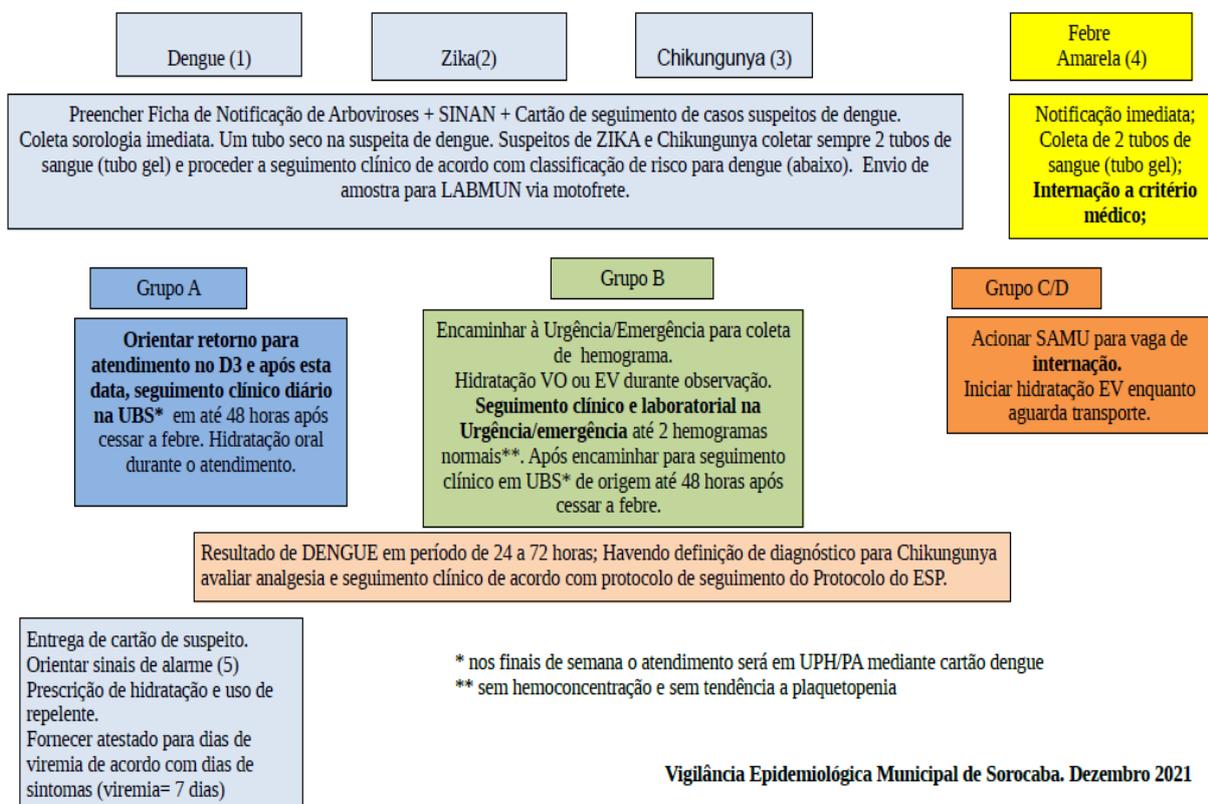
ANEXOS:

Anexo 1 – Ficha de notificação de Arboviroses

|  <b>SINAN</b><br><b>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO</b><br><b>FICHA DE INVESTIGAÇÃO</b> |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/>   | <b>Definição de Caso Suspeito de Dengue:</b> Febre, usualmente de 2 a 7 dias, mais 2 (dois) sintomas: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.   | Nº  |
| <input type="checkbox"/>   | <b>Definição de Caso Suspeito de Zika:</b> Exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de 2 (dois) ou mais sintomas: febre OU hiperemia conjuntival sem secreção e prurido OU poliartralgia OU edema periarticular.  | Nº  |
| <input type="checkbox"/>   | <b>Definição de Caso Suspeito de Chikungunya:</b> Febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.  | Nº  |
| Dados Gerais   | 1 Tipo de Notificação: 2 - Individual   | 3 Data da Notificação   |
|  | 2 Agravado/doença: <b>ARBOVIROSES</b>   | 4 UF   5 Município de Notificação   |
|  | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)  | 7 Data dos Primeiros Sintomas   |
|  | 8 Nome do Paciente  | 9 Data de Nascimento  |
| Notificação Individual   | 10 (ou) Idade: 1 - Hora, 2 - Dia, 3 - Mês, 4 - Ano  | 11 Sexo: M - Masculino, F - Feminino, 1 - Ignorado  |
|  | 12 Gestante: 1-1º Trimestre, 2-2º Trimestre, 3-3º Trimestre, 4 - Idade gestacional ignorada, 5-Não, 6- Não se aplica, 9-Ignorado  | 13 Raça/Cor: 1-Branca, 2-Preta, 3-Amarela, 4-Parda, 5-Indígena, 9- Ignorado   |
|  | 14 Escolaridade: 0-Analfabeto, 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7-Educação superior incompleta, 8-Educação superior completa, 9-Ignorado, 10- Não se aplica  | 15 Número do Cartão SUS   |
|  | 16 Nome da mãe  | 17 UF   18 Município de Residência  |
| Dados de Residência  | 19 Distrito   | 20 Bairro   |
|  | 21 Logradouro (rua, avenida,...)  | 22 Número   |
|  | 23 Complemento (apto., casa, ...)   | 24 Geo campo 1  |
|  | 25 Geo campo 2  | 26 Ponto de Referência  |
|  | 27 CEP  | 28 (DDD) Telefone   |
|  | 29 Zona: 1 - Urbana, 2 - Rural, 3 - Periurbana, 9 - Ignorado  | 30 País (se residente fora do Brasil)   |
| Inv.   | 31 Data da Investigação   | 32 Ocupação   |
|  | <b>33 SINAIS E SINTOMAS</b> <input type="checkbox"/> CEFALÉIA <input type="checkbox"/> NÁUSEAS <input type="checkbox"/> CONJUNTIVITE <input type="checkbox"/> ARTRALGIA INTENSA <input type="checkbox"/> PROVA DO LAÇO POSITIVA <input type="checkbox"/> PRURIDO<br><input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> EXANTEMA - Data de Início ___/___/___ <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS <input type="checkbox"/> DOR RETROORBITAL <input type="checkbox"/> BOLHAS / VESÍCULAS<br><input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> MIALGIA <input type="checkbox"/> VÔMITOS <input type="checkbox"/> DOR NAS COSTAS <input type="checkbox"/> ARTRITE <input type="checkbox"/> LEUCOPENIA <input type="checkbox"/> PROSTACÃO |   |
| DADOS CLÍNICOS   | <b>Sinais de Alarme</b><br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado<br><input type="checkbox"/> Vômitos Persistentes <input type="checkbox"/> Aumento Progressivo do Hematócrito <b>Data do Início dos Sinais de Alarme</b><br><input type="checkbox"/> Dor Abdominal Intensa e Contínua <input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2 cm<br><input type="checkbox"/> Hipotensão Postural e/ou Lipotímia <input type="checkbox"/> Letargia ou Irritabilidade <input type="checkbox"/> Acúmulo de Líquidos<br><input type="checkbox"/> Queda Abrupta de Plaquetas <input type="checkbox"/> Sangramento de Mucosa / outras Hemorragias  |   |
|  | <b>34 DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES</b> 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO<br><input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL CRÔNICA <input type="checkbox"/> DOENÇAS AUTO-IMUNES <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIOVASCULAR GRAVE<br><input type="checkbox"/> DOENÇAS HEMATOLÓGICAS <input type="checkbox"/> HIPERTENSAO ARTERIAL <input type="checkbox"/> ANEMIA FALCIFORME <input type="checkbox"/> DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)<br><input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA ÁCIDO-PÉPTICA <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> OUTROS: _____  |   |
| VIAGEM   | VIAGEM OU CONTATO COM VIAJANTES NOS ÚLTIMOS 15 DIAS?<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   | PERÍODO: DE ___/___/___ À ___/___/___<br>O PACIENTE NÃO SENDO MORADOR DE SOROCABA, QUAL O LOCAL DE MAIOR PERMANÊNCIA NA CIDADE? (ENDEREÇO E TELEFONE) |
|  | LOCAL (MUNICÍPIO / PAÍS):   |   |
| Trabalho / Estudo do Paciente  | NOME DA INSTITUIÇÃO / ENDEREÇO<br>TURNO: <input type="checkbox"/> MANHÃ <input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOITE   | TRABALHOU / ESTUDOU COM FEBRE?<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>QUAIS DIAS?  |
|  | BAIRRO  | TELEFONE  |
| <b>Investigador</b>  |   |   |
| Nome:  |   | Função:   |
| Assinatura / Carimbo:  |   |   |

## ANEXO 2:

### FLUXO DE ENCAMINHAMENTO EM CASOS SUSPEITOS DE ARBOVIROSES



#### LEGENDA:

- 1. Suspeito de dengue:** Febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e que apresente **dois** ou mais dos seguintes sintomas: náusea, vômito, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia. Também pode ser considerado caso suspeito toda criança, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7 dias, e sem foco de infecção aparente.
- 2. Suspeito de ZIKA:** Exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de **dois** ou mais dos seguintes sintomas: febre ou hiperemia conjuntival sem secreção e prurido ou poliartralgia ou edema periarticular. Orientar uso de preservativo. Se gestante, além dos exames recomendados coletar sorologia para STORCH (10 ml) e Urina (10 ml em tubo estéril tipo Falcon com rosca). O encaminhamento para realização de exame específico para ZIKA (PCR), ocorrerá após análise do caso suspeito pela Vigilância Epidemiológica.
- 3. Suspeito de CHIKUNGUNYA:** Febre de início súbito **maior** que 38,5°C e artralgia ou artrite intensa de início agudo, não explicada por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas endêmicas ou epidêmicas até duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado. O encaminhamento para realização de exame específico para Chikungunya (sorologia), ocorrerá após análise do caso suspeito pela Vigilância Epidemiológica.
- 4. Suspeito de Febre Amarela:** Indivíduo com quadro febril aguda (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente ou procedente de área de risco para Febre Amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não humanos ou isolamento de vírus entre vetores nos últimos 15 dias, não vacinados contra Febre Amarela ou com estado vacinal ignorado.
- 5. Sinais de Alarme:** dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hepatomegalia, hipotermia, manifestações hemorrágicas importantes, sonolência ou irritabilidade, diminuição da diurese, desconforto respiratório, aumento repentino de hematócrito, queda abrupta de plaquetas, lipotimia ou hipotensão postural

## ANEXO 3

**ANEXO - I**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU PARA HOMENS DE QUALQUER IDADE**

*A ser preenchido pelo (a) médico (a):*

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_, registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado: \_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_ sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente \_\_\_\_\_ do sexo masculino  feminino  com idade de \_\_\_\_\_ anos completos, com diagnóstico de \_\_\_\_\_ para quem estou indicando o medicamento à base de MILTEFOSINA.

1. Informei verbalmente ao paciente que este produto tem alto risco de causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez, que não evita filhos e que não provoca aborto. Portanto somente pode ser utilizado por ele (a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informei verbalmente ao paciente que poderá ser responsabilizado (a), caso repasse o medicamento a base de MILTEFOSINA a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
3. Informei que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
4. Recomendei ao paciente do sexo masculino que informe a sua parceira e familiares o potencial risco do remédio.
5. Informei que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente ou Serviço de Saúde para que seja providenciada a sua inutilização.
6. Certifiquei-me que o (a) paciente compreendeu as informações acima descritas.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a): \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*A ser preenchido pelo (a) paciente:*

Eu, \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade nº: \_\_\_\_\_

Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ residente na rua: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ e telefone: \_\_\_\_\_

Recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A MILTEFOSINA

Assinatura: \_\_\_\_\_

CONCORDO que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do responsável caso o (a) paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção:

Eu, \_\_\_\_\_, R.G. \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_, responsável pelo (a) paciente \_\_\_\_\_, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor ao (a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Anexo I - Termo de responsabilidade/ esclarecimento (0017411348) SEI 25000.093184/2020-26 / pg. 12



**ANEXO - II**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA  
PACIENTES DO SEXO FEMININO, MENORES DE 55 ANOS DE IDADE**

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_ registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado  
\_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_ sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento da  
paciente \_\_\_\_\_ do sexo feminino com idade de \_\_\_\_\_  
anos completos, com diagnóstico de \_\_\_\_\_  
para quem estou indicando o medicamento à base de MILTEFOSINA.

1. Informei verbalmente a paciente, com diagnóstico de \_\_\_\_\_, que o medicamento a base de MILTEFOSINA tem altíssimo risco de causar deficiências graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez. Estas deficiências ocorrem no período bem inicial de formação do bebê, quando a maioria das mulheres ainda não sabe que está grávida.
2. Expliquei verbalmente que, como a MILTEFOSINA pode ficar no corpo durante 4 (quatro) meses após o tratamento e pode ainda assim causar defeitos em bebês, ela deve aguardar o fim desse período antes de tentar engravidar, mantendo o uso de métodos contraceptivos.
3. Informei verbalmente à paciente que poderá ser responsabilizada, caso repasse o medicamento a base de MILTEFOSINA a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
4. Informei que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
5. Constatei, por meio de teste sensível para dosagem de Beta-HCG (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual), que a paciente não está grávida:

Data do Teste: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Nome do laboratório onde foi realizado o teste: \_\_\_\_\_

6. Certifiquei-me que a paciente está utilizando 2 (dois) métodos para evitar gravidez altamente eficazes, sendo um deles de barreira:

Métodos anticoncepcionais em uso: \_\_\_\_\_ Data do Início: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data do Início: \_\_\_\_\_

Procedimento de esterilização definitiva: Qual? \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7. Informei à paciente que o seu parceiro, mesmo que ele seja vasectomizado, deve usar preservativo durante as relações sexuais ocorridas durante o tratamento e por 4 (quatro) meses após o término do tratamento, quando este for o método de contracepção de barreira eleito.
8. Solicitei à paciente que me mantenha sempre informado (a) sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.
9. Informei verbalmente à paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.
10. Informei que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
11. Certifiquei-me que a paciente compreendeu todas as informações por mim prestadas.

Assinatura e Carimbo do (a) Médico (a): \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A ser preenchido pela paciente:

Eu, \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ residente na rua \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ e telefone \_\_\_\_\_

recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A MILTEFOSINA.

Assinatura: \_\_\_\_\_

CONCORDO que vou fazer o tratamento e declaro que recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas e me comprometo a cumprir as medidas para evitar a gravidez durante o tratamento e no prazo previsto no item 2, após o tratamento. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome e Assinatura do responsável caso a paciente seja menor de 18 anos, analfabeta, incapaz ou impossibilitado de locomoção:

Eu, \_\_\_\_\_, R.G. \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_, responsável

pela paciente \_\_\_\_\_, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor à paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO 4

|    |  |   |                                       |
|--|--|---|---------------------------------------|
| REGISTRO DE DISPENSAÇÃO DA MILTEFOSNA <sup>®</sup><br>Divisão de Zoonoses/ CVE / CCD / SES - SP  |  |   |                                       |
| Dados Gerais   |  |   |                                       |
| Data do preenchimento  | UF<br>SP   | Município   |                                       |
| Identificação do Preenchedor (no aplicativo REDCap)  |  |   |                                       |
| Nome completo  |  |   |                                       |
| Lotação  | <input type="checkbox"/> 1. Assistência farmacêutica <input type="checkbox"/> 2. Vigilância Epidemiológica <input type="checkbox"/> 3. Outro _____ |   |                                       |
| Cargo/Função   | Telefone com DDD<br>(    )   |   |                                       |
| E-mail   |  |   |                                       |
| Identificação da Instituição Pública Dispensadora da Miltefosina   |  |   |                                       |
| CNPJ   | Nome da instituição  |   |                                       |
| Identificação do Prescritor da Miltefosina   |  |   |                                       |
| Nome completo  |  |   |                                       |
| CRM  | Especialidade  |   |                                       |
| Identificação do Paciente  |  |   |                                       |
| Nome completo  |  |   |                                       |
| UF de residência   | RG   | Data de nascimento  | Idade                                 |
| Sexo<br><input type="checkbox"/> 1. Masculino<br><input type="checkbox"/> 2. Feminino  | Cor/Raça<br><input type="checkbox"/> 1. Branca 2. Preta 3. Parda<br><input type="checkbox"/> 4. Indígena 5. Amarela                                | Coinfecção HIV<br><input type="checkbox"/> 1. Sim 2. Não<br><input type="checkbox"/> 3. Teste não realizado |                                       |
| Número Sinan   | Tipo de Entrada<br><input type="checkbox"/> 1. Caso novo <input type="checkbox"/> 2. Recidiva  |   |                                       |
| <p><b>Certifique-se de que a paciente em idade fértil com possibilidade de gravidez:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tenha recebido as devidas orientações acerca dos riscos e precauções de uso do medicamento;</li> <li>✓ Tenha apresentado resultado negativo para o teste Beta-HCG;</li> <li>✓ Esteja em uso de terapia contraceptiva há pelo menos 30 (trinta) dias antes do início do tratamento; e</li> <li>✓ Tenha assinado o Termo de Responsabilidade/Esclarecimento.</li> </ul> <p><b>Reforce a importância do uso de 2 (dois) métodos efetivos de contracepção, sendo 1 (um) deles de barreira, durante 30 (trinta) dias antes do início do tratamento, durante todo o tratamento e por 4 (quatro) meses após o término ou interrupção.</b></p> |  |   |                                       |
| Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" - CVE<br>Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar   CEP 01246-000   São Paulo, SP   Fone: (11) 3066-8741   |  |   | <input type="button" value="Frente"/> |



| Diagnóstico   |   |   |
|---|---|---|
| Data do diagnóstico   | Parasitológico<br><input type="checkbox"/> 1. Positivo 2. Negativo<br><input type="checkbox"/> 3. Não realizado   | Molecular<br><input type="checkbox"/> 1. Positivo 2. Negativo<br><input type="checkbox"/> 3. Não realizado          |
| Histopatológico<br><input type="checkbox"/> 1. Encontro do Parasita<br><input type="checkbox"/> 3. Não compatível   | 2. Compatível<br>4. Não realizado   | Outro<br><input type="checkbox"/> 1. IFI 2. Imunocromatográfico<br><input type="checkbox"/> 3. Elisa 4. Outro _____ |
| Forma clínica<br><input type="checkbox"/> 1. Cutânea localizada<br><input type="checkbox"/> 2. Cutânea difusa<br><input type="checkbox"/> 3. Cutânea disseminada<br><input type="checkbox"/> 4. Mucosa  | Agente etiológico<br><input type="checkbox"/> 1. <i>Leishmania braziliensis</i> 2. <i>Leishmania guyanensis</i><br><input type="checkbox"/> 3. <i>Leishmania amazonensis</i><br><input type="checkbox"/> 4. Outra _____<br><input type="checkbox"/> 5. Desconhecida |   |
| Tratamentos anteriores  |   |   |
| Medicamento(s) usado(s) em tratamento(s) anterior(es)*<br><input type="checkbox"/> 1. Virgem de tratamento 2. Antimoniato de Meglumina parenteral<br><input type="checkbox"/> 3. Antimoniato de Meglumina intralesional 4. Anfotericina b Lipossomal<br><input type="checkbox"/> 5. Anfotericina b (desoxicolato) 6. Isotionato de Pentamidina<br><input type="checkbox"/> 7. Pentoxifilina associada ao Antimoniato de Meglumina 8. Miltefosina<br><input type="checkbox"/> 9. Outra _____ |   |   |
| *Marque uma ou mais alternativas  |   |   |
| Prescrição  |   |   |
| Data da prescrição  | Etapa do Tratamento<br><input type="checkbox"/> 1. 1ª etapa (primeiros 14 dias)<br><input type="checkbox"/> 2. 2ª etapa (últimos 14 dias)   |   |
| Critério(s) para prescrição da Miltefosina*<br><input type="checkbox"/> 1. Primeira escolha 2. Continuidade de tratamento (2ª etapa)<br><input type="checkbox"/> 3. Falha terapêutica com uso de outro(s) medicamento(s)<br><input type="checkbox"/> 4. Falha terapêutica com uso da Miltefosina<br><input type="checkbox"/> 5. Hipersensibilidade a outro(s) medicamento(s)<br><input type="checkbox"/> 6. Outra _____   |   |   |
| *Marque uma ou mais alternativas  |   |   |
| Peso  | Posologia prescrita (mg/Kg/dia)<br><input type="checkbox"/> 1. 2,5<br><input type="checkbox"/> 2. Outro _____   | Tempo de tratamento em número de dias<br><input type="checkbox"/> 1. 14<br><input type="checkbox"/> 2. Outro _____  |
| Dispensação   |   |   |
| Quantidade dispensada<br><input type="checkbox"/>   | 1. 42 cápsulas (1 caixa) 2. Outro _____   |   |
| Lote dispensado (1)   | Validade (1)  |   |
| Lote dispensado (2)   | Validade (2)  |   |
| * Formulário adaptado pela Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. Original disponível no endereço eletrônico <a href="https://redcap.saude.gov.br/surveys/index.php?s=PC8PPWABLX">https://redcap.saude.gov.br/surveys/index.php?s=PC8PPWABLX</a>   |   |   |
| Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" - CVE<br>Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar   CEP 01246-000   São Paulo, SP   Fone: (11) 3066-8741  |   | Verso   |

## ANEXO 5



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, 2º andar Brasília/DF - CEP 70.304-000  
Fax: (61) 3213-8140 Tel.: (61) 3213-8153  
E-mail: [leishmanioses@saude.gov.br](mailto:leishmanioses@saude.gov.br)

### Ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal para pacientes com leishmaniose

Número da ficha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Para uso do Ministério da Saúde)

Número da notificação no Sinan: \_\_\_\_\_ (Solicitar ao serviço de vigilância epidemiológica)

Data da solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Forma clínica:

- Leishmaniose visceral  Leishmaniose tegumentar difusa  
 Leishmaniose tegumentar cutânea  Leishmaniose tegumentar mucosa

#### INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Hospital ou instituição: \_\_\_\_\_

Médico solicitante: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Responsável pelo recebimento: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço para entrega: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Peso: \_\_\_\_ kg

Município de residência: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS ATUAIS** (Descreva brevemente a história clínica do paciente, como internações, exames laboratoriais anteriores, entre outros):

Início dos sinais e sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Exame Clínico:

- Febre  Diarreia  Arritmia cardíaca  
 Esplenomegalia  Icterícia  Vômitos  
 Hepatomegalia  Fenômenos hemorrágicos  Dispneia  
 Palidez  Edema localizado  Outros: \_\_\_\_\_  
 Desnutrição grave  Edema generalizado

#### Doenças associadas:

- Ausente  HIV/AIDS  
 Doença renal  Infecção bacteriana. Especificar: \_\_\_\_\_  
 Doença cardíaca Outras: \_\_\_\_\_  
 Doença hepática



**TRATAMENTOS ESPECÍFICOS PARA LV**

( ) Virgem de tratamento

( ) Antimoniato de N-metil Glucamina:

Dosagem: \_\_\_\_ mg/Sb+5/kg/dia      n° de doses: \_\_\_\_      n° de esquemas: \_\_\_\_

( ) Desoxicolato de anfotericina B:

Dosagem: \_\_\_\_ mg/kg/dia      n° de doses: \_\_\_\_      n° de esquemas: \_\_\_\_

( ) Anfotericina B lipossomal:

Dosagem: \_\_\_\_ mg/kg/dia      n° de doses: \_\_\_\_      n° de esquemas: \_\_\_\_

**EXAMES COMPLEMENTARES ATUAIS**

Hemácias: \_\_\_\_ x10<sup>6</sup>      Neutrófilos: \_\_\_\_ mm<sup>3</sup>      Ativ. de protrombina: \_\_\_\_ %

Hematócrito: \_\_\_\_ %      AST/TGO: \_\_\_\_ U/L      Albumina: \_\_\_\_ g/dL

Hemoglobina: \_\_\_\_ g/dL      ALT/TGP: \_\_\_\_ U/L      Globulina: \_\_\_\_ g/dL

Plaquetas: \_\_\_\_ mm<sup>3</sup>      Bilirrubina total: \_\_\_\_ mg/dL      Ureia: \_\_\_\_ mg/dL

Leucócitos: \_\_\_\_ mm<sup>3</sup>      Bilirrubina direta: \_\_\_\_ mg/dL      Creatinina: \_\_\_\_ mg/dL

Outros: \_\_\_\_\_

**EXAME PARASITOLÓGICO:** Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aspirado de medula: ( ) Positivo ( ) Negativo      Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Positivo ( ) Negativo

**EXAME SOROLÓGICO:** Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RIFI (diluição): \_\_\_\_\_ Teste rápido: \_\_\_\_\_ Elisa: \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Positivo ( ) Negativo

**OUTROS EXAMES (Ex: PCR)** \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DA ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL**

( ) Idade menor que 1 ano

( ) Idade maior que 50 anos

( ) Insuficiência renal

( ) Insuficiência hepática

( ) Insuficiência cardíaca

( ) Transplantados, cardíacos, renais ou hepáticos;

( ) Intervalo QT corrigido maior que 450 ms

( ) Uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT

( ) Hipersensibilidade ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV

( ) Infecção pelo HIV (tratamento)

( ) Infecção pelo HIV (profilaxia secundária)

( ) Comorbidades que comprometem a imunidade. Qual? \_\_\_\_\_

( ) Uso de medicação que compromete a imunidade. Qual? \_\_\_\_\_

( ) Falha terapêutica ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV

( ) Gestantes

( ) Escore de gravidade clínico  $\geq 4^1$  Informar valor: \_\_\_\_\_

( ) Escore de gravidade clínico-laboratorial  $\geq 6^1$  Informar valor: \_\_\_\_\_

Dose prescrita: \_\_\_\_ mg/kg/dia      Dias de tratamento: \_\_\_\_\_      Número de ampolas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do médico)

<sup>1</sup> Os escores de gravidade estão descritos no manual de leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução da letalidade, que poderá ser acessado no link: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1561](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1561)

## ANEXO 6 (Planilha para solicitação de Itraconazol)

| Vigilância e Controle das Micoses Sistêmicas - Solicitação de ITRACONAZOL |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
|---|----|------------------|--------------------|----------------------|---------------------|---------------|------------------------------|-------------|---|--|
| Instituição:  |    |                  |                    |                      | CINES:              |               | UF:                          |             | Data de solicitação:                        |  |
| Endereço completo (Bairro, Município, CEP):                               |    |                  |                    |                      | Telefone p/contato: |               |                              |             |   |  |
| Responsável pela solicitação:   |    |                  |                    |                      | Telefone p/contato: |               |                              |             |   |  |
| Responsável pelo recebimento:   |    |                  |                    |                      | Telefone p/contato: |               |                              |             |   |  |
| 1   | Nº | Nome do paciente | Data de Nascimento | Matrícula/Cartão SUS | Diagnóstico         | Forma Clínica | Data do início do tratamento | Nº cáps/dia | Tempo de tratamento (preenchimento pelo MS) | Total Dispensado (preenchimento pelo MS) |
| 2   |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 3   |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 4   |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 5   |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 6   |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 7   |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 8   |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 9   |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 10  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 11  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 12  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 13  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 14  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 15  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 16  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 17  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 18  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 19  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 20  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 21  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 22  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 23  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 24  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |
| 25  |    |                  |                    |                      |                     |               |                              |             |   |  |

ANEXO 7

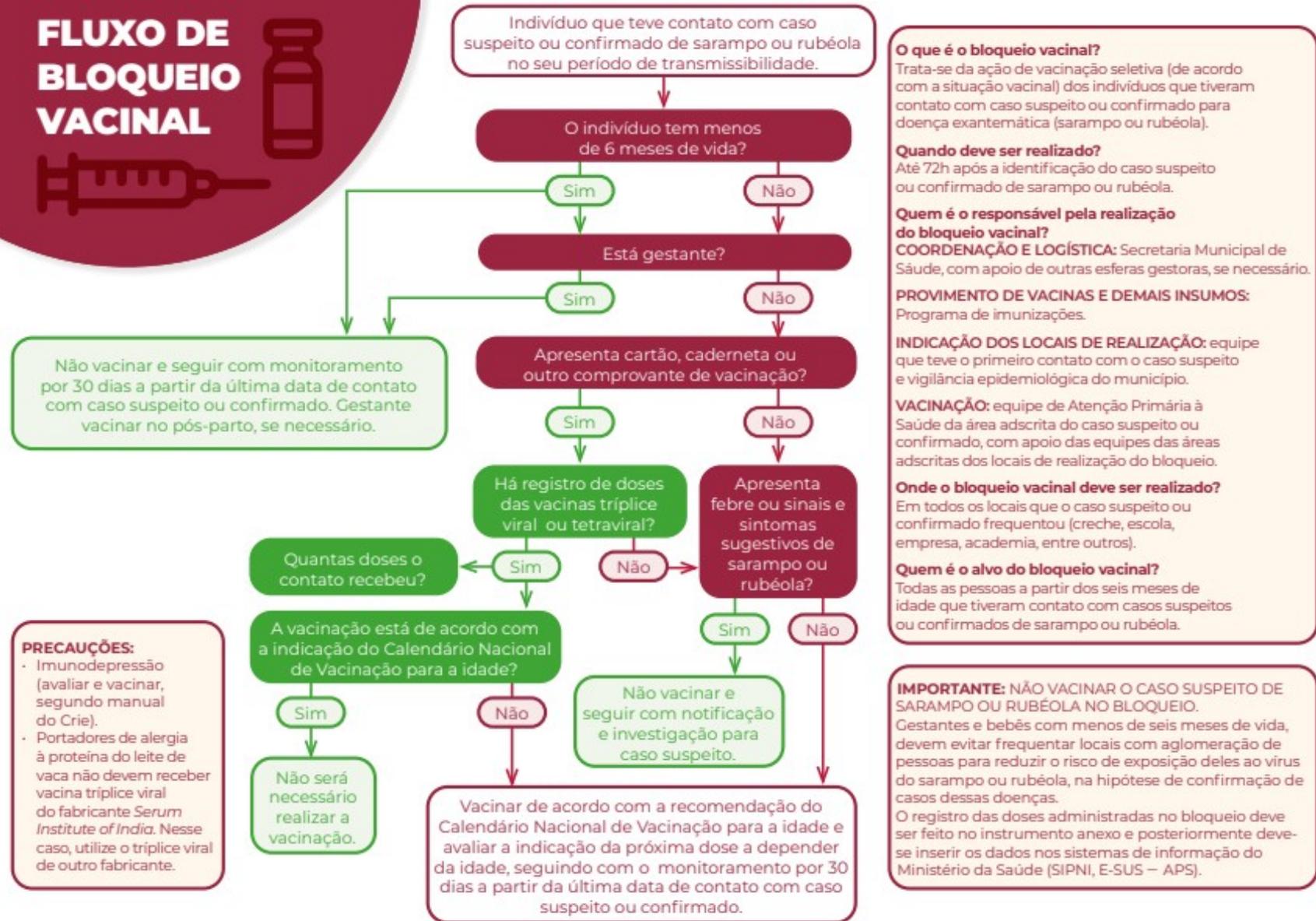
| 1) REQUISITANTE   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
|   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Cód. CNES:  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Município:  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  | UF:  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Telefone: ( )   |  |  |  |  |            |  |  |  |  | Fax: ( )   |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| E-mail:   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 2) DADOS DO PACIENTE  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Nome:   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| CPF:  |  |  |  |  | /          |  |  |  |  | RG:        |  |  |  |  | -               |  |  |  |  | UF:  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Data Nasc.:   |  |  |  |  | /          |  |  |  |  | /          |  |  |  |  | Sexo:           |  |  |  |  | ( ) Masculino ( ) Feminino                               |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Nome da Mãe:  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Endereço:   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Bairro:   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Município:  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Telefone:   |  |  |  |  |            |  |  |  |  | UF:        |  |  |  |  | CEP:            |  |  |  |  | -  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 3) OUTRAS INFORMAÇÕES   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Portador de doença crônica?   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  | ( ) SIM         |  |  |  |  | ( ) NÃO  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Qual?   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Faz uso contínuo de medicamentos?   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  | ( ) SIM         |  |  |  |  | ( ) NÃO  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Qual?   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Exerce atividade com risco de exposição à raiva?                                  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  | ( ) SIM         |  |  |  |  | ( ) NÃO  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Qual?   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Sofreu acidente com risco de exposição à raiva?                                   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  | ( ) SIM         |  |  |  |  | ( ) NÃO  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Em qual cidade/Estado?  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Foi vacinado?   |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  | ( ) SIM         |  |  |  |  | ( ) NÃO  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Data da última vacina:  |  |  |  |  |            |  |  |  |  | /          |  |  |  |  | /               |  |  |  |  | Via de administração: ( ) Intramuscular ( ) Intradérmica |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 4) AMOSTRA  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| ( ) Soro  |  |  |  |  | ( ) Sangue |  |  |  |  | ( ) Líquor |  |  |  |  | Data da coleta: |  |  |  |  | /  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |
| 5) MOTIVO DA SOLICITAÇÃO  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| ( ) Primeira sorologia após conclusão de esquema de pré-exposição                 |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| ( ) Sorologia de controle periódico (esquema de pré-exposição)                    |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| ( ) Sorologia após reforço recente  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| ( ) Sorologia, após acidente, de paciente já submetido a esquema de pré-exposição |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| ( ) Sorologia, após acidente, de paciente já submetido a esquema de pós-exposição |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| ( ) Sorologia de paciente suspeito de raiva                                       |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Observações:  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |

\* Todas as informações preenchidas acima são de responsabilidade do solicitante, ficando sua veracidade a cargo deste.

Local/data: \_\_\_\_\_ Ass. do solicitante e carimbo: \_\_\_\_\_

## ANEXO 8

### FLUXO DE BLOQUEIO VACINAL



## REFERENCIAL TEÓRICO:

- Boletim Epidemiológico Paulista, volume 15, n 178. Outubro de 2018. - Disponível em:  
<<http://portalsinan.saude.gov.br/doencas-e-agrivos>>
- Guia de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde, 5ª edição revisada e atualizada. Brasília – DF, 2021.
- Documento Técnico da Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas / Poliomielite - Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof Alexandre Vranjac”, Março/2022.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2. ed. Brasília, DF: FNS, 2001. 120 p. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_diagnostico\\_tratamento\\_acidendes\\_animais\\_peconhentos\\_2ed\\_rev.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_diagnostico_tratamento_acidendes_animais_peconhentos_2ed_rev.pdf)> Acesso em: 31 agosto 2022.
- Nota Informativa nº 25 de 2016 – CGDT/DEVIT/SVS/MS.
- Alerta Epidemiológico - Número 9/2022 – 30/07/2022. MONKEYPOX – MPX. CIEVS – Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em saúde - INSTITUTO ADOLFO LUTZ – SP.
- Nota Técnica Nº 46/2022-CGPAM/DSMI/SAPS/MS.
- Protocolo para tratamento de Leishmaniose Tegumentar com Miltefosina 50 mg no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) - São Paulo – Março de 2022. Divisão de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica/CAF/SES-SP.
- Informe Técnico sobre Febre Maculosa Brasileira - Boletim Epidemiológico Paulista, Ano 2021, Vol. 18, Nº 213, Pág. 54-78.
- Nota Técnica CAF nº11 - Orientações relacionadas ao tratamento de Febre Maculosa (Atualizada em 30/06/2023).