

# MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SOROCABA

(9 edição)  
2025



**Vigilância em Saúde**  
Prefeitura de Sorocaba



CIEVS-Sorocaba



**Prefeitura de  
SOROCABA**

CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA

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

**(9ª edição)**

**2025**

## **Ficha Técnica**

### **Secretária Municipal de Saúde**

Priscila Renata Feliciano

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

Fábio Aurélio Silva de Oliveira

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

Lidiane Hernandes Lemos

### **Coordenadora**

Ilda Maria Magalhães Garcia

**Colaboradores responsáveis pela elaboração e revisão dos protocolos (1ª versão):**

|                                  |                      |               |
|----------------------------------|----------------------|---------------|
| 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    |

**Colaboradores responsáveis pela elaboração e revisão dos protocolos (2ª a 6ª versão):**

|                            |              |               |
|----------------------------|--------------|---------------|
| 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    |

**Colaboradores responsáveis pela elaboração e revisão dos protocolos (7ª a 9ª versão):**

|                            |              |               |
|----------------------------|--------------|---------------|
| 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    |
| Valmir Antonio da Veiga    | Enfermeiro   | Coren: 275159 |

## SUMÁRIO

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| Acidentes por animais peçonhentos    | 08  |
| Botulismo                            | 20  |
| Coqueluche                           | 24  |
| Criptococose                         | 33  |
| Dengue, Chikungunya e Zika           | 36  |
| Doença de Chagas Aguda               | 44  |
| Doença Mão-Pé-Boca                   | 50  |
| Escarlatina                          | 53  |
| Esporotricose                        | 57  |
| Esquistossomose                      | 63  |
| Febre Amarela                        | 68  |
| Febre Maculosa                       | 72  |
| Leishmaniose Tegumentar              | 79  |
| Leishmaniose Visceral                | 84  |
| Leptospirose                         | 90  |
| Malária                              | 98  |
| Meningite Viral                      | 103 |
| Meningite Bacteriana                 | 107 |
| Monkeypox                            | 119 |
| Paracoccidioidomicose                | 126 |
| Paralisia Flácida Aguda              | 130 |
| Parotidite endêmica (caxumba)        | 135 |
| Raiva Humana                         | 139 |
| Raiva Humana – profilaxia            | 142 |
| Esquema pós-exposição                | 147 |
| Esquema reexposição e pré-exposição  | 148 |
| Rubéola                              | 149 |
| Sarampo                              | 155 |
| Toxoplasmose na gestação e congênita | 161 |

Tracoma | 167

Violência Interpessoal e Autoprovocada | 170

Zika vírus na gestação e Síndrome Congênita associada à infecção pelo zika vírus | 175

Anexos | 180

## **APRESENTAÇÃO**

Esta publicação é uma edição elaborada e revisada pelos técnicos de Vigilância em Saúde. Aborda diferentes e estratégicos aspectos de cada agravo, desde a sua descrição, etiologia, reservatório, modo de transmissão, períodos de incubação, diagnóstico, tratamento, ações que devem ser realizadas pela assistência e vigilância epidemiológica, bem como medidas de controle das doenças.

Trata-se de um instrumento de grande relevância para o manejo dos pacientes, sendo material importante no auxílio aos profissionais na sua prática diária.

O documento tem como principal objetivo a orientação operacional do setor saúde e a padronização de procedimentos e condutas relacionados a vigilância epidemiológica, e é especialmente destinado aos profissionais da saúde que atuam no município de Sorocaba.

O material será revisado e alterado sempre que necessário, diante de mudanças nos fluxos de atendimentos dos agravos que por ventura ocorram no município de Sorocaba, ou demais atualizações pertinentes.

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|  <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 (lacrarias), 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.

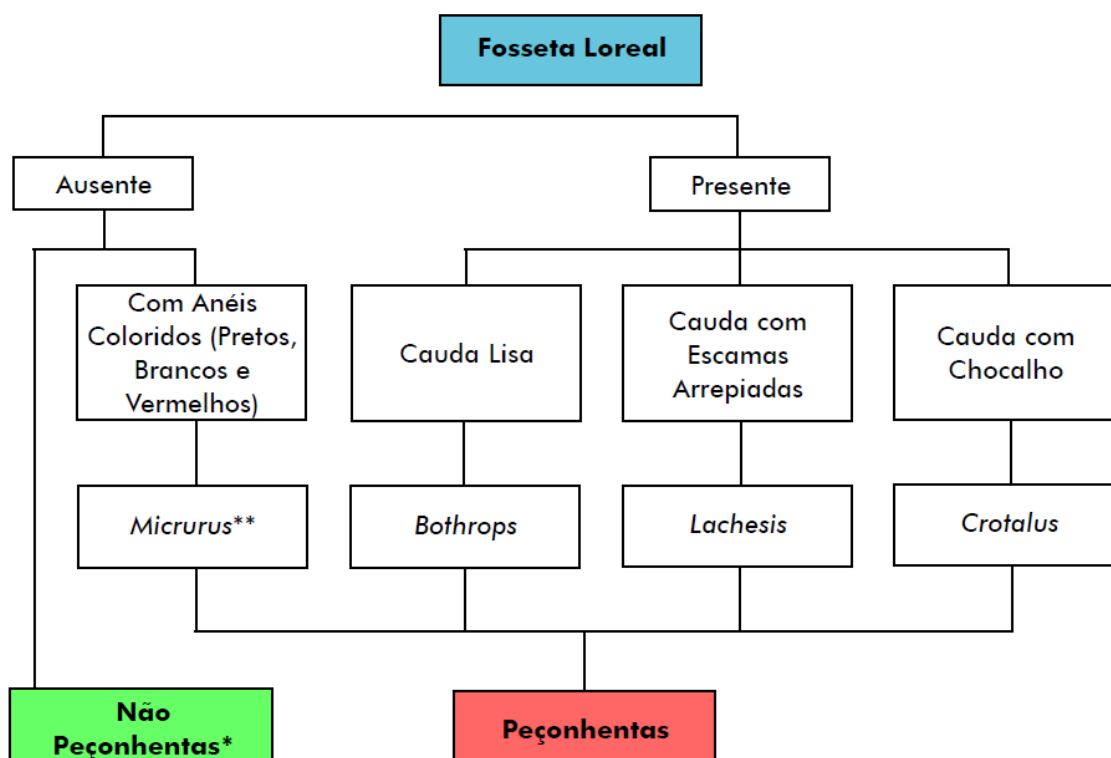
As manifestações clínicas, locais e sistêmicas, decorrentes dos acidentes ofídicos de serpentes brasileiras são apresentadas no *Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos* (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

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 vagas.                                                       | 10             |
|                        |                                                            | Grave: quadro local intenso, hemorragia intensa, com manifestações vagas.                                                                | 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              | SAEl <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>SAEl = 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 menores de 10 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

| Classificação | Manifestações Clínicas                                                                                                                                                                                                                                           | Soroterapia<br>(nº de ampolas)<br>SAEEs ou SAAr** |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Leve*         | Dor e parestesia locais                                                                                                                                                                                                                                          | -                                                 |
| Moderado      | Dor local intensa associada a uma ou mais manifestações, como náuseas, vômitos, sudorese, sialorréia discretos, agitação, taquipnéia e taquicardia.                                                                                                              | 2 a 3<br>IV                                       |
| Grave         | 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.

**Latrodectismo:** 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.**

Número de ampolas de soro antiaracnídico (*Loxosceles*, *Phoneutria* e *Tityus*) ou antiloxoscélico indicado para cada tipo e gravidade do acidente:

| ACIDENTES   | ANTIVENENOS                | GRAVIDADE                                                                                                                                                                         | N.º DE AMPOLAS  |
|-------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Fonêutrico  | SAAr <sup>a</sup>          | <b>Leve:</b> dor local, edema, eritema, sudorese, piloereção.                                                                                                                     | –               |
|             |                            | <b>Moderado:</b> dor local intensa, sudorese, vômitos ocasionais, agitação psicomotora, hipertensão arterial.                                                                     | 2 a 4           |
|             |                            | <b>Grave:</b> sudorese profusa, sialorreia, vômitos profusos, priapismo, choque, edema pulmonar agudo.                                                                            | 5 a 10          |
| Loxoscélico | SALox <sup>b</sup> ou SAAr | <b>Leve:</b> aranha identificada, lesão incaracterística, ausência de comprometimento sistêmico.                                                                                  | –               |
|             |                            | <b>Moderado:</b> independentemente da identificação do agente, lesão sugestiva ou característica, manifestações sistêmicas inespecíficas (exantema, febre), ausência de hemólise. | 5 <sup>c</sup>  |
|             |                            | <b>Grave:</b> lesão característica, manifestações clínicas e/ou evidências laboratoriais de hemólise intravascular.                                                               | 10 <sup>c</sup> |

Fonte: adaptado de Fundação Nacional de Saúde, 2001.

<sup>a</sup>SAAr = soro antiaracnídico (*Loxosceles*, *Phoneutria* e *Tityus*).

<sup>b</sup>SALox = soro antiloxoscélico (trivalente).

<sup>c</sup>Recomenda-se a associação com prednisona: em adultos, 40 mg/dia; em crianças, 1 mg/kg/dia, durante cinco dias.

## 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:

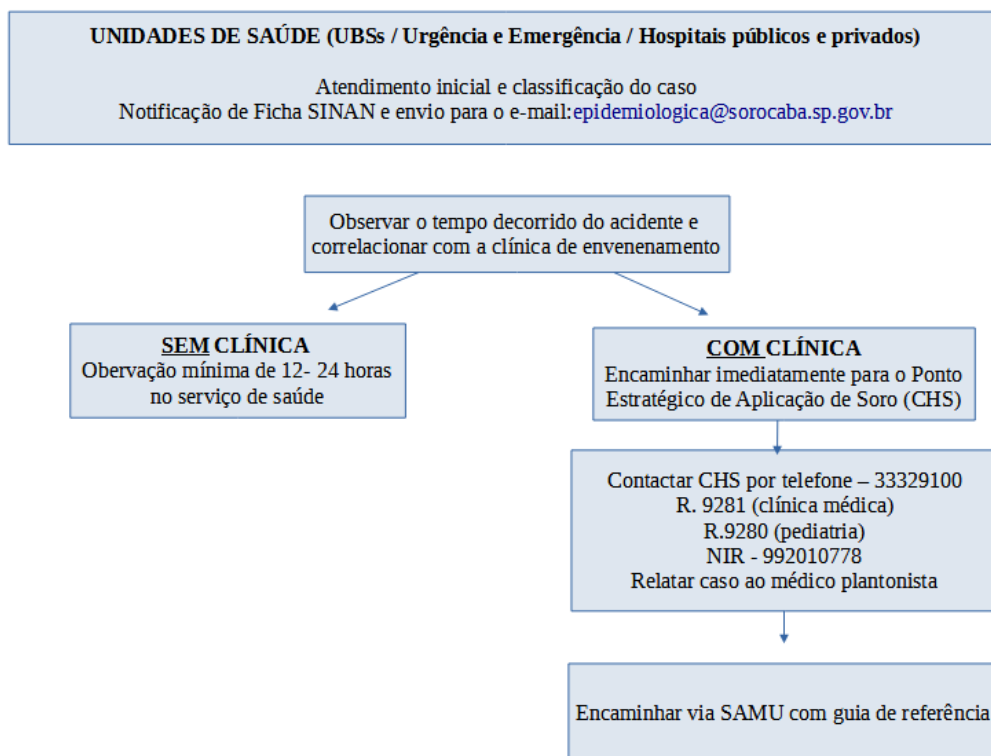
COM clínica de envenenamento:

- 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.

#### FLUXO DE ATENDIMENTOS PARA ACIDENTES OFÍDICOS (SERPENTES) Atualizado em abril / 2024



### **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:

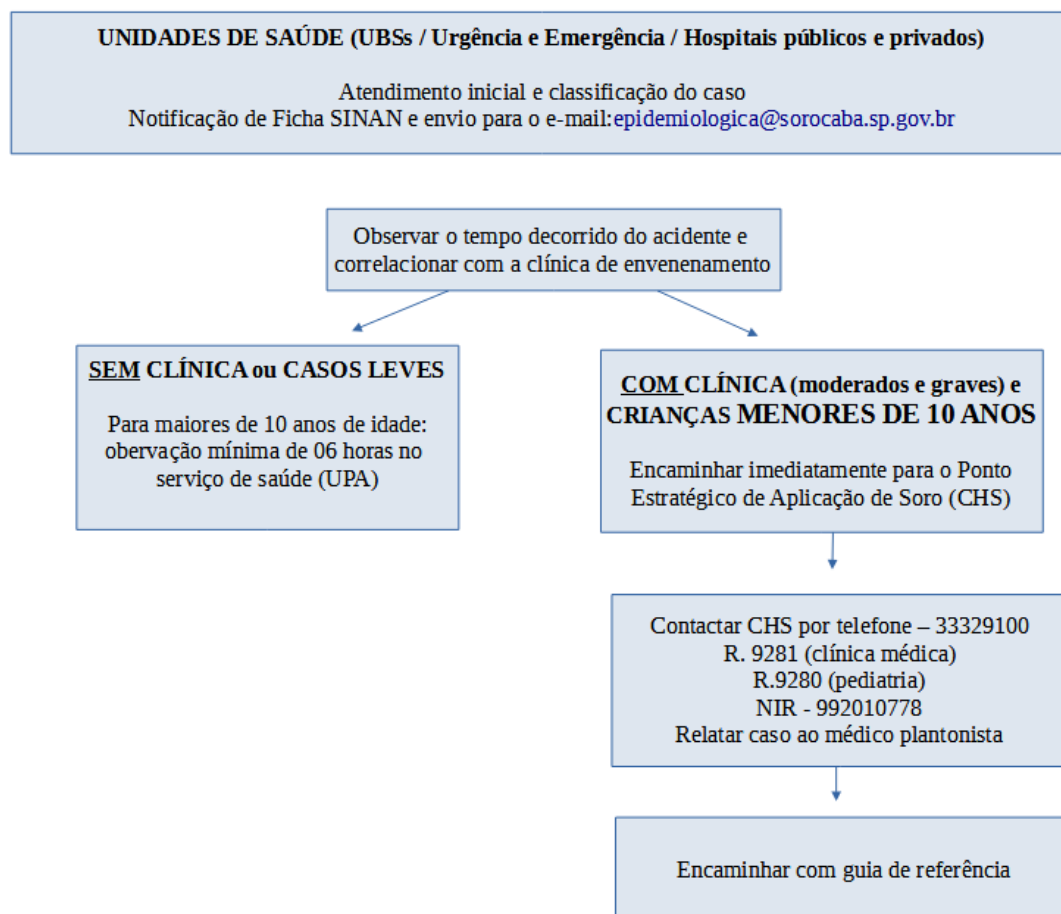
COM clínica de envenenamento:

- Casos leves, maiores de 10 anos de idade, deverão ser mantidos em observação por no mínimo 6 horas, em Unidades de Pronto Atendimento (UPA).
- 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 dos telefones 3332-9100 ramal 9281 para Clínica Médica, ramal 9280 para pediatria ou NIR (15-992010778). Relatar o caso ao médico de plantão, porém não retardar o encaminhamento dos casos.
- Todos os casos devem ser encaminhados com guia de referência.

SEM clínica de envenenamento:

- Manter paciente em observação por no mínimo 06 horas.

**FLUXO DE ATENDIMENTOS PARA ACIDENTES COM ESCORPIÃO**  
Atualizado em abril / 2024



## **Para acidentes com aranhas:**

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

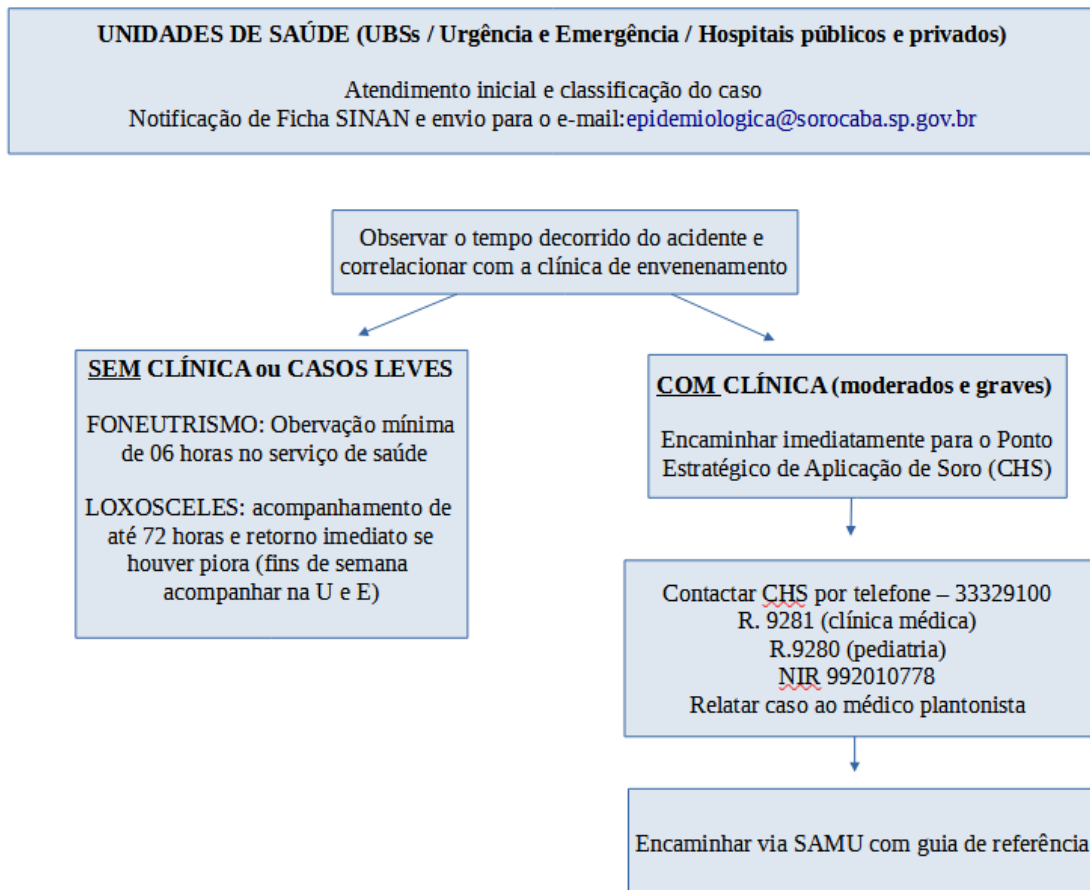
### COM clínica de envenenamento:

- Casos moderados e graves 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, ramal 9280 para pediatria ou NIR (15) 992010778. Relatar o caso ao médico de plantão.
- Todos os casos devem ser encaminhados com guia de referência.

### Casos Leves ou 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;

**FLUXO DE ATENDIMENTOS PARA ACIDENTES COM ARANHA**  
**Atualizado em abril / 2024**



**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 neuroparalítica 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 dose é uma ampola de antitoxina botulínica bi ou trivalente por via endovenosa, em que o imunobiológico é introduzido diretamente na corrente sanguínea, por ser uma via que permite a administração de grandes volumes de líquidos. Os locais mais utilizados para a administração de injeções endovenosas são as veias periféricas superficiais (BRASIL, 2014). A dose de SAB é diluída em solução fisiológica a 0,9%, na proporção de 1:10 para infundir em aproximadamente uma hora.

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.

## ACÇÕES 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 (parestésias)<br>Não há déficit sensitivo                 | Normal ou com leve hiperproteínoorraquia                                                                                                                                     |
| Síndrome de Guillain-Barré                                         | Ascendente e simétrica<br>O envolvimento da face é menos comum que no botulismo                                                                | Hipoestesia em bota e luva<br>Déficit de sensibilidade profunda<br>Parestésias | Dissociação proteíno-citológica<br>Hiperproteínoorraquia<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>Diplegia facial, ptose palpebral, dificuldade de mastigação e de deglutição<br>Não há comprometimento de membros | Parestésias ou diminuição da sensibilidade da face e da língua                 | Dissociação proteíno-citológica<br>Hiperproteínoorraquia<br>Celularidade normal ou discretamente elevada ( $\leq 50$ cels/mm <sup>3</sup> )                                  |
| Myasthenia 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:

[https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Coqueluche/Coqueluche\\_v5.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Coqueluche/Coqueluche_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 Epidemiológico 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:

| PRIMEIRA ESCOLHA: AZITROMICINA                                                          |                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Idade                                                                                   | Posologia                                                                                                       |
| <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.                                          |
| SEGUNDA ESCOLHA: CLARITROMICINA <sup>a</sup>                                            |                                                                                                                 |
| Idade                                                                                   | Posologia                                                                                                       |
| <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.                                                                      |
| SEGUNDA ESCOLHA: CLARITROMICINA <sup>a</sup>                                            |                                                                                                                 |
| Idade                                                                                   | Posologia                                                                                                       |
| 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.                                                                      |
| ERITROMICINA (EM CASO DE INDISPONIBILIDADE DOS MEDICAMENTOS ANTERIORES)                 |                                                                                                                 |
| Idade                                                                                   | Posologia                                                                                                       |
| <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.                                                                   |
| SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIN (SMZ-TMP), NO CASO DE INTOLERÂNCIA A MACROLÍDEO <sup>b</sup> |                                                                                                                 |
| Idade                                                                                   | Posologia                                                                                                       |
| <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.

5. Orientar medidas de prevenção e controle não farmacológico para controle da transmissão, a partir da suspeição:

- Buscar atendimento em um serviço de saúde;
- Evitar contato com mulheres grávidas, bebês e crianças pequenas, até cinco dias após o início do antibiótico ou até 21 dias do início da tosse, caso não tenham recebido tratamento;
- Usar máscaras cirúrgicas em ambientes fechados até cinco dias após o início do antibiótico ou até 21 dias do início da tosse, caso não tenham recebido tratamento.

6. Isolamento: Pacientes com coqueluche **não** hospitalizados devem ser afastados de suas atividades habituais (creche, escola, trabalho, etc.) por pelo menos cinco dias após o início do antibiótico ou até 21 dias do início da tosse, caso não tenham recebido tratamento.

#### 7. Quimioprofilaxia pós-exposição (QPE):

Considera-se como contato próximos de coqueluche toda pessoa de convivência próxima e prolongada (a exposição deve ter ocorrido em uma distância de cerca de até um(1) metro e por mais de uma (1) hora, em ambiente fechado), com um (1) ou mais casos suspeitos ou confirmados da doença (fonte de infecção) ou quando houve contato direto com suas secreções (ao tossir, espirrar, compartilhar utensílios etc.), no período de 21 dias a partir do início da tosse (do caso índice). São exemplos de contatos próximos, pessoas que coabitam no mesmo ambiente, como domicílio, instituição de longa permanência como creche, escola, universidade, trabalho, cela etc.

Os contatos próximos precisam ser avaliados, o mais precoce possível, quanto a sua vulnerabilidade (potencial para evoluir com gravidade), bem como ao risco de transmitir a coqueluche para vulneráveis.

São considerados contatos próximos prioritários e elegíveis para receber a QPE, os grupos descritos abaixo:

**Grupo 1. Pessoas vulneráveis: são aquelas que apresentam risco aumentado para formas graves e óbitos pela doença e tiveram contato com casos suspeitos ou confirmados de coqueluche.**

- crianças com idade inferior a 1 ano, independentemente da situação vacinal. Ressalta-se que esta recomendação visa reforçar a prevenção de possível ocorrência de infecções graves, complicações e óbitos neste grupo etário, uma vez que a maior prevalência de complicações e óbitos ocorre entre os menores de 1 ano de vida; e
- pessoas com condições clínicas pré-existentes que possam ser exacerbadas pela coqueluche, como por exemplo, imunocomprometidas, indivíduos com asma moderada ou grave e outras condições clínicas pulmonares.

**Grupo 2. Contatos domiciliares: são pessoas que tiveram contato com casos suspeitos ou confirmados de coqueluche e que residem ou convivem no mesmo ambiente de um vulnerável (vide Grupo 1):**

- membros da família, babás, cuidadores, trabalhadores domésticos, ou outros indivíduos que convivem no mesmo ambiente ou passam a noite no mesmo quarto, como pessoas institucionalizadas e trabalhadores que dormem no mesmo espaço físico. Esse grupo possui recomendação de QPE independentemente da situação vacinal.

**Grupo 3. Pessoas com elevado potencial de transmitir a coqueluche para vulneráveis e que tenham tido contato com casos suspeitos ou confirmados de coqueluche (vide Grupo 1):**

- gestantes no último trimestre de gestação, a partir da 32ª semana gestacional, **não** vacinadas na gestação atual, em razão do maior risco de transmissão para o recém-nascido (que não recebeu os anticorpos maternos);
- profissionais de saúde que prestam assistência a indivíduos vulneráveis como descrito no Grupo 1 (mesmo se vacinados);
- todos aqueles que têm contato próximo (convivem ou trabalham) em ambientes como, creches, escolas maternas, que atendem bebês menores de um ano ou com condições clínicas pré-existentes.

Fonte: DPNI/SVSA/MS

**O esquema quimioprofilático é o mesmo recomendado para o tratamento de casos suspeitos ou confirmados de coqueluche, e deve ser realizado o mais rápido possível no período de até 21 dias após a exposição ao caso suspeito que apresente tosse ou caso confirmado.**

#### **Observações sobre a QPE:**

- Os contatos prioritários e elegíveis para a QPE (grupos 1, 2 e 3), durante ou após a finalização do esquema prescrito, não necessitam ser afastados das suas atividades cotidianas (ex: creches, escolas, trabalho). Caso apresentem tosse, devem ser considerados como caso suspeito.
- Os outros contatos próximos que não se enquadram nos descritos no Quadro 1, não são elegíveis para receber a QPE e podem manter suas atividades de rotina. Porém, precisam ser monitorados para avaliar se irão desenvolver sinais e sintomas da coqueluche.

#### **8. Vacinação para grupos prioritários:**

- Gestantes: deve ser realizada em todas as gestações, a partir da 20ª semana, independentemente do histórico vacinal da gestante ou do fato de ter sido vacinada em gestações anteriores.
- Vacinação de Crianças: o esquema vacinal para crianças menores de um ano de idade compreende três doses da vacina Penta, administradas aos 2, 4 e 6 meses de vida. Adicionalmente, são recomendados dois reforços com a vacina DTP, sendo o primeiro aos 15 meses e o segundo aos 4 anos de idade.
- Além das gestantes e das crianças menores de 7 anos de idade, a vacinação contra a coqueluche é indicada para outros grupos prioritários, como profissionais de saúde, conforme Programa Nacional de Imunização.

Adiamento da Vacinação contra a Coqueluche: recomenda-se que casos de coqueluche ou indivíduos que tiveram contato com casos confirmados da doença e que sejam elegíveis para a vacinação recebam a vacina com um intervalo mínimo de 15 dias após a conclusão da antibioticoterapia ou da QPE. Caso a suspeita seja descartada ou não confirmada, a vacinação poderá ser administrada conforme as recomendações vigentes.

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

1. Em casos de internação, providenciar material para coleta de amostra nasofaringe (kit específico para exames de coqueluche), que deverá ser retirado no IAL e disponibilizado ao serviço de saúde.

Para exame de cultura + PCR, antes da coleta, retirar o tubo com meio de transporte Regan-Lowe semissólido, com cefalexina, da geladeira e deixar atingir a temperatura ambiente para uso (aproximadamente 15 minutos). O material coletado deve ser encaminhado ao laboratório de referência abrigado da luz, a temperatura ambiente, no período máximo de até seis horas após a coleta.

Na ausência de kit para realização de cultura, o IAL fornecerá tubo contendo 5 mL de suspensão salina a 0,85% e o *swab* específico para a coleta de coqueluche. Ao receber o material coletado, manter em geladeira e encaminhar ao IAL Central para a realização da qPCR.

2. Solicitar a realização de cultura e PCR para os casos internados.

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

4. Rastrear os contatos próximos e realizar busca ativa de casos suspeitos. Monitorar o surgimento de sintomas por até 21 dias após o último contato com o caso suspeito / confirmado.

5. Orientar uso de máscara cirúrgica e evitar contatos com mulheres grávidas, bebês ou crianças pequenas, até cinco dias do início do antibiótico ou 21 dias de início da tosse, caso não tenham recebido o tratamento.

6. 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:

- a) Proceder a abertura de ficha de surto e acompanhar o surgimento de novos casos até 42 dias após o surgimento do último caso.
- b) Abertura de fichas individuais de todos os casos suspeitos.
- c) Identificar casos e contatos próximos, de acordo com a definição de surto, e estabelecer tratamento ou quimioprofilaxia, respectivamente.
- d) Coletar secreção nasofaríngea de contatos que apresentem tosse.
- e) Realizar vacinação seletiva conforme orientações acima.
- f) Comunicar à comunidade/instituição ou ao grupo familiar a ocorrência de surto.

7. Realizar investigação caso a caso, identificar contatos próximos, e apoiar as ações de quimioprofilaxia junto aos serviços de saúde em tempo oportuno.

### 8. 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> CRIPTOCOCOSE – CID 10: B45                                                                                                                |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para criptococose                                                                         |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

A criptococose é uma doença fúngica emergente, invasiva, com porta de entrada pulmonar e tropismo pelo sistema nervoso central (SNC), considerada como a principal causa de meningoencefalite fúngica em todo o mundo.

### AGENTE ETIOLÓGICO:

A criptococose pode ser causada pelo: (i) complexo de espécies *Cryptococcus neoformans*; e (ii) complexo de espécies *Cryptococcus gattii*. O complexo de espécies *C. neoformans* é responsável por mais de 90% das infecções nos indivíduos com aids no Brasil. Já o complexo de espécies *C. gattii* acomete principalmente indivíduos sem imunossupressão aparente.

Trata-se de fungo saprófita que vive no solo, em frutas secas e cereais, e em árvores (complexo de espécies *C. gattii*). Também é isolado de excrementos de aves, principalmente de pombos (complexo de espécies *C. Neoformans*).

### MODO DE TRANSMISSÃO:

É uma doença oportunista adquirida por inalação dos propágulos do fungo, que se encontram principalmente em acúmulos antigos de fezes de pombo. A manifestação da doença depende do sistema imune da pessoa, podendo ficar latente ou tornar-se sistêmica, causando principalmente meningoencefalite criptocócica. Tem alta ocorrência em pessoa com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Não há transmissão de homem a homem, nem de animais ao homem.

### PERÍODO DE INCUBAÇÃO:

Desconhecido. O comprometimento pulmonar pode anteceder em anos o acometimento cerebral.

## CASO SUSPEITO:

Formas pulmonares: a infecção pulmonar primária classifica-se como assintomática ou oligossintomática; os acometidos por essa forma de criptococose podem apresentar febre, tosse, dor no peito, dispneia, expectoração produtiva, perda de peso, sudorese e/ou hemoptise.

Formas neurológicas: a meningite e a meningoencefalite constituem as formas de apresentação mais frequentes e graves da criptococose. Geralmente, acometem indivíduos imunocomprometidos e, na ausência de tratamento específico, podem levar a morte. Os sinais e sintomas mais frequentes são: cefaleia, febre, náuseas e vômitos, mal-estar, letargia, papiledema e/ou rigidez de nuca. Nos casos mais graves, foram observados aumento da pressão intracraniana, confusão mental, convulsão, perda visual ou auditiva, diminuição cognitiva, ataxia de marcha e paralisia do nervo craniano, além de coma.

Outras formas clínicas: a forma cutânea é classificada em primária e secundária. Clinicamente, as lesões podem se manifestar sob a forma de pápulas, pústulas, vesículas, abscesso, úlceras, nódulos subcutâneos, tumores, granulomas superficiais ou placas infiltradas. Nos casos de infecção cutânea primária, não há disseminação da doença ou comprometimento de outros órgãos internos. A forma cutânea secundária é decorrente da disseminação hematogênica da doença.

Outros sítios de infecção menos frequentes incluem próstata, olhos, ossos e articulações.

## DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico da criptococose pode ser realizado por meio de parâmetros clínicos, epidemiológicos e/ou laboratoriais. O diagnóstico laboratorial baseia-se em achados macroscópicos, microscópicos e histopatológicos.

## AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:

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

<https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Notificacao Individual v5.pdf>

2. Realizar coleta de fragmentos de tecido em formalina e/ou incluídos em bloco(s) de parafina para pesquisa de antígeno em tecidos/ órgão humano. Condicionar cada fragmento de tecido (mínimo: 1 cm3)/órgão em um frasco de boca larga (tipo coletor universal) contendo solução fixadora: formalina 10% ou formalina tamponada no volume de 20 vezes o volume do fragmento.

3. Conservar em temperatura ambiente. Comunicar VE para a retirada da amostra junto com notificação e pedido de exame. Transportar em temperatura ambiente em caixa isotérmica. Evitar temperaturas acima de 40 °C.
4. O tratamento nas formas graves da criptococose objetiva reduzir a carga fúngica por meio da associação de antifúngicos, principalmente nas duas primeiras semanas, período de maior risco de óbito causado pela micose e suas complicações. O esquema terapêutico deve ser realizado conforme disposto em Guia de Vigilância em Saúde do MS.
5. Se necessário solicitação de antifúngico: encaminhar receita médica contendo tratamento específico e esquema terapêutico + resumo com dados clínicos e epidemiológicos + resultados de exames complementares e diagnósticos, para o e-mail da Vigilância Epidemiológica ([epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br](mailto:epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br) )

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

1. Realizar investigação epidemiológica do caso.
2. Solicitação de antifúngicos para micoses endêmicas: Após o recebimento da solicitação e documentos da instituição solicitante, preencher formulário específico através do link: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSex69dhUFJ2fhsJt7k6PXPYaz86jI5iOzVGV54SL6T9SyYjYQ/viewform> . (Solicitar entrega do medicamento no endereço da VE – fluxo interno).
3. Dispensar o medicamento à instituição solicitante após o recebimento.
4. Se possível, realizar o mapeamento das áreas de riscos, para alertar profissionais de saúde da ocorrência da doença, a fim de que possam estar atentos para o diagnóstico precoce de outros casos, ou para a adoção de medidas de prevenção e controle.
5. Acionar o Controle de Zoonoses, em situações em que haja grande proliferação de pombos em áreas urbanas, para remoção e possível controle da população dessas aves.
6. Orientar a limpeza dos locais onde existem acúmulos de fezes de aves, cuja higienização e umidificação impedem a dispersão dos fungos por aerossóis. Em granjas com grande número de aves em ambiente restrito, devem-se utilizar máscaras de proteção individual no manejo dos animais e do ambiente, a fim de reduzir o risco de inalação de partículas infectantes.

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|  <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                            | 2-7 dias                              | 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; Verificar e anotar em observações, **o uso de vacina contra a dengue e a data da administração;**
- Entregar o cartão de acompanhamento de suspeito de dengue;
- Garantir a hidratação do paciente durante todo o período de atendimento na unidade (anexo 2);
- Realizar classificação clínica do paciente e seguir fluxo preconizado (ANEXO 3);
- UBSs: colher a sorologia imediatamente 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;
- Urgência/Emergência (SUS e privado): colher sorologia para dengue imediatamente e exames conforme fluxo preconizado;

## 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

a partir de D5 – solicitar sorologia para dengue IgM

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 (SUS):

**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, UPA Leste, UPA Éden, UPA Oeste, UPA 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 documento: “Dengue: diagnóstico de manejo clínico – Adulto e criança, Ministério da Saúde, ano 2024”.

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 3)

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

- Orientar retorno imediato em Pronto-Atendimento na presença de sinais de alarme;
- Monitoramento:

SUS: Orientar retorno na Unidade (UBS ou Unidade de UeE ou Unidade de Referência para atendimento de dengue) para nova avaliação, no período crítico da doença entre D3-D5;

PRIVADO: Orientar retorno na unidade onde foi realizado o primeiro atendimento para nova avaliação, no período crítico da doença entre D3-D5;

- Receita de hidratação (anexo 2) e demais orientações (sinais de alarme, uso de repelente, não se automedicação, 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;
- Orientar uso de repelente e busca de criadouros no domicílio.

**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, asma, obesidade, 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 (SUS) ou unidade de Pronto-Atendimento (Rede privada) solicitará o 1º hemograma (Hemograma Dengue) e avaliará o resultado com tomada de decisão a partir da evolução do caso de acordo com o fluxo vigente (ANEXO 3).

- Se resultado de exame **apresentar** sinais de Hemoconcentração: o paciente será reclassificado como grupo C e deverá ser encaminhado para internação;
- Se resultado de exame **NÃO apresentar** sinais de Hemoconcentração: orientar retorno diário na unidade (unidade sentinela / referência ou pronto-atendimento) para controle clínico e laboratorial (HMG) até 48 horas após a queda da febre;
- Receita de hidratação (anexo 2) e demais orientações (sinais de alarme, 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.
- Orientar uso de repelente e busca de criadouros no domicílio.

**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. Encaminhar amostras para análise em IAL em casos necessários;
5. Notificação do serviço de zoonoses através de planilha de dengue;
6. Encerramento de casos:

### Confirmados por Critério Laboratorial:

#### **DENGUE:**

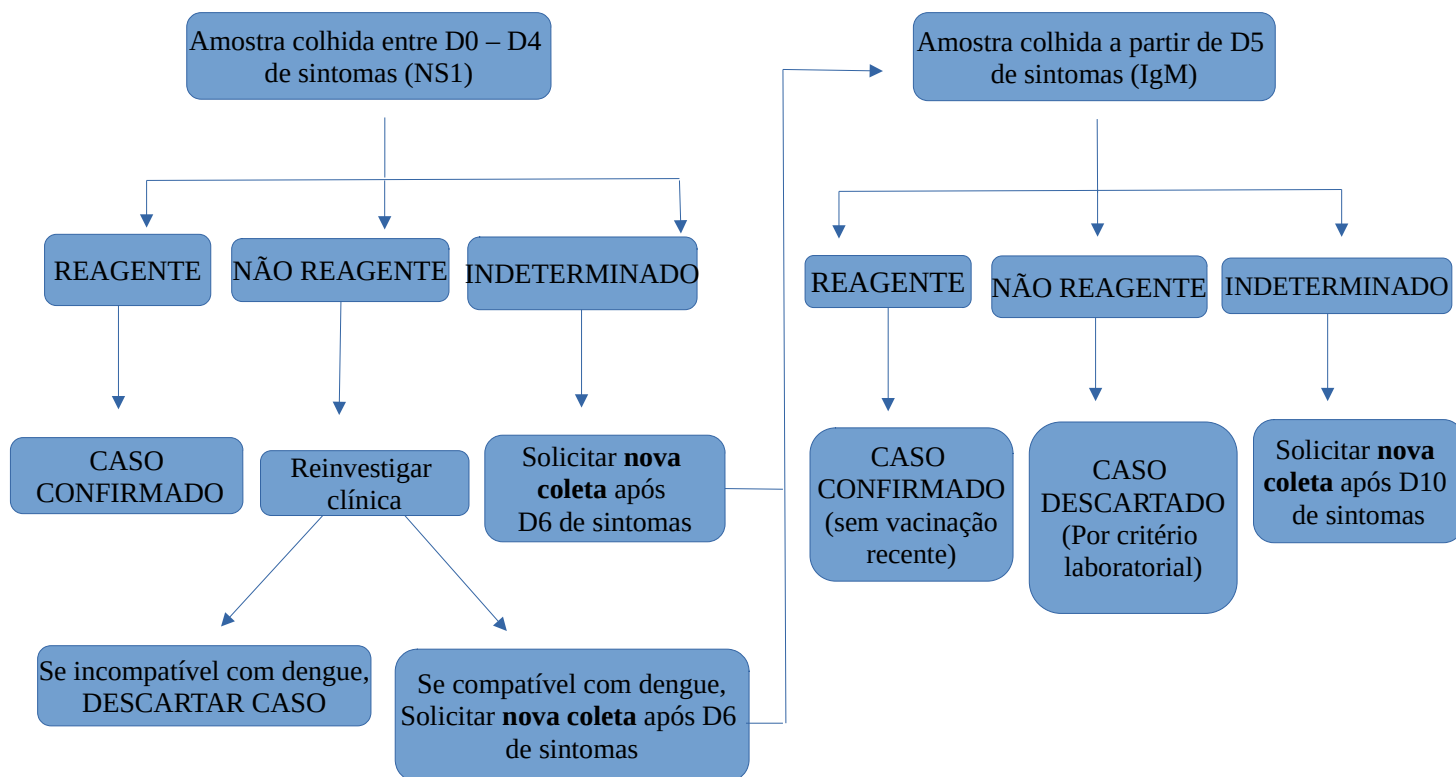
ELISA NS1 reagente

Isolamento viral positivo

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

Deteção de anticorpos IgM ELISA - a partir do 6º dia de início de sintomas da doença (avaliar vacinação recente)

### 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 antroponose 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:

- Recém-nascido de mãe infectada em qualquer fase da doença (DCA ou DCC).
- Indivíduo que apresente sinal de Romaña ou chagoma de inoculação, e tenha tido contato direto com triatomíneo ou suas excretas.
- Indivíduo que teve contato com culturas de *T. cruzi*, exposição às fezes de triatomíneos ou sangue (de casos humanos ou de animais) contendo formas infectantes do parasito, em acidente laboratorial.
- Indivíduo que apresente febre persistente (por mais de sete dias), podendo também apresentar uma ou mais das seguintes manifestações clínicas: edema de face ou de membros; exantema; adenomegalia; hepatomegalia; esplenomegalia; cardiopatia aguda (taquicardia, sinais de insuficiência cardíaca); manifestações hemorrágicas; icterícia; associada(s) a algum destes fatores epidemiológicos:
  - tenha tido contato direto com triatomíneo (relato ou indício de picada ou o encontro do vetor no local de dormitório) ou suas excretas;
  - tenha recebido sangue/hemocomponentes ou transplante de tecidos/órgãos contaminados por *T. cruzi* em até 120 dias antes do início dos sintomas;
  - tenha ingerido alimento suspeito contaminado pelo *T. cruzi* (alimentos *in natura* sem manipulação e processamento adequados), especialmente frutos (exemplos: açaí, bacaba, cana-de-açúcar), ou ingerido carne crua ou mal cozida de caça.
- Indivíduo assintomático que:
  - tenha ingerido alimento suspeito contaminado por *T. cruzi* em surto recente;
  - tenha tido contato direto com triatomíneo (relato ou indício de picada ou o encontro do vetor no local de dormitório) ou suas excretas em até quatro meses anteriores ao início da investigação no SUS.

## 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):

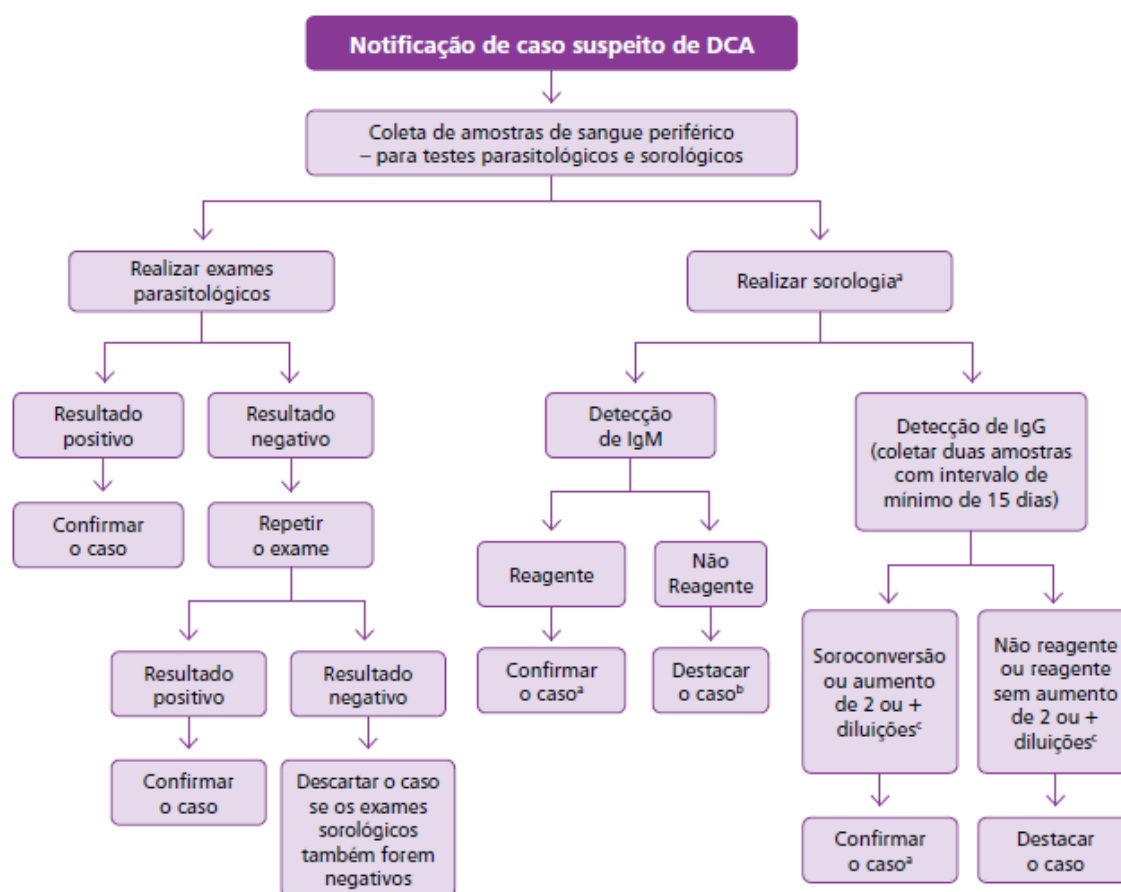
[https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/homepage/downloads/fichas/chagas\\_aguda.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/homepage/downloads/fichas/chagas_aguda.pdf)

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

- Esfregaço 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> DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA (estomatite vesicular) CID B08.4                                                                                       |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para Doença mão-pé-boca                                                                   |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |

**DESCRIÇÃO DO AGRAVO:** A Doença Mão-Pé-Boca (DMPB) é uma afecção exantemática viral aguda, usualmente autolimitada, causada por enterovírus (EV) humanos não-pólio. Fatores ambientais, socioeconômicos e imunológicos proporcionam a circulação dos enterovírus de modo sazonal. Surto da DMPB são frequentes em crianças menores de cinco anos. A DMPB tem variação temporal, com sazonalidade relacionada ao verão e à época de chuvas.

**AGENTE ETIOLÓGICO:** Os EV são vírus RNA de fita simples, pertencem à ordem Picornavirales, família Picornaviridae, gênero Enterovírus.

**MODO DE TRANSMISSÃO:** A transmissão direta ocorre pela via fecal-oral, por fezes e possivelmente vômitos, e por secreções de vias aéreas como muco, saliva, gotículas e pelo contato com lesões cutâneas. A transmissão indireta ocorre por meio de superfícies e fômites contaminados, uma vez que os EV podem permanecer em temperatura ambiente sem perder sua viabilidade. Ambientes fechados e aglomerados podem contribuir para a persistência da circulação dos EV, e fatores sócio comportamentais facilitam a infecção no período pré-escolar. Os EV permanecem viáveis por até duas semanas em secreções de mucosa oral, e por quatro a oito semanas nas fezes, podendo este período se estender em pacientes imunocomprometidos.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** O período de incubação é variável, mas geralmente dura de 3 a 7 dias. Os EV permanecem viáveis por até duas semanas em secreções de mucosa oral, e por quatro a oito semanas nas fezes, podendo este período se estender em pacientes imunocomprometidos

**MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:** A DMPB se caracteriza por três fases clínicas:

- **Pródromo:** dois a quatro dias antes do aparecimento do exantema ocorrem febre, adinamia, irritabilidade, prostração, diarreia, vômitos, odinofagia e mialgia.

- Fase aguda: máculas eritematosas em mãos e pés, com vesículas de 2 a 5 mm que regridem sem formação de crostas; lesões aftoides dolorosas na língua, palato, mucosa oral e retrofaringe, que dificultam alimentação e causam desidratação. As lesões persistem por cerca de sete a 10 dias.
- Convalescença: prostração, que pode durar semanas. O descolamento ungueal (onicomadese) tardio (até dois meses após o início dos sintomas) pode ocorrer.

**CASO SUSPEITO:** Febre, exantema papular e/ou vesicular em tronco e/ou membros e/ou mãos e pés, com ou sem vesículas e/ou úlceras em cavidade oral.

**DIAGNÓSTICO:** O diagnóstico laboratorial dos enterovírus (EV) relacionados à DMPB é recomendado individualmente para todos os casos que evoluírem para óbito e nos casos graves e/ou hospitalizados, e em situações de surto.

**TRATAMENTO:** Não há tratamento específico para DMPB. Medidas de suporte devem ser orientadas, tais como o uso de analgésicos, antitérmicos e hidratação. A amamentação de crianças com DMPB deve ser estimulada.

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

1. 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)

2. Instituir tratamento sintomático para a doença.

3. Em casos de surtos (ocorrência de dois ou mais casos que atendam a definição de caso suspeito em determinado espaço geográfico e relacionados no tempo), informar a Vigilância Epidemiológica e aguardar informações da VE sobre a necessidade da coleta de exames.

4. O indivíduo não deve frequentar a trabalho / escola / creche por cerca de sete (7) dias ou até o desaparecimento das lesões cutâneas, sujeito à reavaliação médica.

5. Orientar as medidas de prevenção e controle:

- higienização das mãos com água e sabão, principalmente se sujidade visível, ou produtos alcoólicos;
- evitar roer unhas e chupar dedo;
- higienização dos itens de uso pessoal;
- limpeza e desinfecção do ambiente com solução de álcool etílico com concentração de 70%. No caso de sujidade visível, preferir limpeza seguida de desinfecção com solução clorada de alta concentração (15ml de alvejante concentrado 5 a 6% ou 30ml de água sanitária a 2% para um litro de água), deixar secar. Objetos pessoais devem ser enxaguados após 10 minutos, antes de retornarem ao uso.
- evitar a circulação de crianças menores de cinco anos em aglomerações públicas, nos períodos de surto

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

1. Avaliar ficha de notificação e apoiar equipe assistencial e instituições na condução de surtos e coleta de amostras em casos de óbito, graves e/ou hospitalizados; e em situações de surto (no contexto de um surto, o sistema de vigilância instituído preconiza a coleta de cinco amostras do total de casos de DMPB pertencentes a um mesmo surto - seguir fluxo interno da VE).
2. Monitorar contatos próximos e vínculos dos casos notificados para a detecção de surtos em escolas e instituições.
3. Orientar medidas de prevenção e controle da doença.

|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de<br/>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<br/>ROTINAS</b> |
| <b>TÍTULO:</b> Escarlatina – CID A38                                                                                                                         |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                             |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para escarlatina                                                                              |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                             |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

A escarlatina é uma doença infecciosa aguda causada principalmente pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A, produtor de toxina, acometendo principalmente crianças em idade escolar entre 5 e 18 anos. O aparecimento da escarlatina não depende da ação direta do estreptococo, mas de uma reação de hipersensibilidade tardia aos antígenos do estreptococo e liberação de citocinas inflamatórias.

**AGENTE ETIOLÓGICO:** O quadro é atribuído ao *Streptococcus pyogenes*, que libera uma toxina responsável pela manifestação cutânea.

**MODO DE TRANSMISSÃO:** A transmissão ocorre principalmente de pessoa a pessoa, através de gotículas de saliva ou secreções infectadas provenientes de doentes ou portadores sãos, podendo também ocorrer a propagação através de objetos e alimentos contaminados como vias alternativas de transmissão. A fonte da infecção pode ser também uma ferida ou queimadura.

A transmissão tem seu início junto com os primeiros sintomas. Nos casos não tratados e sem complicações, pode ocorrer por até 21 dias. Nos casos adequadamente tratados, até 24 horas do início do tratamento.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** Em geral, de 2 a 4 dias, podendo no entanto, variar de um a sete dias.

**MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:** inicia com febre, mal estar e a dor de garganta, por vezes vômitos, dor de barriga e prostração. Por volta do segundo dia segue com uma erupção papulosa, eritematosa e de aspecto áspero. Inicia-se pelo tronco, axilas e depois as extremidades, poupando as palmas e plantas. A área ao redor da boca também é poupada, tornando-se pálida. Alterações na mucosa da

boca incluem a “língua em framboesa” com papilas hiperplásicas. A erupção da escarlatina desaparece ao fim de seis dias, acompanhando-se de uma descamação fina durante alguns dias.

**DIAGNÓSTICO:** O diagnóstico é clínico e, em casos de surtos, pode-se recomendar a cultura da orofaringe.

**TRATAMENTO:** O tratamento de escolha para a escarlatina é a penicilina e pode ser instituído até nove dias após o início dos sintomas. Em casos de alergia à penicilina, também pode ser utilizado a eritromicina. O afastamento do doente deve ocorrer até 24 horas depois do início do antibiótico adequado.

**Antibióticos recomendados para faringite estreptocócica do grupo A:**

| DROGA                                      | VIA DE ADMINISTRAÇÃO | DOSE                                                                                                                                 | DURAÇÃO DO TRATAMENTO |
|--------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Indivíduos sem alergia à penicilina</b> |                      |                                                                                                                                      |                       |
| Penicilina G benzatina                     | Intramuscular        | <27 kg: 600.000 U; ≥27 kg: 1.200.000 U                                                                                               | 1 dose                |
| Penicilina V                               | Oral                 | Crianças: <27kg: 250 mg 2 vezes ou 3 vezes ao dia; >27kg, adolescentes e adultos: 500 mg 2 vezes ao dia                              | 10 dias               |
| Amoxicilina                                | Oral                 | Crianças: 50 mg/kg uma vez ao dia (máx.=1000mg); alternativo: 25 mg/kg (máx. = 500 mg) 2 vezes ao dia; Adultos 500 mg 2 vezes ao dia | 10 dias               |
| <b>Indivíduos com alergia à penicilina</b> |                      |                                                                                                                                      |                       |
| Cefalexina                                 | Oral                 | Crianças: 20-25 mg/kg/dose, 2 vezes ao dia (máx.=500 mg/dose); Adultos: 500 mg 2 vezes ao dia                                        | 10 dias               |
| Cefadroxil                                 | Oral                 | 30 mg/kg 1 vez ao dia (máximo 1 g)                                                                                                   | 10 dias               |
| Clindamicina                               | Oral                 | 7-10mg/kg/dose 3 vezes ao dia (máx.=300 mg/dose); Adultos: 300mg 3 vezes ao dia                                                      | 10 dias               |
| Azitromicina                               | Oral                 | 12 mg/kg 1 vez ao dia (máximo 500 mg); Adultos: 500 mg no primeiro dia, 250 mg 1 vez por dia por 4 dias adicionais                   | 5 dias                |
| Claritromicina                             | Oral                 | 7,5 mg/kg/dose 2 vezes ao dia (máx.=250 mg/dose); Adulto: 250 mg 2 vezes ao dia                                                      | 10 dias               |

**Fonte:** Centers for Disease Control and Prevention:  
<https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-hcp/scarlet-fever.html>

**CASO SUSPEITO:** Indivíduo que apresenta febre alta com faringite ou faringoamigdalite que cursa com exantema, caracterizado por erupção cutânea eritematosa, após 12 a 48 horas do início dos sintomas respiratórios.

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

1. A escarlatina deve ser notificada somente em casos de surtos. Na ocorrência de dois ou mais casos que atendam a definição de caso suspeito em determinado espaço geográfico e relacionados no tempo, informar a Vigilância Epidemiológica (via e-mail) e aguardar informações da VE sobre a necessidade da coleta de exames.
2. Instituir tratamento indicado para a doença.

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

1. Informar ao sistema de vigilância quaisquer formas incomuns e inesperadas de infecções por esse agente (formas invasivas e surtos). Assegurar o envio de toda cepa isolada de pacientes com formas invasivas ao Instituto Adolfo Lutz (IAL), para caracterização complementar e vigilância genômica de linhagens (clones) e sublinhagens.
2. Em casos de identificação de surtos, abrir ficha de notificação. Entrar em contato com IAL e GVE para verificar a possibilidade de processamento das culturas.
3. A quimioprofilaxia nos comunicantes assintomáticos estará indicada em circunstâncias excepcionais, quando há evolução para gravidade ou hospitalizações, como na ocorrência de glomerulonefrite e febre reumática. Determinados grupos de risco, como indivíduos com imunossupressão grave (infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, entre outras doenças autoimunes), têm risco aumentado de desenvolver doença invasiva esporádica causada por *Streptococos* do Grupo A. Sendo assim, a

quimioprofilaxia específica aos contatos domiciliares pertencentes a estes grupos, deve ser considerada e discutida com equipe técnica.

O regime antibiótico para a quimioprofilaxia é o mesmo recomendado para o tratamento.

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                            |                                                                                                           |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|  <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> 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 sinonímias, 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.

**CASO SUSPEITO**: Pacientes que tiveram contato com gatos com lesões ou matéria orgânica nos últimos 6 meses que apresentem: pápula / úlcera / nódulo / crosta cutânea que não cicatriza (única ou múltiplas, com ou sem comprometimento linfático) OU lesões em mucosas (ocular, oral e/ou nasal).

#### TRATAMENTO:

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. Para o tratamento humano, as cápsulas não devem ser abertas. Excepcionalmente, para crianças e adultos que não conseguem deglutir cápsulas de itraconazol, estas podem ser abertas e misturadas a sucos cítricos.

Como os demais derivados triazólicos, o itraconazol apresenta diversas interações medicamentosas, com várias classes de medicamentos, que devem ser cuidadosamente avaliadas antes do início do tratamento. Efeitos adversos comuns incluem cefaleia, epigastria e diarreia, geralmente autolimitados e bem tolerados.



## QUADRO - Tratamento da Esporotricose:

| MEDICAMENTO                                                                                                                          | DOSE                                                                                                                                                                                                                             | VIA         | FREQUÊNCIA                                                     | TEMPO DE TRATAMENTO                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Itraconazol <sup>a,b</sup>                                                                                                           | <b>Adultos:</b><br>200 mg/dia<br><b>Crianças:</b><br>5 mg a 10 mg/kg/dia                                                                                                                                                         | Oral        | 1x/dia<br>(após refeição)                                      | Até 1 mês após desaparecimento dos sinais clínicos/lesões (ver critérios de cura).              |
| Terbinafina                                                                                                                          | <b>Adultos:</b><br>500 mg/dia<br><b>Crianças:</b><br><20 kg: 62,5 mg<br>20 kg a 40 kg: 125 mg<br>>40 kg: 250 mg                                                                                                                  | Oral        | 1x/dia                                                         | Até 1 mês após desaparecimento dos sinais clínicos/lesões (ver critérios de cura).              |
| Solução saturada de iodeto de potássio<br>• Manipular 50 g de iodeto de potássio em 35 mL de água destilada (com uso de conta-gotas) | <b>Início:</b><br>5 gotas, aumentando 1 gota/dia (ambas as tomadas) até atingir:<br><b>Adultos:</b><br>20 a 25 gotas, 2x/dia<br><b>Crianças:</b><br>• < 20 kg: 10 gotas<br>• 20 kg a 40 kg: 15 gotas<br>• > 40 kg: 20 a 25 gotas | Oral        | 2x/dia<br>(após refeições, com suco ou leite). Não tomar puro. | Até 1 mês após desaparecimento dos sinais clínicos/lesões (ver critérios de cura).              |
| Posaconazol                                                                                                                          | 400 mg<br>(10 mL da solução oral)                                                                                                                                                                                                | Oral        | 2x/dia<br>(após refeição)                                      | Terapia de resgate para casos refratários graves.                                               |
| Anfotericina B <sup>c</sup>                                                                                                          | • Complexo lipídico de anfotericina B:<br>5 mg/kg/dia<br>• Anfotericina B lipossomal:<br>3 mg/kg/dia <sup>d</sup>                                                                                                                | Intravenosa | 1x/dia                                                         | Até resposta clínica (em torno de 10 a 14 dias); substituir por itraconazol assim que possível. |

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

## Principais interações medicamentosas com o itraconazol:

| MEDICAMENTO                                                         | EFEITO DA INTERAÇÃO COM O ITRACONAZOL                           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Amitriptilina                                                       | Aumenta o intervalo QT <sup>e</sup> ; evitar associação         |
| Varfarina                                                           | Aumenta níveis de varfarina; evitar associação                  |
| Bloqueador de canal de cálcio                                       | Aumenta níveis de bloqueador de canal de cálcio                 |
| Antiácidos, sucralfato, antagonistas dos receptores de histamina H2 | Diminuem a absorção do itraconazol                              |
| Inibidores de bomba de prótons                                      | Diminuem a absorção do itraconazol                              |
| Carbamazepina                                                       | Aumenta níveis de carbamazepina e diminui níveis de itraconazol |
| Fenitoína                                                           | Diminui níveis de itraconazol                                   |
| Sinvastatina e atorvastatina                                        | Aumentam níveis da estatina, com risco de rabdomiólise          |
| Antirretrovirais <sup>b</sup>                                       | Diminuem nível sérico de itraconazol                            |

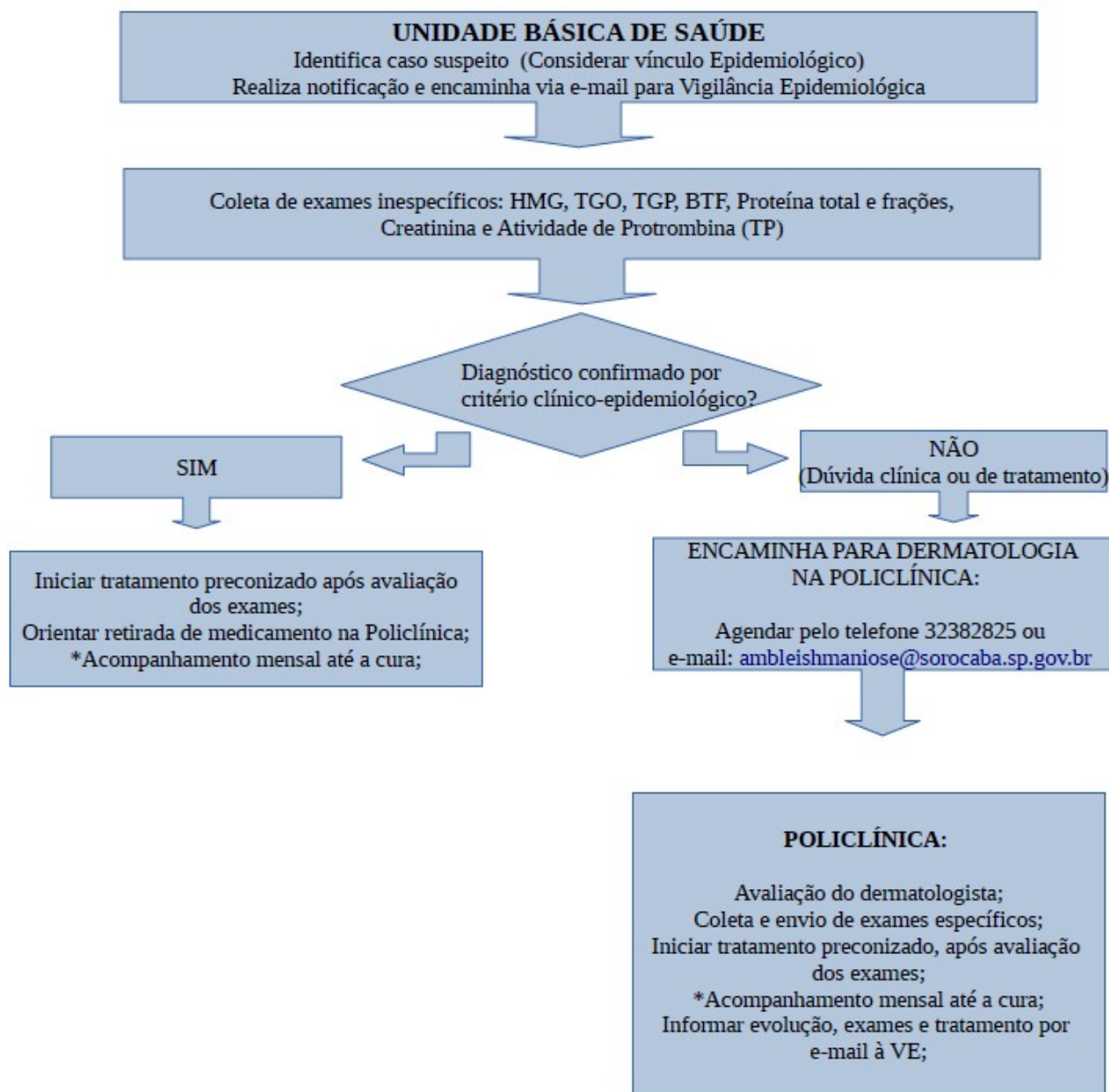
Fonte: Dathi/SVSA/MS.

## 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 via e-mail para a Vigilância Epidemiológica:  
[https://drive.google.com/file/d/1b1BSq8rCTI\\_nLitZohpezDVdMs1VUDUK/view](https://drive.google.com/file/d/1b1BSq8rCTI_nLitZohpezDVdMs1VUDUK/view)
3. Realizar coleta de exames inespecíficos: HMG, TGO, TGP, BTF, Proteína total e frações, Creatinina e Atividade de Protrombina (TP)
4. Para diagnósticos confirmados por critério clínico-epidemiológico E após avaliação dos resultados de exames, iniciar tratamento preconizado.
5. Orientar paciente a retirar o medicamento na farmácia da Policlínica mediante receita médica.
6. Em casos de dúvida diagnóstica ou dificuldades no tratamento, o paciente deverá ser encaminhado à Policlínica Municipal para atendimento com dermatologia; realizar o agendamento pelo telefone 32382825 ou e-mail: [ambleishmaniose@sorocaba.sp.gov.br](mailto:ambleishmaniose@sorocaba.sp.gov.br) . Encaminhar cópia da Ficha da Notificação.
7. Realizar acompanhamento do paciente em consultas mensais até a cura (em torno de 3 a 6 meses). Repetir exames de sangue conforme necessidade (queixas ou comorbidades).
8. Rever paciente de 1 a 2 meses após a suspensão do tratamento para avaliar alta por cura.
9. Casos atendidos na Policlínica, o serviço deverá comunicar a evolução, resultados de exames (se houver) e tratamento proposto dos pacientes por e-mail para a VE.



**FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA CASOS SUSPEITOS  
DE ESPOROTRICOSE HUMANA  
SOROCABA-SP Setembro / 2024**



\*Tempo de tratamento:

Por até 1 mês após o desaparecimento dos sinais clínicos / lesões

Seguimento mensal até a cura (3 a 6 meses) e reavaliação 1 a 2 meses após a suspensão  
da medicação para alta

## 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.
2. Em casos de necessidade da solicitação de antifúngicos para tratamento de micoses endêmicas, realizar a solicitação conforme protocolo interno da VE. Após o recebimento, realizar a dispensação para a unidade solicitante.
3. Aguardar informações sobre confirmação diagnóstica, evolução, resultados de exames (se houver) e tratamento proposto para os pacientes atendidos na Policlínica, para proceder o encerramento das FIEs.
4. Encerramento dos casos:

| Caso confirmado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Caso descartado                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b><u>Clínico - Laboratorial</u></b></p> <p>Caso suspeito com (ao menos um):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Exame histopatológico compatível</li><li>- Exame micológico direto positivo</li><li>- Cultura positiva para <i>Sporothrix spp.</i></li></ul> <p><b><u>Clínico – Epidemiológico</u></b></p> <p>Caso suspeito com história de contato com animal com esporotricose (confirmado por critério laboratorial), ou residentes em áreas de transmissão zoonótica estabelecidas, ou contato com material orgânico.</p> | <p>Paciente suspeito sem histórico de trauma com material orgânico ou contato com animal doente, com cultura negativa para <i>Sporothrix spp</i> e/ou diagnóstico microbiológico e/ou histopatológico comprovado de outra doença.</p> |

5. A ficha de notificação deve ser inserida nos bancos SINAN-NET e RedCap. Após a submissão da ficha no sistema RedCap, Anote e guarde o número de protocolo para possibilitar acessar novamente o formulário, através do “Código de retorno”.

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|  <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> ESQUISTOSSOMOSE - CID: B65.1                                                                                                              |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |
| <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.

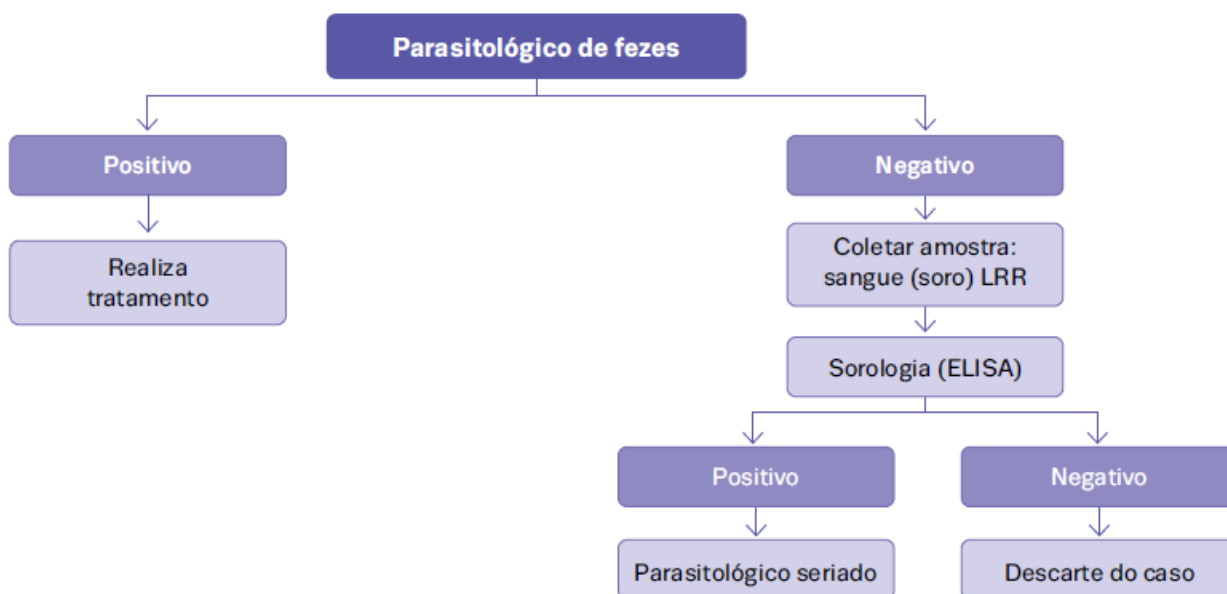
**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** Em média, 1 a 2 meses após a infecção, que corresponde à fase de penetração das cercárias, seu desenvolvimento, até a instalação dos vermes.

**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 miracídeos. Os caramujos infectados eliminam cercárias por toda a vida, que é aproximadamente de 1 ano.

**DIAGNÓSTICO:** Exame Parasitológico de Fezes.

(Em áreas não endêmicas e/ou de baixa prevalência, diante de achados clínicos sugerem que a esquistossomose, com busca negativa de ovos nas fezes, cabe a investigação laboratorial por sorologia, para detecção de anticorpos IgM na reação de imunofluorescência indireta (IFI) ou de anticorpos IgG por ensaio imunoenzimático):

**FIGURA 1 – Fluxo para diagnóstico laboratorial e desfecho de caso de esquistossomose**



Fonte: DEDT/SVSA/MS/Nota Informativa n.º 11 de 2017/CGHDE/Devit/SVS/MS.

Preconiza-se, também, a realização de amostragem adicional seriada de fezes com pesquisa de ovos, nos casos inicialmente negativos pelo KK (Kato-Katz), que foram positivos pela sorologia. É recomendável ainda a cuidadosa revisão da investigação epidemiológica, nos casos clinicamente suspeitos, com risco identificado de exposição a esquistossomose, sem confirmação pelo encontro de ovos e com sorologia positiva.

## 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<br/>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<br/>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. Coletar um tubo de sangue para sorologia e solicitar retirada imediata pela VE (combinar com VE antecipadamente).

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

Fonte: SAS/MS.

## 7. Orientações para pacientes em seguimento ambulatorial (formas leves):

- 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 arbovirose. 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. Em caso de forte suspeita da doença, encaminhar amostra precoce para realização de isolamento viral e PCR (entre 1 e 7 dias de sintomas) em tubo estéril resistente a temperatura ultrabaixa (criotubos) que deve ser conservado em freezer a -70°C.
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 é 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**, cefaleia, 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 riquétsia, e a transmissão geralmente ocorre quando o artrópode permanece aderido ao hospedeiro. Nos carrapatos, a perpetuação das riquétsias 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 15 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.

Antibioticoterapia recomendada:

| ADULTOS       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doxiciclina   | Dose de 100 mg, de 12 em 12 horas, por via oral ou endovenosa, a depender da gravidade do caso, devendo ser mantida por 3 dias após o término da febre. Sempre que possível, a doxiciclina deve ser priorizada.                                                                                                                                           |
| Cloranfenicol | Dose de 500 mg, de 6 em 6 horas, por via oral, devendo ser mantida por 3 dias após o término da febre. Em casos graves, recomenda-se 1 g, 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 500 mg, de 6 em 6 horas.         |
| CRIANÇAS      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Doxiciclina   | Para crianças com peso inferior a 45 kg, a dose recomendada é de 2,2 mg/kg, de 12 em 12 horas, por via oral ou endovenosa, a depender da gravidade do caso, devendo ser mantida por 3 dias após o término da febre.<br>Sempre que possível, seu uso deve ser priorizado (CALE; McCARTHY, 1997; MMWR 2000; PURVIS; EDWARDS, 2000; CDC, 2009; WOODS, 2013). |
| Cloranfenicol | Dose de 50 mg a 100 mg/kg/dia, de 6 em 6 horas, até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, nunca ultrapassando 2 g por dia, por via oral ou endovenosa, dependendo das condições do paciente.                                                                                                                                    |

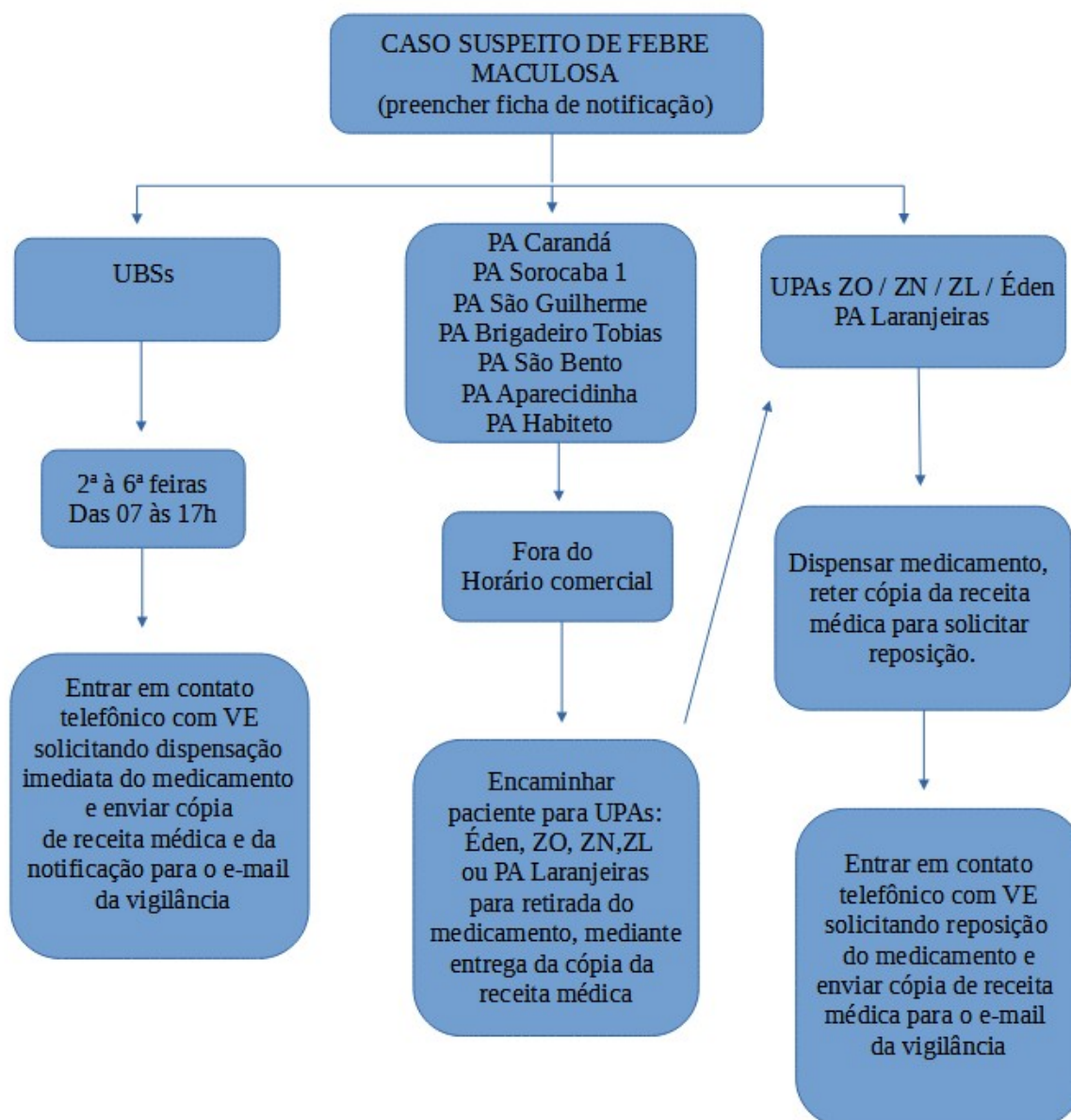
Fonte: DEDT/SVSA/MS.

**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 doxíciclina 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 [drs16-af@saude.sp.gov.br](mailto:drs16-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 específico ambulatorialmente com doxiciclina por via oral.

## AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

1. Solicitar sorologia para febre maculosa, articular coleta da 2ª amostra (15 a 21 dias após a 1ª coleta – prazo máximo de 60 dias) e encaminhar amostras pareadas no mesmo lote para o IAL, com cópia da notificação.
2. Em casos graves ou que evoluem para óbito, solicitar exame de PCR com a primeira amostra enviada. Informar na solicitação do exame e na ficha GAL, uma observação sobre “óbito” ou “grave UTI”. Informar também data de início da antibioticoterapia (amostra para PCR deve ser colhida até 24 horas após o início do antibiótico específico, após esse período a carga bacteriana pode tornar-se indetectável).
3. Amostras colhidas oportunamente que resultarem em elevação de apenas 1 título no pareamento IgG, especialmente se a antibioticoterapia específica foi rapidamente iniciada, podem necessitar de uma terceira coleta para esclarecer o caso. As terceiras coletas precisam ser comunicadas e autorizadas previamente pelo laboratório.
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. Casos que evoluírem a óbito após o envio da amostra, devem ser informados por e-mail: [doencasrespiratorias@ial.sp.gov.br](mailto:doencasrespiratorias@ial.sp.gov.br) e [respostas.rapidas@ial.sp.gov.br](mailto:respostas.rapidas@ial.sp.gov.br)
7. Caso Confirmado:  
**Critério laboratorial:** indivíduo cujos sinais, sintomas e antecedentes epidemiológicos atendem à definição de caso suspeito e no qual infecção por riquétsias 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 15 a 21 dias após) com título  $\geq 128$ ; ou - aumento de, no mínimo, quatro vezes (2 títulos) obtidos em duas amostras de soro.
- 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><b>CIEVS - Sorocaba</b></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 4) preenchido em conjunto com o paciente e formulário para registro de dispensação de Miltefosina (anexo 5) 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:

Na forma cutânea localizada, o tratamento pode ser feito de forma sistêmica com a administração parenteral ou intralesional do antimonio de meglumina, conforme descrito no *Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar* (BRASIL, 2017). Para as áreas onde há predomínio de *Leishmania guyanensis*, recomenda-se preferencialmente o uso de isetionato de pentamidina como medicamento de primeira escolha.

Na leishmaniose cutânea disseminada, o medicamento de primeira escolha é o antimonio de meglumina, porém a resposta ao tratamento pode variar de acordo com a região de ocorrência. Na leishmaniose cutânea difusa, considerando tratar-se de uma forma clínica rara e grave, com difícil resposta terapêutica e cura clínica, o tratamento deve ser realizado nos centros de referência, sendo o isetionato de pentamidina o medicamento de primeira escolha.

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 com miltefosina:

- 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 antimoníato 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 adversos 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 hereditárias raras 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 4) e formulário para registro de dispensação de Miltefosina (anexo 5) 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 IDRМ 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<br/>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<br/>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. O antimonio de meglumina pode ser administrado no nível ambulatorial, o que representa uma vantagem considerando-se que podem ser evitados os riscos relacionados à hospitalização, entretanto deve-se ressaltar a necessidade de acompanhamento clínico e realização dos exames recomendados nesse âmbito. 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 antimonio de meglumina (ou antimonio 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 antimonio 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 antimonio 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  $\geq 6$ ;
- Falha terapêutica ao antimoníato de meglumina ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV;

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 menos de 2 anos de idade com diagnóstico de leishmaniose visceral – Teresina, 2005-2008**

| Variável                                  | Peso da variável no modelo clínico | Peso da variável no modelo clínico e laboratorial |
|-------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Idade                                     |                                    |                                                   |
| < 12 meses                                | 1                                  | 1                                                 |
| > 12 meses                                | 0                                  | 0                                                 |
| Sangramento                               |                                    |                                                   |
| 1-2 sítios                                | 1                                  | 1                                                 |
| 3-4 sítios                                | 2                                  | 2                                                 |
| 5-6 sítios                                | 4                                  | 4                                                 |
| Edema                                     | 1                                  | 2                                                 |
| Icterícia                                 | 1                                  | -                                                 |
| Dispneia                                  | 1                                  | 1                                                 |
| <sup>1</sup> AST ou ALT acima de 100 UK/L | -                                  | 3                                                 |
| Pontuação máxima                          | 08                                 | 11                                                |

Nota: <sup>1</sup>AST – aspartato aminotransferase; ALT – alanina aminotransferase.

**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 com mais de 2 anos de idade diagnosticados com leishmaniose visceral – Teresina, 2005-2008**

| Variável                                   | Peso da variável no modelo clínico | Peso da variável no modelo clínico e laboratorial |
|--------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Idade                                      |                                    |                                                   |
| 2-20 anos                                  | -                                  | -                                                 |
| 20-40 anos                                 | 1                                  | 1                                                 |
| >40 anos                                   | 2                                  | 2                                                 |
| Sangramento                                |                                    |                                                   |
| 1-2 sítios                                 | 1                                  | 1                                                 |
| 3-4 sítios                                 | 2                                  | 2                                                 |
| 5-6 sítios                                 | 3                                  | 3                                                 |
| Aids                                       | 2                                  | 3                                                 |
| Edema                                      | 1                                  | 1                                                 |
| Icterícia                                  | 1                                  | 1                                                 |
| 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                                                 |
| <sup>1</sup> Insuficiência renal           | -                                  | 3                                                 |
| Pontuação máxima                           | 11                                 | 20                                                |

Nota: <sup>1</sup>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 6), 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) 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 ).
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, UPAs 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.

### Antibioticoterapia recomendada para pacientes com leptospirose:

| FASE         | ANTIBIÓTICO                          | ADULTO                                              | CRIANÇA                                                             |
|--------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Fase precoce | Doxiciclina <sup>a</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 g 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: DEDT/SVSA/MS.

<sup>a</sup>A doxiciclina não deve ser utilizada em 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.

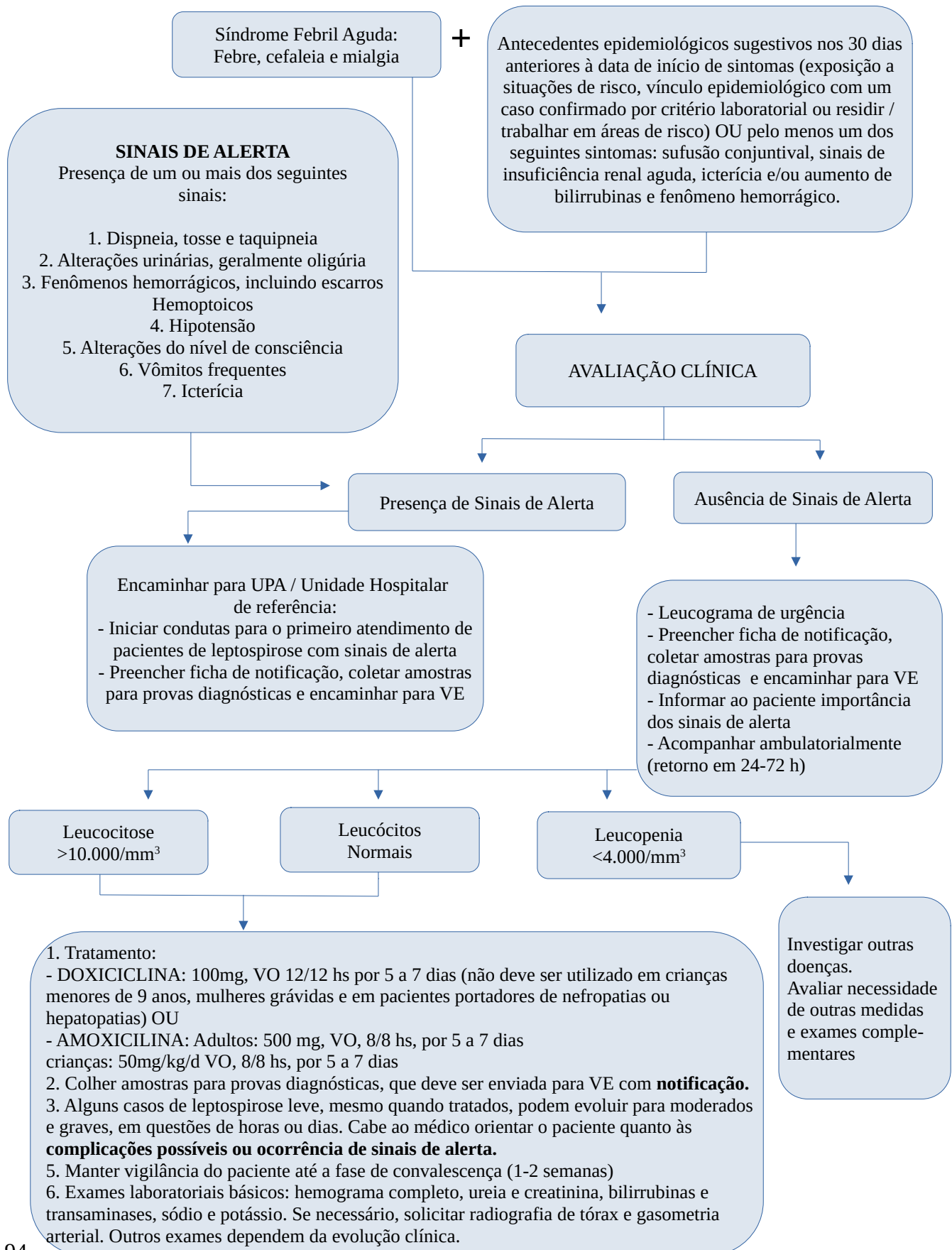
<sup>c</sup>O tratamento com antibióticos intravenosos (IV) deve durar pelo menos sete dias.

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, 6ª edição, pág. 1061. 2023

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 e entre 14 a 60 dias da DPS).

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

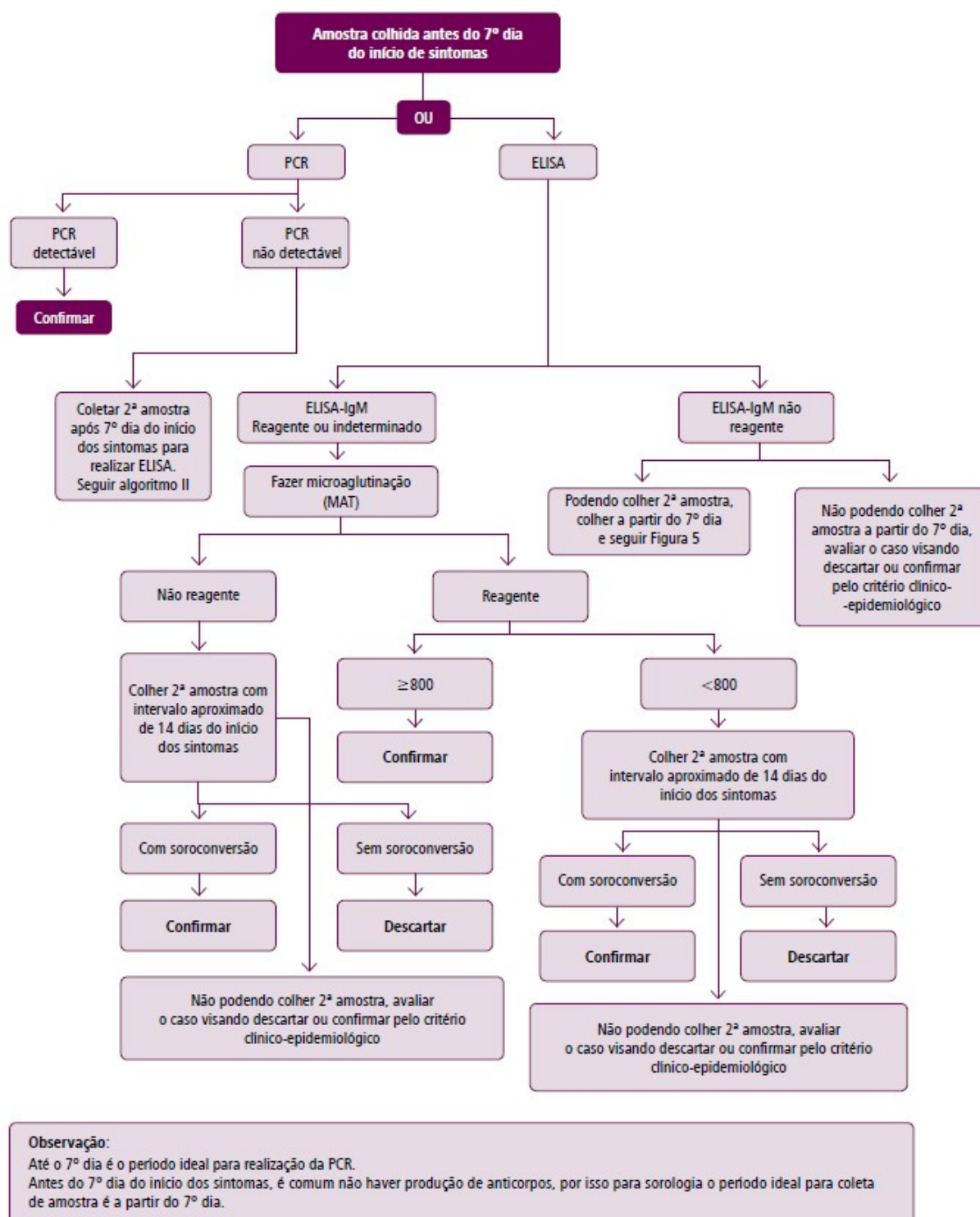
E

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.

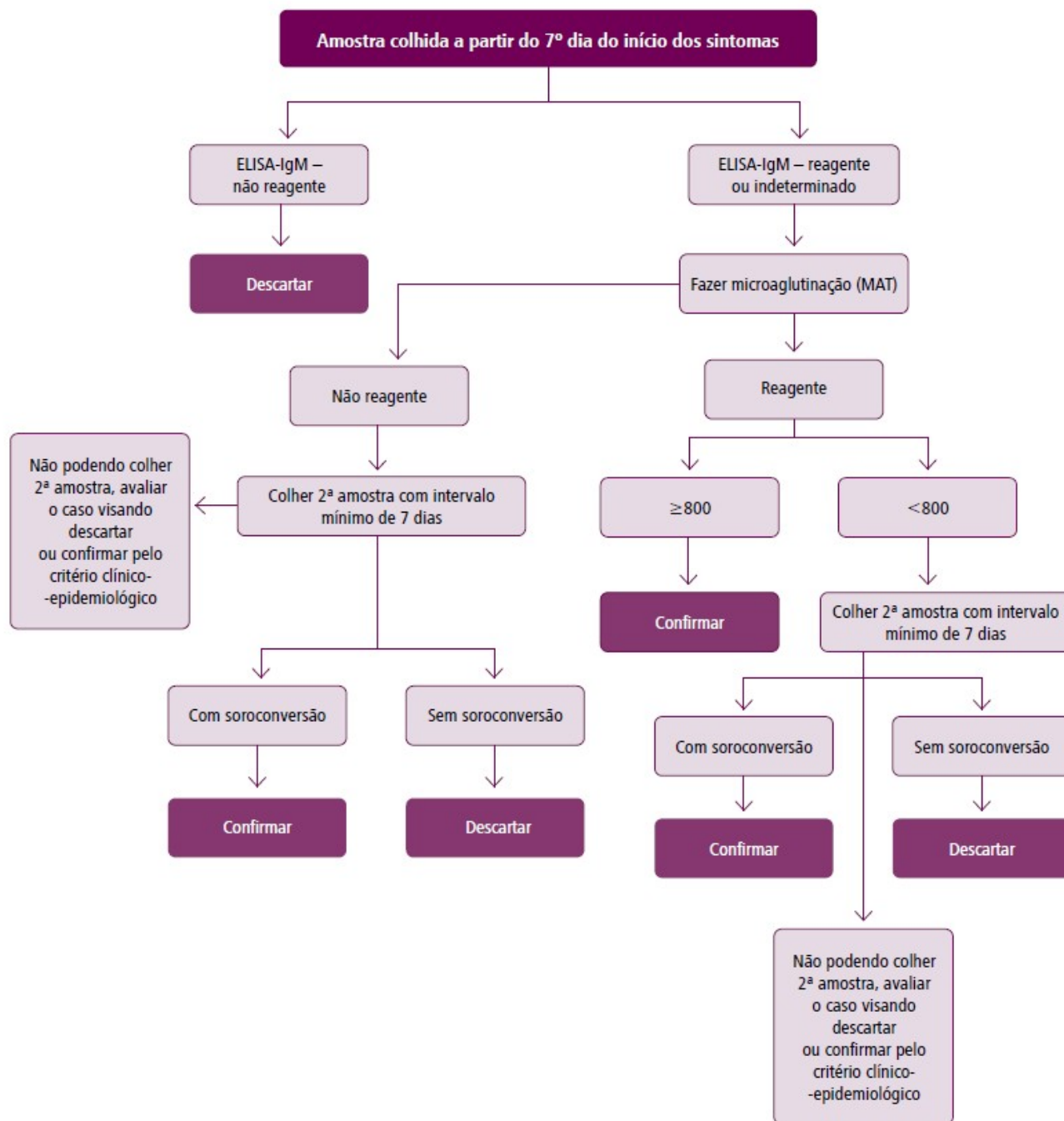
## Algoritmo de encerramento de caso de leptospirose com amostra colhida ANTES do 7º dia do início dos sintomas:



Fonte: DEDT/SVSA/MS.

**OBS:** SOLICITAR 2ª AMOSTRA ENTRE 7 A 15 DIAS APÓS A 1ª COLETA E ENCAMINHAR AO IAL, MESMO SEM O RESULTADO DO PRIMEIRO MAT (resultado demorado e pode ultrapassar a data oportuna de coleta para a segunda amostra)

**Algoritmo de encerramento do caso de leptospirose com amostra colhida A PARTIR do 7º dia do início dos sintomas:**



Fonte: DEDT/SVSA/MS.

OBS: SOLICITAR 2ª AMOSTRA ENTRE 7 A 15 DIAS APÓS A 1ª COLETA E ENCAMINHAR AO IAL, MESMO SEM O RESULTADO DO PRIMEIRO MAT (resultado demorado e pode ultrapassar a data oportuna de coleta para a segunda 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> 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.

**PERÍODO DE INCUBAÇÃO:** Varia de acordo com a espécie de plasmódio. Em primoinfectados, para *P. falciparum*, mínimo de sete dias; *P. vivax*, de 10 dias a 30 dias; e *P. malariae*, 18 a 30 dias (WHO, 2018).

**DIAGNÓSTICO:** 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 Saúde (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.

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.

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

### **AÇÕES 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:**

**SUS:** 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.

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

**Serviços PRIVADOS:** Realizar coleta de sangue para "Pesquisa de Plasmodio em Gota Espessa + Teste Rápido para Malária", em 1 tubo contendo EDTA (roxo) e encaminhar ao CHS junto com SADT (assinatura médica) com as informações: nome, DN, nome da mãe, cartão SUS e RG + relatório médico + cópia da notificação. Realizar contato prévio com laboratório do CHS via telefone (33329100 – R. 9460 – Juliana Roque) para organizar a coleta, o transporte e a entrega da amostra em tempo hábil de no máximo 2 horas após a coleta. Atendimento no CHS preferencialmente até às 17 horas do dia.

Realizar transporte da amostra refrigerada (2° a 8° C) em caixa térmica.

Se o resultado confirmar malária, o CHS avisará o serviço para que o médico prescreva o tratamento e o paciente (ou familiar / funcionário) retire o medicamento.

Para a realização das lâminas de controle de cura, deve-se seguir o mesmo fluxo de coleta e envio de amostras ao CHS.

**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 UPAs 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.farmaciaambulatorial@gmail.com](mailto:chs.farmaciaambulatorial@gmail.com)), mediante o envio do receituário, notificação e resultado de exames. Após a liberação, o hospital deverá proceder a retirada no CHS.

Realizar coleta de sangue (pacientes internados ou aguardando internação) para "Pesquisa de Plasmodio em Gota Espessa" + "Teste Rápido de Malária", em 1 tubo 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 + relatório médico + cópia da notificação.

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 + solicitação de exame + relatório médico no laboratório do CHS deverá ocorrer preferencialmente até às 17 horas.

Para o controle de cura, o paciente deverá coletar amostras de sangue (1 tubo roxo) e encaminhá-las ao CHS no prazo máximo de 2 horas após a coleta:

- Serviços privados: coletar e transportar a amostra em até duas horas, refrigerada em caixa térmica (2° à 8°C), com pedido médico.
- Serviços públicos: Coletar na UBS de referência do paciente e articular retirada do material junto à Vigilância Epidemiológica, possibilitando a entrega da amostra no CHS em no máximo duas horas.

Durante o processo de acompanhamento ambulatorial na origem, a equipe médica responsável pode solicitar vaga de ambulatório para a especialidade de Medicina Tropical (via DRS), caso haja necessidade.

### **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 preferencialmente até às 17 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: 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. 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. De modo geral, ocorrem mais casos de meningite viral no fim do verão e no começo do outono.

**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:

- Indivíduo com febre acompanhada de dois ou mais dos seguintes sintomas: cefaleia intensa, vômito, confusão ou alteração mental, fotofobia (aumento da sensibilidade à luz), torpor, convulsão;

**OU**

- Indivíduo com febre acompanhada de pelo menos um sinal de irritação meníngea, como rigidez de nuca, *Kernig* ou *Brudzinski*; **OU**

- Indivíduo com febre de início súbito e aparecimento de erupções cutâneas petequiais ou sufusões hemorrágicas; **OU**

- Em menores de dois anos considerar, além das apresentações supracitadas, a ocorrência de febre com irritabilidade ou choro persistente ou sonolência ou abaulamento de fontanela.

Os sinais e sintomas podem aparecer em qualquer ordem. Algumas manifestações gastrointestinais podem estar presentes (distensão abdominal e diarreia). Os patógenos bacterianos

da meningite podem causar outros sintomas como resultado de infecções da corrente sanguínea (**seps**) como mãos e pés frios, mialgia e/ou artralgia, taquipneia, taquicardia, além das erupções cutâneas que podem aparecer mais tardiamente.

Em situações de surto, considerar definição de caso suspeito mais sensível, conforme NT 154/2024 – DPNI/SVS/MS.

**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. Não há tempo definido de período de transmissão. Não há necessidade de isolamento do paciente ou de tratamento preventivo com antibióticos aos contatos. Orienta-se intensificar medidas de higiene evitando contato próximo, minimizando a transmissão.

**ALTERAÇÕES ENCONTRADAS NO LCR EM CASO DE 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>                  |

**CONSIDERAÇÕES PARA INTERPRETAÇÃO DE RESULTADO DE QUIMIOCIOTOLÓGICO:**

- ✓ 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, e coleta do líquido 24 horas após para a confirmação do caso como meningite viral. Sendo descartada meningite bacteriana suspender antibiótico.

TRATAMENTO: 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 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. O serviço notificante deverá realizar no mínimo os seguintes exames a partir da coleta de LCR:

- Quimiocitológico
- Bacterioscopia
- Cultura

3. Coletar e enviar para VE junto com notificação, resultado do quimiocitológico e bacterioscopia (conforme fluxo pré-estabelecido de retirada de amostras, pelas visitadoras):

- Uma amostra de líquido cefalorraquidiano (LCR) com 1 a 3 mL e acondicionar em tubo de polipropileno estéril com tampa rosqueada, tipo criotubos. Conservar em geladeira e transportar entre 2 e 8 °C com gelo reciclável em caixa isotérmica em até 24 horas.

4. Os resultados de cultura devem ser encaminhados assim que estiverem prontos através de e-mail para a vigilância epidemiológica.

5. Cepas isoladas nos laboratórios dos serviços notificantes (Neisseria, Haemophilus e Streptococcus) devem ser encaminhadas ao IAL, através da VE, com os devidos cuidados de acondicionamento e transporte para cada espécie identificada para a caracterização antigênica (sorotipo/sorogrupo) e de resistência microbiana.

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

1. Realizar investigação detalhada do caso.

2. Solicitar do hospital resultado de imediato quimiocitológico + bacterioscopia e aguardar resultado final da cultura do LCR realizada pelo laboratório da assistência.

3. Encaminhar através de e-mail cópia de casos suspeitos de meningites de OUTROS MUNICÍPIOS, com cópia para grupo GVE- Itapetininga.
4. Acompanhar evolução dos casos (se internados) e encerrar a ficha para ser lançada no SINAN após resultado final de cultura do LCR.
5. Enviar cepas isoladas ao IAL nos casos elegíveis.
6. Encaminhamento de amostras para pesquisa de agente etiológico viral para o IAL (através da VE) podem ser realizadas em casos de surtos de meningite ou casos de encefalite viral.
7. 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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de<br/>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<br/>ROTINAS</b> |
| <p><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<br/>Doença Meningocócica - CID A39.0 – Meningite Meningocócica / A39.2 – Meningococcemia aguda</p> |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                             |
| <p><b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de Meningite Bacteriana</p>                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                             |

#### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

Processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal, causado por bactérias. As meningites bacterianas são mais graves podendo evoluir para óbito em algumas horas de evolução da doença ou causar sequelas permanentes nos pacientes acometidos.

#### AGENTE ETIOLÓGICO:

*Neisseria meningitidis* (meningococo) Bactéria gram negativo, no Brasil é a principal causa de meningite bacteriana.

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 14 anos de idade, através do Programa Nacional de Imunização.

*Streptococcus pneumoniae* (pneumococo): Bactéria gram-positiva com característica morfológica esférica (cocos), disposta aos pares. 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).

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.

Os contatos próximos de pacientes com meningite pneumocócica não precisam receber antibiótico profilático. Crianças menores de um ano são vacinadas de rotina, pelo Programa Nacional de Imunização contra o pneumococo (vacina 10 valente).

*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. O *Haemophilus influenzae* capsulado 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 necessitam receber quimioprofilaxia. Crianças menores de um ano são vacinadas de rotina contra este tipo de bactéria.

Outras bactérias: *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:

- Indivíduo com febre acompanhada de dois ou mais dos seguintes sintomas: cefaleia intensa, vômito, confusão ou alteração mental, fotofobia (aumento da sensibilidade à luz), torpor, convulsão;  
**OU**
- Indivíduo com febre acompanhada de pelo menos um sinal de irritação meníngea, como rigidez de nuca, *Kernig* ou *Brudzinski*; **OU**
- Indivíduo com febre de início súbito e aparecimento de erupções cutâneas petequiais ou sufusões hemorrágicas; **OU**
- Em menores de dois anos considerar, além das apresentações supracitadas, a ocorrência de febre com irritabilidade ou choro persistente ou sonolência ou abaulamento de fontanela.

Os sinais e sintomas podem aparecer em qualquer ordem. Algumas manifestações gastrointestinais podem estar presentes (distensão abdominal e diarreia). Os patógenos bacterianos da meningite podem causar outros sintomas como resultado de infecções da corrente sanguínea (**seps**) como mãos e pés frios, mialgia e/ou artralgia, taquipneia, taquicardia, além das erupções cutâneas que podem aparecer mais tardiamente.

Em situações de surto, considerar definição de caso suspeito mais sensível, conforme NT 154/2024 – DPNI/SVS/MS.

**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.

**TRANSMISSÃO:** O período é variável, dependendo do agente infeccioso e da instituição do diagnóstico e tratamento. Ocorre de pessoa a pessoa, por meio de gotículas de secreções respiratórias do doente ou do portador assintomático, em que geralmente se necessita de um contato próximo e prolongado para que ocorra a transmissão.

#### AVALIAÇÃO DE LÍQUOR – QUIMIOCIOTOLÓGICO

| Laboratório        | Bacteriana                | Tuberculose           | Viral                | Encefalite           | Neurocisticercose                             | Fungos                              |
|--------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Aspecto</b>     | Turvo                     | Límpido ou turvo      | Límpido              | Límpido              | Límpido ou pouco turvo                        | Límpido                             |
| <b>Cor</b>         | Branca/xantocrôm.         | Incolor ou xantocrôm. | Incolor              | Incolor              | Incolor                                       | Incolor                             |
| <b>Glicose</b>     | ↓                         | ↓                     | Normal               | Normal               | Normal                                        | Normal                              |
| <b>Proteínas</b>   | ↑                         | ↑                     | Pouco ↑              | Pouco ↑              | Pouco ↑                                       | Pouco ↑                             |
| <b>Leucócitos</b>  | 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) |
| <b>CIE</b>         | Reagente                  | --                    | --                   | --                   | --                                            | --                                  |
| <b>Látex</b>       | Reagentes                 | --                    | --                   | --                   | --                                            | --                                  |
| <b>Microscopia</b> | Positiva                  | Negativa              | Negativa             | Negativa             | Positiva (tinta da China)                     | Positiva (tinta da China)           |
| <b>Cultura</b>     | Em Agar chocolate         | Meio Lowesoin-Jansen  | Negativa             | Negativa             | Crescimento em meio de Saboraud e Ágar sangue | --                                  |

Fonte: elaboração própria

### VALORES NORMAIS EM QUIMIOCITOLÓGICO:

| <b>Células RN</b>  | <b>&lt; 1 ano</b> | <b>&gt; 1 ano</b> | <b>Glicose</b> | <b>Proteínas</b> | <b>Cor</b>     |
|--------------------|-------------------|-------------------|----------------|------------------|----------------|
| <b>Até 20 céls</b> | 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. 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.

### 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. Realizar a coleta de material biológico (líquor e sangue) tão logo se tenha a suspeita clínica de meningite. O material coletado em meio estéril deve ser processado inicialmente no laboratório local (bacterioscopia, citoquímica e cultura), subsequente esse material e/ou a cepa já isolada deverá ser encaminhado para a VE, conforme fluxo pré-estabelecido de retirada de amostras pelas visitadoras. Encaminhar junto com a notificação e resultado de quimiocitológico:

- Uma amostra de líquido cefalorraquidiano (LCR) com 1 a 3 mL e acondicionar em tubo de polipropileno estéril com tampa rosqueada, tipo criotubos. Conservar em geladeira e transportar entre 2 e 8 °C com gelo reciclável em caixa isotérmica em até 24 horas.
- 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).
- Em caso de óbito: coletar sangue e LCR em até 8 horas após o ocorrido.

3. Os resultados de cultura devem ser encaminhados assim que estiverem prontos através de e-mail para a vigilância epidemiológica.

4. Cepas isoladas nos laboratórios dos serviços notificantes (Neisseria, Haemophilus e Streptococcus) devem ser encaminhadas ao IAL, através da VE, com os devidos cuidados de acondicionamento e transporte para cada espécie identificada para a caracterização antigênica (sorotipo/sorogrupo) e de resistência microbiana.

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

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

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: Focaccia; Veronesi, 2015.

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          | 7 a 10         |
|                                                                                  | Cefotaxima                                              | 200 mg/kg/dia               | 6 em 6            |                |
| Outros bacilos Gram-negativos ( <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella</i> sp.) | 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: DPNI/SVSA/MS.

Recomendação de antibioticoterapia para casos de doença meningocócica:

| 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.

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                 |             |                          |                   |                |
| <i>Pseudomonas</i>              | Meropenem   | 6 g                      | 8 em 8            |                |

Fonte: DPNI/SVSA/MS

8.

## QUIMIOPROFILAXIA

A quimioprofilaxia deverá ser realizada o mais rápido possível, nos contatos próximos\* do caso suspeito ou confirmado de doença meningocócica ou doença invasiva por Hib, idealmente nas primeiras 24h após início dos sintomas.

A quimioprofilaxia, se administrada mais de 10 dias após a exposição ao caso índice é de valor bastante limitado ou nulo. Cabe esclarecer que a maioria dos casos secundários ocorre na primeira semana após contato com o caso-índice. No entanto, para contatos com casos de doenças por Hib, a quimioprofilaxia poderá ser realizada em até 30 dias após exposição.

\* Definição de contatos próximos: Indivíduo que teve contato direto e prolongado com o caso suspeito ou confirmado de DM e doença invasiva por Hib, com exposição direta às gotículas de secreções respiratórias, considerando dois momentos:

Retrospectivo: do início dos sinais e sintomas do caso até 10 dias anteriores

Prospectivo: do início dos sinais e sintomas do caso até 24 horas após início do tratamento com cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima) ou uso de rifampicina.

Principais situações em que pode ocorrer exposição direta às gotículas de secreções respiratórias entre o caso suspeito ou confirmado e o contato:

- Compartilhamento de ambiente doméstico (mesmo domicílio ou dormitório)
- Exposição direta às secreções nasofaríngeas. Exemplo: beijo ou compartilhamento de objetos que viabilizem a troca salivar.
- Exposição próxima e contínua de pelo menos 4 horas **E** até 1 metro de distância, em ambiente fechado. Exemplo: passageiro sentado ao lado em viagem de longo percurso; encontros, reuniões e atividades em ambientes fechados, salas de aulas em escolas, creches, entre outros.
- Exposição próxima por pelo menos cinco dias. Exemplo: creche e instituição de ensino infantil (menores de cinco anos), ambiente de trabalho.
- Exposição direta às gotículas de secreções respiratórias na realização de procedimentos invasivos, potencialmente geradores de aerossóis (ex. intubação orotraqueal, passagem de cateter nasogástrico, aspiração de vias aéreas, respiração boca a boca), **sem utilização de equipamento de proteção individual (EPI)** adequado, antes de completar 24h de tratamento do paciente (com cefalosporina de terceira geração).

Para definições e quimioprofilaxia em situações de surtos, consultar NT 154/2024 – DPNI/SVSA/MS.

A droga de escolha para o bloqueio é a **Rifampicina**, deve ser administrada simultaneamente a todos os contatos próximos, nas seguintes doses:

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;<br>intramuscular            | Dose única     |         |
|                | ≥ 12 anos                  | 250 mg;<br>intramuscular            |                |         |
| Ciprofloxacino | > 18 anos                  | 500 mg; uso oral                    | Dose única     |         |

Esquema quimioprofilático indicado para doença invasiva por Hib:

| Droga                          | Idade               | Dose                                 | Intervalo               | Duração |
|--------------------------------|---------------------|--------------------------------------|-------------------------|---------|
| <b>Rifampicina</b>             | <1 mês              | 10mg/kg/dose                         | 24 em 24 horas (1x/dia) | 4 dias  |
|                                | >= 1 mês a <18 anos | 20mg/kg/dose (máximo 600mg)          |                         |         |
|                                | >=18 anos           | 600mg                                |                         |         |
| <b>Ceftriaxona<sup>1</sup></b> | <12 anos            | 50mg/kg intramuscular ou intravenoso | 24 em 24 horas (1x/dia) | 2 dias  |
|                                | >=12 anos           | 1 grama intramuscular ou intravenoso |                         |         |
|                                |                     |                                      |                         |         |

Considerações sobre a quimioprofilaxia:

- A azitromicina (em dose única de 500 mg) é uma alternativa indicada em situações que houver resistência microbiana ao ciprofloxacino ou na ausência das demais opções
- Para as **gestantes** orienta-se o uso de ceftriaxona como medicamento de primeira escolha para a quimioprofilaxia.
- Para lactantes não há contraindicação para o uso de rifampicina.
- Havendo ocorrência de novos casos que abranja o mesmo grupo de contatos próximos, em até 30 dias após realização de quimioprofilaxia, um antibiótico alternativo deverá ser considerado para profilaxia de repetição.

### AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

1. Realizar investigação detalhada do caso. Na forte suspeita de meningite bacteriana e resultado de cultura negativa, encaminhar LCR e soro, ambos para realização de PCR (testagem de pneumococo, meningococo e Hib).
2. Solicitar ao serviço de saúde, resultado imediato de quimiocitológico + bacterioscopia e aguardar resultado final da cultura do LCR realizada pelo laboratório da assistência.
3. Encaminhar, através de e-mail, cópia de casos suspeitos de meningites de OUTROS MUNICÍPIOS, com cópia para grupo GVE- Itapetininga.

4. Acompanhar evolução dos casos (se internados) e encerrar a ficha para ser lançada no SINAN após resultado final de cultura e/ou PCR do LCR.

5. Comunicar Labmun a necessidade de armazenamento / descarte de amostra.

6. Enviar cepas de *N. meningitidis*, *H. influenzae* ou de *S. pneumoniae*, já isoladas para o IAL.

7. Orientar quimioprofilaxia quando indicada:

Quimioprofilaxia para Doença Meningocócica (DM):

a) O paciente: somente se o tratamento da doença não estiver sendo realizado com cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima).

b) Contato próximo (vide definição acima) do caso suspeito ou confirmado de DM

c) Profissionais de saúde: SOMENTE aqueles que realizaram procedimentos invasivos, potencialmente geradores de aerossóis (ex. intubação orotraqueal, passagem de cateter nasogástrico, aspiração de vias aéreas, respiração boca a boca), sem utilização de equipamento de proteção individual (EPI) adequado, antes de completar 24h de tratamento do paciente (com cefalosporina de terceira geração).

Quimioprofilaxia para doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b:

a) Para o paciente, se o tratamento da doença não estiver sendo realizado com cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima).

b) Demais contatos: consultar Nota Técnica nº 154/2024 – DPNI/SVSA/MS, item 4.7.2

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 próximo.
- ✓ Nos feriados os hospitais poderão realizar bloqueio **apenas aos contatos domiciliares do 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, idealmente nas

primeiras 24 horas após início dos sintomas. Para aqueles casos que não for possível a execução nesse prazo, poderá ser realizada em até 10 dias após exposição ao caso índice. No entanto, para contatos com casos de doenças por Hib, a quimioprofilaxia poderá ser realizada em até 30 dias após exposição.

- ✓ O objetivo da quimioprofilaxia é evitar casos secundários e eliminação de possível estado de portador “são” entre os contatos íntimos.
- ✓ Conforme orientação do GVE, em situações onde houve a realização de quimioprofilaxia para doença meningocócica e posteriormente há a liberação do resultado de exame para doença invasiva por Hib, se faz necessário nova quimioprofilaxia com a dose ajustada do antibiótico para a doença.

**8. Dispensação de Rifampicina (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).

**9.** 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.

**10.** Verificar a realização completa e adequada do esquema profilático dos contatos, bem como monitorar o aparecimento de sinais e sintomas suspeitos, contados da data da exposição com o caso até 10 dias posteriores (período máximo de incubação).

**11. Vacinação:** Crianças que tiveram doença invasiva por Hib-tipo b, antes de completar dois anos de idade, conforme orientações:

- Crianças menores de dois anos de idade (< 2 anos), que NÃO estiverem vacinadas OU estiverem com o esquema vacinal INCOMPLETO para Haemophilus influenzae tipo b, deverão iniciar ou

completar o esquema vacinal conforme orientação do PNI, com a administração da vacina penta (rotina) ou hexa acelular (Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE).

- Crianças de seis meses de vida à menores de dois anos (6 meses a <2 anos), com esquema vacinal COMPLETO contra *Haemophilus influenzae* tipo b, recomenda-se a administração de uma NOVA DOSE DA VACINA com o componente *Haemophilus influenzae* b, respeitando o intervalo mínimo de 60 dias após a última dose administrada de vacinas contendo o componente *Haemophilus influenzae* b (vacina penta - rotina; hexa acelular - CRIE; *Haemophilus influenzae* B (Conjugada) – CRIE).

- A vacinação deve ser iniciada 30 dias após o início da doença invasiva ou o mais breve possível passado este período.

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|  <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 *Orthopoxvirus*.

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:

<https://drive.google.com/file/d/1-3zrtMssN00JhdS0GH392GFT9hjxz0R/view>

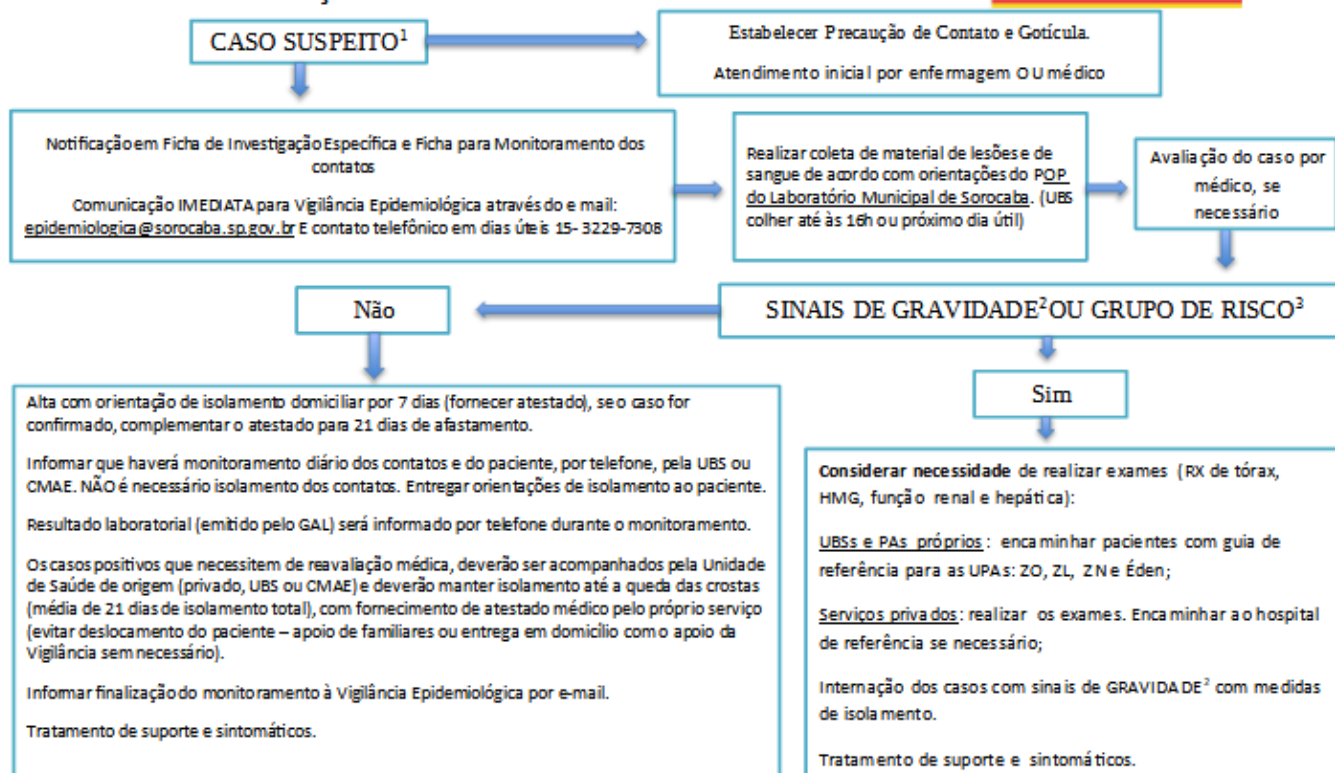
2. Entrar em contato com a Vigilância Epidemiológica Municipal nos dias úteis e encaminhar a ficha digitalizada. Através do e-mail: [epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br](mailto:epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br) ou 15-3229-7311/7313

3. Coleta de duas amostras das lesões, preferencialmente vesículas, através de swab e tubo seco. Coleta de 2 amostras de sangue em tubo com gel separador (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).
9. Mediante a resultados positivos, ampliar oferta de exames para ISTs.

#### 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** proctite (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

- a) Evitar parto cesáreo nos casos com lesões em genitais.
- b) Não fazer contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (RN).
- c) Banho do RN na primeira hora de vida.
- d) Exame físico minucioso do RN e na presença de lesões coletar de material e notificação de novo caso suspeito.
- e) 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.
- f) 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

RECÉM NASCIDO DE GESTANTE SUSPEITA<sup>1</sup> ou CONFIRMADA<sup>2</sup>

- Estabelecer Precaução de Contato e Gotícula durante todo o atendimento.
- Não realizar contato pele/pele do RN com a mãe;
- Atendimento de Sala de Parto de acordo com as rotinas de atendimento da Sociedade Brasileira de Pediatria;
- Realizar exame físico detalhado;
- SE lesões cutâneas realizar coleta de material (dois swabs de lesões diferentes- 1 swab em cada tubo seco) de acordo com orientações do POP do Laboratório Municipal de Sorocaba.
- Havendo a coleta, realizar notificação compulsória em Ficha de Investigação específica.
- Havendo condições clínicas realizar o banho na primeira hora de vida.

### AMAMENTAÇÃO

*Ainda não se sabe neste momento se a doença é transmitida pelo leite materno.*

**CASO SUSPEITO:** Explicar para a mãe sobre o desconhecimento até o momento do risco de amamentação em casos positivos da infecção. A decisão sobre a amamentação será da parturiente mediante assinatura de termo de consentimento; CUIDADOS NA AMAMENTAÇÃO:

- ✓ RN deve estar totalmente vestido ou envolto por um cobertor. Após o contato, a roupa ou cobertor deve ser imediatamente substituídos;
- ✓ a mãe deve usar luvas e avental, deixando coberta toda área de pele abaixo do pescoço;
- ✓ a mãe deve usar uma máscara cirúrgica bem ajustada à face;
- ✓ se possível, manter acompanhante que não sejam contatos de caso suspeito ou confirmado;

**CASO CONFIRMADO:** Desaconselhar o aleitamento materno até a queda de todas as crostas (média de 14 dias);

### Alocação dos Recém Nascidos (RN): será definido de

#### ALOJAMENTO CONJUNTO:

- Manter regras de isolamento de contato e gotículas
- Distância entre o bebê e a mãe de dois metros;
- se possível, manter acompanhante que não sejam contatos de caso suspeito ou confirmado;

#### UTI NEONATAL:

- Manter isolamento de contato e gotículas até 21 dias após o nascimento OU em casos positivos, até a queda das crostas de pele.
- No caso de procedimentos que gerem aerossóis, realizar precaução de aerossóis (máscara N95 ou PFF2).

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

GESTANTE SUSPEITA<sup>1</sup>

Estabelecer Precaução de Contato e Gotícula.  
Atendimento Inicial por enfermagem OU médico.

Notificação em Ficha de Investigação Específica E Ficha para Monitoramento dos contatos

Comunicação IMEDIATA para Vigilância Epidemiológica através do e-mail: [epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br](mailto:epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br) E contato telefônico em dias úteis 15- 3229-7311/ 7313

Realizar coleta de material de lesões de acordo com orientações do POP do Laboratório Municipal de Sorocaba.

Coleta de DUAS amostras preferencialmente vesículas e/ ou lesão seca. Um SWAB de cada amostra por tubo SECO.

Coletar DOIS tubos secos (10 ml para adultos) para diagnóstico diferencial (sífilis, Herpes simples, varicela zoster).

- Atendimento obstétrico com EPIs para isolamento de contato e gotículas;
- Indicação de cesariana apenas nos casos de lesões em região genital;
- Monitoramento de rotina de parto;
- Clampeamento tardio do cordão, de acordo com vitalidade do recém nascido (RN);
- Não fazer contato de pele do RN com a mãe;
- Recuperação anestésica deverá ser realizada na mesma sala de procedimento;
- Manter a puérpera com uso de máscara (havendo possibilidade clínica), durante todo o atendimento;
- Medidas de isolamento de contato e de gotículas durante toda a internação.

## 10. Orientações sobre isolamento para pacientes suspeitos e confirmados de MPOX:

- 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;

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

1. Receber as notificações e realizar primeiro contato reforçando medidas de isolamento.

2. Monitorar evolução clínica do paciente. Informar resultado do exame ao paciente.

3. Encaminhar as amostras, solicitando os seguintes exames:

- IAL: solicitar RT-PCR

- Labmun: solicitar sorologia para sífilis

- Laboratório conveniado: solicitar sorologia para herpes simples e varicela zoster

4. Notificar casos secundários.

5. Acompanhar o monitoramento dos pacientes junto as UBSs e a evolução clínica dos casos para encerramento das fichas de notificação.

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|  <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> PARACOCCIDIOIDOMICOSE – CID 10: B41                                                                                                       |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para PARACOCCIDIOIDOMICOSE                                                                |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |

### DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

É a principal micose sistêmica endêmica do Brasil e encontra-se entre as dez principais causas de morte por doenças infecciosas e parasitárias, crônicas e recorrentes. Na maioria dos casos, a infecção é autolimitada e assintomática. O desenvolvimento da doença e a forma clínica estão relacionados a exposição em ambiente rural ou periurbano, variação genética, resposta imunológica, características demográficas do hospedeiro humano e estilo de vida.

Embora a paracoccidiodomicose seja mais prevalente como micose endêmica, *Paracoccidioides* spp. pode atuar como agente oportunista em indivíduos com alterações prévias ou sob tratamento com medicamentos que reduzem a capacidade de defesa imunológica. Destaca-se a forma oportunista nos indivíduos com aids, neoplasias, transplante de órgãos, uso de corticoides, drogas citotóxicas e de imunobiológicos, defeitos genéticos, inclusive no período gestacional. A paracoccidiodomicose em imunossuprimidos tende a ser mais disseminada e letal.

### AGENTE ETIOLÓGICO:

Os agentes etiológicos da doença são fungos termodimórficos representados pela espécie *Paracoccidioides lutzii* (*P. lutzii*) e pelo complexo *Paracoccidioides brasiliensis* (*P. brasiliensis*), incluindo S1 (a e b), PS2, PS3 e PS4.

### MODO DE TRANSMISSÃO:

A infecção ocorre por meio da inalação de partículas infectantes (conídios) dispersas na natureza, de variadas fontes ambientais, como solo e poeira. Uma vez inalados, os conídios transformam-se, no pulmão, em células arredondadas (leveduras) que constituem a forma parasitária, e se reproduzem por multibrotamentos, podendo então disseminar para diferentes tecidos e/ou permanecer no indivíduo por décadas. Pode haver transmissão por inoculação, sobretudo em acidentes de

laboratório. Não há transmissão de pessoa a pessoa, e não há relatos de contágio de animais para o ser humano.

#### PERÍODO DE INCUBAÇÃO:

O período de incubação é variável, de seis semanas a aproximadamente quatro meses após a inalação, ou seja, após a entrada do fungo no organismo humano.

#### CASO SUSPEITO:

**Forma aguda** - Os sinais e os sintomas são febre, anorexia, emagrecimento, e, em função do grau de disseminação e da localização das lesões, pode haver lesões disseminadas na pele, lesões mucosas e icterícia resultante de compressão ganglionar do colédoco ou colestase. Os gânglios podem ser inicialmente endurecidos, evoluindo com fistulização, e simulam massas tumorais.

**Forma crônica** - A forma crônica ocorre em cerca de 80% dos casos, entre 30 e 60 anos de idade, com história de trabalho ou residência em zona rural ou periurbana, em contato direto com solo ou plantações. A proporção de ocorrência é de 15 homens:1 mulher. Essa forma clínica acomete principalmente pulmões, mucosa oral/nasal/laringe, traqueia, linfonodos, adrenal, e, menos frequentemente, tubo digestivo, ossos, sistema nervoso central, olhos, genitourinário. A doença é insidiosa, com poucos sintomas e sinais de síndrome infecciosa, exceto nas formas mais graves ou quando associada a outra etiologia. O exame físico mostra estertores e roncos, contrastando com achados radiológicos de nódulos bilaterais, por vezes pneumatoceles e padrões de fibrose. O indivíduo evolui com dispneia e só procura atendimento na unidade de saúde quando já apresenta sequelas, como insuficiência respiratória e *cor pulmonale*. Há concomitância de fatores de risco, como tabagismo e alcoolismo. As lesões cutâneas podem se apresentar de forma localizada ou disseminada, como pápulas, nódulos, pápulo-nodular, crostas ulceradas, aspecto verrucoso ou acneiforme.

Na mucosa, podem ocorrer úlceras ou lesões úlcero-vegetantes, com pontilhado hemorrágico característico (estomatite moriforme).

#### DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico da paracoccidioidomicose pode ser realizado por meio de parâmetros clínicos, epidemiológicos e/ou laboratoriais. O exame micológico direto e cultura constituem o padrão-ouro, porém a reação de imunodifusão dupla em gel de ágar (ID) é o método recomendado.

## TRATAMENTO:

O manejo terapêutico da paracoccidioidomicose compreende a utilização de medicamentos antifúngicos e a adoção de medidas de suporte as complicações clínicas associadas ao acometimento de diferentes órgãos pela micose.

As diferentes espécies de *Paracoccidioides* são sensíveis a variedade de derivados azólicos, como cetoconazol, fluconazol, itraconazol, voriconazol, posaconazol e isavuconazol; de derivados sulfamídicos, como cotrimoxazol, sulfadiazina, e anfotericina B (formulações em desoxicolato, complexo lipídico e lipossomal).

## AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA:

1. Realizar notificação e enviar à 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)

2. Coletar amostra preferencialmente antes da introdução do antifúngico:

A amostra deve ser coletada em tubo com gel separador (tampa amarela) ou tubo seco, conservar em geladeira e transportar entre 2 a 8° C. Enviar para a VE junto com a notificação, conforme fluxo pré-estabelecido de retirada de amostras.

Para realização de biópsias o paciente deve ser encaminhado para avaliação na Policlínica. As amostras para anatomopatológico devem ser fixadas em formol e encaminhadas para AFIP.

3. Se necessário solicitação de antifúngico: encaminhar receita médica contendo tratamento específico e esquema terapêutico + resumo com dados clínicos e epidemiológicos + resultados de exames complementares e diagnósticos, para o e-mail da Vigilância Epidemiológica ([epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br](mailto:epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br))

## AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

1. Caracterizar o local provável de infecção do caso por meio da anamnese e do histórico clínico da pessoa acometida. Deve-se considerar os locais de residência, trabalho ou lazer como áreas de provável fonte de infecção.

2. Na possibilidade de mapear áreas de risco da doença, realizar alerta aos profissionais de saúde da ocorrência da doença, a fim de que possam estar atentos para o diagnóstico precoce de outros casos, ou para a adoção de medidas de prevenção e controle.
3. Solicitação de antifúngicos para micoses endêmicas: Após o recebimento da solicitação e documentos da instituição solicitante, preencher formulário específico através do link: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSex69dhUFJ2fhsJt7k6PXPYaz86jI5iOzVGV54SL6T9SyYjYQ/viewform> . (Solicitar entrega do medicamento no endereço da VE – fluxo interno).
4. Dispensar o medicamento à instituição solicitante após o recebimento.

|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                            |                                                                                                           |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  <p>Prefeitura de<br/><b>SOROCABA</b><br/>CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA</p> |  <p>Vigilância Epidemiológica<br/>Vigilância em Saúde</p> |  <p>CIEVS - Sorocaba</p> | <b>NORMAS E<br/>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 endêmicos ou 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.

#### 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. Coleta de material específico para diagnóstico:

- Amostra de fezes em coletor universal (aproximadamente 2/3 da capacidade do coletor) 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) para encaminhamento ao IAL em até 48 horas (após, congelar -20°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.

### 3. 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.

### 4. Não há tratamento específica; apenas de suporte.

5. 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 exame (isolamento viral). 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 ([notifica@saude.gov.br](mailto:notifica@saude.gov.br)).
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).

**11.** Se identificado a chegada de um grupo de migrantes / refugiados / repatriados procedentes de países com surtos de PVS ou PVDV no município nos últimos 30 dias, e que os mesmos se encontrem vivendo de forma aglomerada com compartilhamento coletivo de ambientes para higiene pessoal e produção de alimentos (ex: banheiros, vestiário, cozinhas e quartos), como em abrigos ou instituições de acolhimento, recomenda-se que as devidas equipes de vigilância em saúde realizem uma visita técnica ao local para realizar orientações acerca de:

- Na presença de sinais e sintomas compatíveis com PFA, sobretudo em menores de 15 anos de idade, que busque imediatamente atendimento médico;
- Atualização da caderneta vacinal conforme Calendário Nacional de Vacinação; e
- Gratuidade e acesso ao atendimento médico nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de<br/>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<br/>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

Pessoa a pessoa por meio do contato direto com saliva ou gotículas respiratórias da pessoa infectada por 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 orquiepididimite.
- 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. 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, a ocorrência de um único caso confirmado, deve ser notificado à VE.

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.

3. Evitar contato com outras pessoas desde o momento do diagnóstico até cinco dias após o início da parotidite.

### **AÇÕES 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 pessoas 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 (BRASIL, 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 angústia. 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 paralítica 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. Interlocução 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 atuem 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 (para o agendamento é necessário que o paciente comprove a indicação da vacina).

#### 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 8) 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. **Pacientes com indicação para receber sorovacinação, deverão ser vacinados em primeiro atendimento e aguardar contato telefônico da Vigilância Epidemiológica Municipal que indicará a data para recebimento do soro no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS), EXCETO para casos com**

**acidentes com morcego ou animais silvestres, que deverão ser encaminhados para o CHS via Siresp (CROSS) para início precoce do soro.**

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**

|                       | Observação do animal                                                                                                                                                                          | Soro + Vacina                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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> <li>- Enviar posteriormente a notificação original à VE</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.



| <b>Esquema para profilaxia antirrábica humana na PÓS EXPOSIÇÃO<br/>(Realizado nas UPAs Zona Oeste, Zona Norte, Zona Leste e Éden)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                       | <b>Tipo de Exposição</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                       | <b>Leve</b>                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Grave</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Animal Agressor</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 vacina intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de reexposição + Soro agendado pela VE                                                                                                                                                                      |
| <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 vacina intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de reexposição + Soro agendado pela VE                                                                                                                                                                                             |
| <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 vacina intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de reexposição + Soro agendado pela VE                                                                                                                                                                                             |
| <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 vacina intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de reexposição + Soro agendado pela VE                                                                                                                                                                                             |
| <b>Contato com Morcego**</b>                                                                                                          | Lavar com água e sabão<br>Sempre sorovacinação: Soro + Vacina intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de Reexposição<br><b>Administrar a D0 da vacina, preencher Googleforms e inserir no CROSS para encaminhamento imediato ao CHS</b>                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Contato com Animais Silvestres *** (inclusive os domiciliados)</b>                                                                 | Lavar com água e sabão<br>Sempre sorovacinação: Soro + Vacina intradérmica (ID) 0-3-7-14 ou Esquema de Reexposição<br><b>Administrar a D0 da vacina, preencher Googleforms e inserir no CROSS para encaminhamento imediato ao CHS</b>                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Camundongo, coelho, hamster, roedores (URBANOS)</b>                                                                                | Lavar com água e sabão<br>Dispensar tratamento                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

**IMPORTANTE:** Acidentes com morcegos ou animais silvestres devem ser encaminhados ao CHS via CROSS.

- Realizar o preenchimento do GoogleForms através do link:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeTKKmxsTnFQ3fu2qnlZuM6SvFevtkWU8WTgcA16cKmiM5YA/viewform>

- Realizar a D0 da vacina e aguardar a liberação do CHS para o encaminhamento do paciente (meios próprios ou do serviço quando necessário).

- Encaminhar cópia da notificação.

- Indicar na Ficha de Notificação W64 o peso de paciente e a indicação do soro;

- Encaminhar a ficha para [atendimentoantirrabico@sorocaba.sp.gov.br](mailto:atendimentoantirrabico@sorocaba.sp.gov.br). A Vigilância Epidemiológica entrará em contato com o paciente orientando data e local para recebimento do soro para os demais casos elegíveis.



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

| Esquema para Profilaxia antirrábica humana na PRÉ EXPOSIÇÃO                                                                                                                                                                                                                            |                         |                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Indicação:</b> 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           |                         |                                                                                                          |
| O agendamento para a pré-exposição deverá ser realizado pela Unidade Básica de Saúde de Referência do paciente. Para realizar o agendamento é necessário que o paciente comprove a indicação da vacina. Unidades que realizam a profilaxia: UBSs Barcelona, Laranjeiras, Simus e Eden. |                         |                                                                                                          |
| PRÉ EXPOSIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                          | Esquema                 | Via e volume                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Duas doses (0 – 7 dias) | ID 0,2 ml dividido em duas aplicações de 0,1 ml em sítios diferentes (antebraço ou inserção do deltóide) |

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.

| Dose e volume para administração de acordo com a forma de aplicação |                                          |                         |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Esquema                                                             | Dose/ml                                  | Nº doses/dia do esquema | Sítio                                                                              |
| Intradérmica (ID) pós exposição e reexposição                       | 0,1 ml                                   | 2                       | Deltóide 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 - deltóide |

\* O esquema IM **NÃO será adotado 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 atraso intradérmica (ID) : 0 – 3 – 7 – 14<br>entre 2ª e 3ª dose – 4 dias<br>entre 3ª e 4ª dose – 7 dias |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

\*\* Qualquer contato direto com morcego é grave (mordedura, arranhadura, ferimentos, tocar ou dar de comer, lambedura em 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.

|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de<br/>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<br/>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.

Não existem indicações para solicitar e realizar o exame de rotina para rubéola no pré-natal em gestantes assintomáticas. O exame só deve ser solicitado e realizado mediante suspeita de rubéola na gestante ou quando ela tiver contato com uma pessoa com doença exantemática. Caso a gestante não tenha comprovação da vacina contra rubéola (rubéola monovalente, dupla viral, tríplice viral ou tetraviral) no cartão ou caderneta de vacinação, se necessário, a pesquisa de IgG para rubéola (gestante assintomática e sem contato prévio com outra doença exantemática) poderá ser solicitada no pré-natal. Caso o resultado seja não reagente, deve-se indicar a vacinação contra rubéola imediatamente após o parto.

Em casos que a gestante seja exposta ao vírus, é importante a investigação da infecção mediante a pesquisa de anticorpos IgM e IgG. Quando a gestante for suscetível, ou seja, não apresentar imunidade previa para o vírus (IgG não reagente), torna-se necessária a repetição dos testes sorológicos IgM e IgG dentro de três ou quatro semanas após a primeira avaliação e após seis semanas se houver persistência de soronegatividade.

## **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 14 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 e acondicionar em caixa de isopor com gelo reciclável.

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

- Colher de 15 a 100 ml de urina (até 10 dias após o início do exantema) em frasco novo e estéril. Combinar antecipadamente o horário da coleta deste exame e a retirada da amostra junto à VE, devido ao tempo de estabilidade da amostra (máximo de 6 horas em isopor com gelo reciclável).

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 rickettsiose) 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 9).

### 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 9):

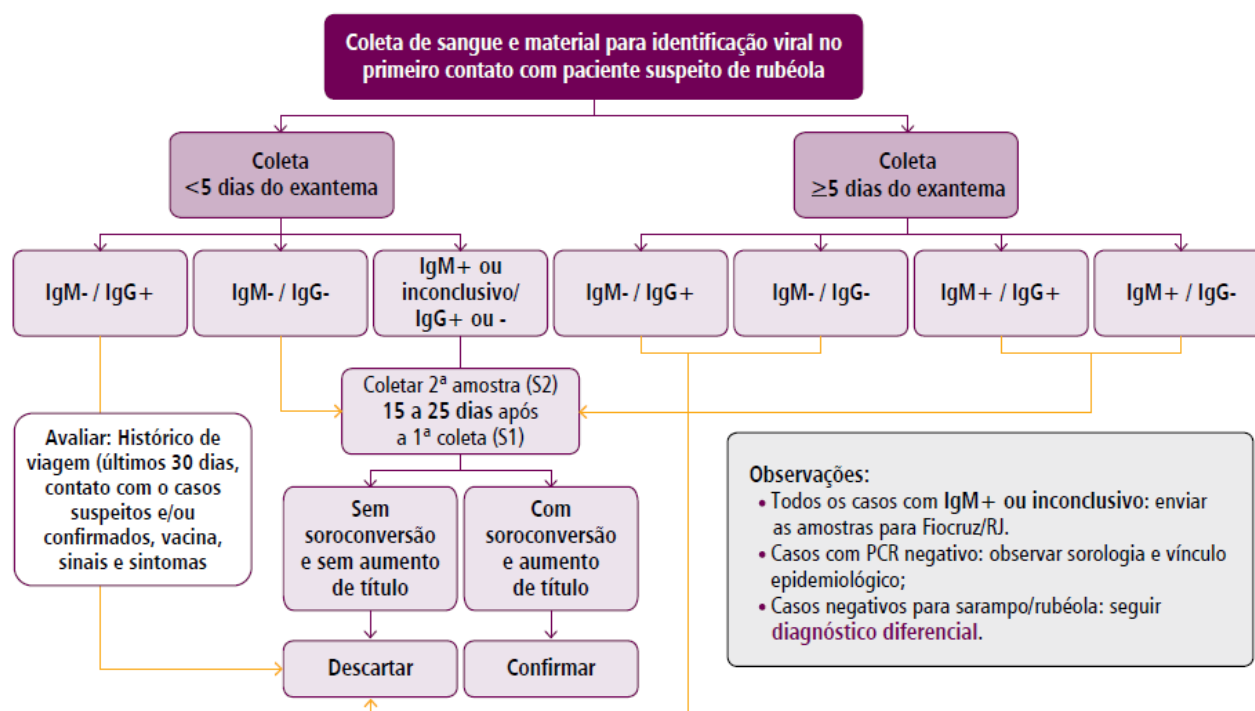
A vacinação de bloqueio é uma atividade prevista pelo sistema de vigilância epidemiológica em conjunto com a equipe de imunizações/assistência, sendo executada quando da ocorrência de um ou mais casos suspeitos da doença. Deve ser realizada no prazo máximo de até 72 horas após o contato com caso suspeito ou confirmado, a fim de se interromper a cadeia de transmissão e,

consequentemente, 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.

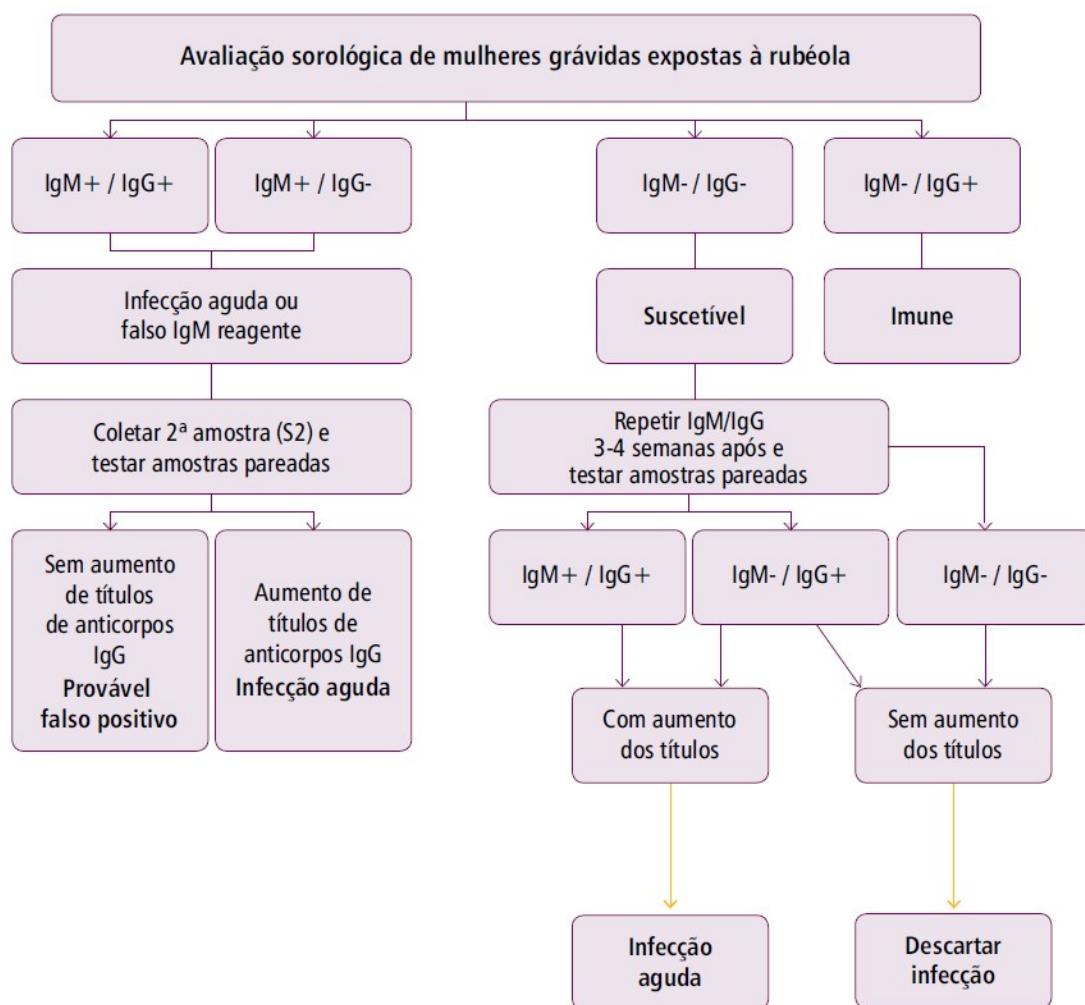
Roteiro para confirmação ou descarte de caso suspeito de rubéola por critério laboratorial:



Fonte: CGLAB/DaeVS/SVSA/MS.

Em casos que a gestante seja exposta ao vírus, é importante a investigação da infecção mediante a pesquisa de anticorpos IgM e IgG. Quando a gestante for suscetível, ou seja, não apresentar imunidade prévia para o vírus (IgG não reagente), torna-se necessária a repetição dos testes sorológicos IgM e IgG dentro de três ou quatro semanas após a primeira avaliação e após seis semanas se houver persistência de soronegatividade.

Roteiro para investigação laboratorial de mulheres grávidas expostas a rubéola:



Fonte: CGLAB/Daevs/SVSA/MS.

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|  <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 14 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 e acondicionar em caixa de isopor com gelo reciclável.
- 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. Acordar o aprazamento da coleta da segunda amostra de sangue para nova sorologia com intervalo de 15-25 dias após a data da primeira coleta.
- Colher de 15 a 100 ml de urina (até 10 dias após o início do exantema) em frasco novo e estéril. Combinar antecipadamente o horário da coleta deste exame e a retirada da amostra junto à VE, devido ao tempo de estabilidade da amostra (máximo de 6 horas em isopor com gelo reciclável).

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

4. Contatos menores de 6 meses de idade, gestantes sem evidência de imunidade contra o sarampo e indivíduos severamente imunossuprimidos (independentemente do histórico de vacinação) devem receber imunoglobulina inespecífica dentro de 6 dias após o contato.

5. Realizar o bloqueio vacinal com vacinação seletiva dos contatos dos casos suspeitos ou confirmados de sarampo ou rubéola, em até 72 horas, conforme orientações do Ministério da Saúde (anexo 9):

- **Crianças de 06 meses a menores de um ano de idade (até 11 meses e 29 dias):** Administrar a dose zero da vacina tríplice viral ou dupla viral a depender da disponibilidade do imunizante. Esta dose não será válida para a rotina, devendo-se manter as indicações estabelecidas no Calendário de Vacinação, respeitando o intervalo de 4 semanas entre as doses.

- **Pessoas na faixa etária de 12 meses a 29 anos:**

- Crianças de 12 meses a menores de cinco anos: atualizar situação vacinal conforme indicações do Calendário de Vacinação para a idade, isto é, primeira dose (D1) aos 12 meses

com a tríplice viral e aos 15 meses (D2), Dose de tetraviral (ou tríplice viral + varicela monovalente).

- Pessoas de cinco a 29 anos: iniciar ou completar o esquema de duas doses da vacina tríplice viral, com intervalo mínimo de 30 dias entre elas.

- **Pessoas na faixa etária de 30 a 59 anos**: administrar uma dose de tríplice viral naquelas que não comprovarem vacinação anterior contra o sarampo.

- **Pessoas com 60 anos e mais**: administrar uma dose de tríplice viral naquelas que não comprovarem vacinação anterior com dupla viral ou tríplice viral.

- **Trabalhadores da saúde devem receber ou comprovar duas doses de vacina tríplice viral.**

6. 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.

## 7. 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 9):
  - **Crianças de 06 meses a menores de um ano de idade (até 11 meses e 29 dias):** Administrar a dose zero da vacina tríplice viral ou dupla viral a depender da disponibilidade do imunizante. Esta dose não será válida para a rotina, devendo-se manter as indicações estabelecidas no Calendário de Vacinação, respeitando o intervalo de 4 semanas entre as doses.
  - **Pessoas na faixa etária de 12 meses a 29 anos:**
    - Crianças de 12 meses a menores de cinco anos: atualizar situação vacinal conforme indicações do Calendário de Vacinação para a idade, isto é, primeira dose (D1) aos 12 meses com a tríplice viral e aos 15 meses (D2), Dose de tetraviral (ou tríplice viral + varicela monovalente).
    - Pessoas de cinco a 29 anos: iniciar ou completar o esquema de duas doses da vacina tríplice viral, com intervalo mínimo de 30 dias entre elas.
  - **Pessoas na faixa etária de 30 a 59 anos:** administrar uma dose de tríplice viral naquelas que não comprovarem vacinação anterior contra o sarampo.
  - **Pessoas com 60 anos e mais:** administrar uma dose de tríplice viral naquelas que não comprovarem vacinação anterior com dupla viral ou tríplice viral.
  - **Trabalhadores da saúde devem receber ou comprovar duas doses de vacina tríplice viral.**

Não sendo possível realizar todo o bloqueio em até 72 horas, as ações de vacinação devem ser mantidas até que todos os contatos tenham sido avaliados e vacinados conforme a situação encontrada.

Todo caso suspeito de sarampo/rubéola, mesmo com vacinação completa para a idade, que venha com sorologia IgG não reagente deve receber nova dose de vacina tríplice viral. A vigilância epidemiológica municipal deverá fazer encaminhamento à atenção básica explicando o caso e a razão da revacinação.

Contatos menores de 6 meses de idade, gestantes sem evidência de imunidade contra o sarampo e indivíduos severamente imunossuprimidos (independentemente do histórico de vacinação) devem receber imunoglobulina inespecífica dentro de 6 dias após o contato.

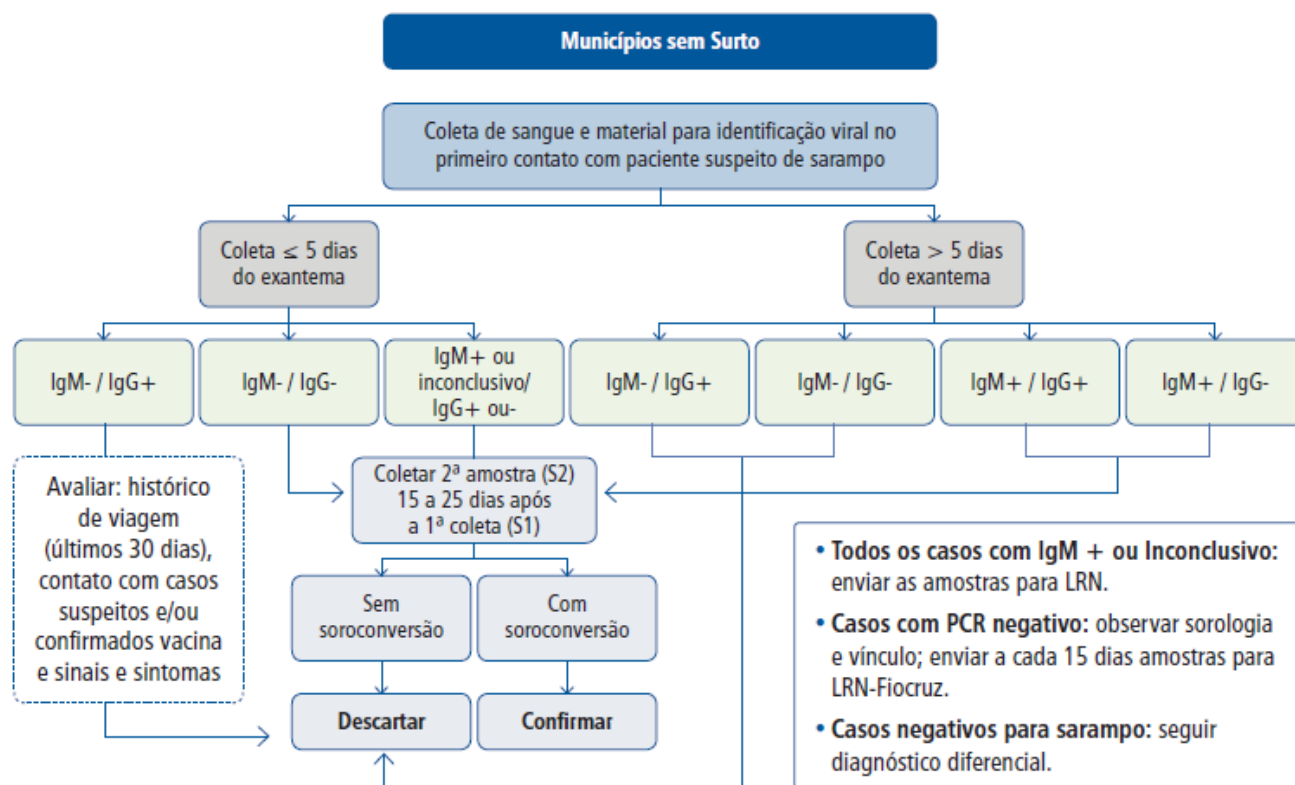
5. Comunicar GVE sobre os casos suspeitos / confirmados, através do envio de: ficha de notificação, “Roteiro para Investigação de casos suspeitos de doenças exantemáticas”, “planilha de contatos” e “planilha de vacinação”, devidamente preenchidas.

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. Frente ao caso com sorologia IgM reagente para sarampo e/ou rubéola e/ou PCR detectável para sarampo e/ou rubéola realizar a varredura ou operação limpeza (busca de suscetíveis mediante vacinação casa a casa em locais frequentados pelo caso nos últimos sete a 21 dias).

8. 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 avididade 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 congênicas (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/1DoF2nJYiRxcEoKTh1Y64bUB-rq8V99zn/view> (gestacional)

<https://drive.google.com/file/d/1wGDiuS0ZfMUDT8b3Y9CDqBU8EFcMUK4U/view> (congênita)

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, conforme “Fluxograma municipal para avaliação de resultado de sorologia de toxoplasmose em gestantes no Pré-Natal”, disponível no site da Prefeitura Municipal de Sorocaba – Secretaria da Saúde.

3. A solicitação dos medicamentos deve ser feita, conforme o “Fluxograma de Solicitação – Gestante com Toxoplasmose (espiramicina e esquema tríplice)”, disponível no site da Prefeitura Municipal de Sorocaba – Secretaria da Saúde.

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<br/>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<br/>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> VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA – CID Y09                                                                                          |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |
| <b>Objetivo:</b> Padronizar e organizar o fluxo de atendimento para pacientes com suspeitas de                                                           |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                         |

## DESCRIÇÃO DO AGRAVO:

Considera-se violência, para fins de notificação, “o uso intencional de força física ou do poder, real ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar uma lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG, 2002). Ou seja, é qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial.

O QUE NOTIFICAR: Qualquer caso SUSPEITO ou CONFIRMADO de violência doméstica / intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e os homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar / comunitária, serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

No caso de crianças e adolescentes, uma comunicação do caso deve ser obrigatoriamente feita ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes, conforme exigência do ECA. A comunicação às autoridades competentes também se aplica aos casos de suspeita ou confirmação de violência contra pessoas idosas, conforme determina o Estatuto do Idoso.

## AÇÕES ESPECÍFICAS DA ASSISTÊNCIA

### 1. Notificação do caso em ficha específica:

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf)

Nos casos de violência autoprovocada por meio de intoxicação exógena, **preencher também** a “Ficha de Intoxicação Exógena”:

[https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/iexog/Intoxicacao\\_Exogena\\_v5.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/iexog/Intoxicacao_Exogena_v5.pdf)

### 2. Seguir os fluxogramas de atendimento a seguir, conforme tipo de violência:



**FLUXO DE ATENDIMENTOS PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E  
AUTOPROVOCADA EM UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOROCABA –**  
**Atualizado em setembro / 2024**

**UNIDADES DE SAÚDE (UBSs / Urgência e Emergência / Hospitais públicos e privados)**

- Acolhimento da vítima em ambiente adequado;
- Preenchimento de ficha de notificação SINAN Y09 / Intoxicação Exógena (S/N) e enviar por e-mail para VE ([epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br](mailto:epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br)) e gestão ([gestaoregional@sorocaba.sp.gov.br](mailto:gestaoregional@sorocaba.sp.gov.br));
- Atendimento adequado e encaminhamentos para serviços de referência se necessário, conforme avaliação individualizada de cada caso;

**Se menor de 18 anos:**

- Acionar Conselho Tutelar (F.: 32351212 / 32021759 / 32124498 ou 125 aos fins de semana, feriado e noturno) ou guarda municipal aos fins de semana – 153

E-mail: [ctsorocabaeste@gmail.com](mailto:ctsorocabaeste@gmail.com), [ctnortesorocaba@gmail.com](mailto:ctnortesorocaba@gmail.com), [ctlestesul@gmail.com](mailto:ctlestesul@gmail.com) );

- Para Violências Interpessoais, preencher o relatório informativo da escuta qualificada (anexo) e envio ao Hospital Gpaci ([ee@gpaci.org.br](mailto:ee@gpaci.org.br)) para posterior agendamento

**Se maior de 60 anos:**

Acionar Conselho do Idoso (F.: 32126900 – e-mails: [cmpisorocaba@gmail.com](mailto:cmpisorocaba@gmail.com) / [assistenciasocial@sorocaba.sp.gov.br](mailto:assistenciasocial@sorocaba.sp.gov.br)) )

**GPACI (menores de 18 anos  
para municípios Sorocabanos)**

**SOMENTE CASOS DE  
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL:**

- Agendará acolhimento com a equipe da Escuta Especializada;
- Realiza encaminhamento para a rede de apoio.

**VIGILÂNCIA E EPIDEMIOLÓGICA:**

- Alimentação do banco SINAN;
- Informar os casos aos equipamentos da rede de apoio (saúde mental, UBSs, Conselhos)

**UBS's:**

- Avaliar e identificar as necessidades de cada caso;
- Encaminhar aos serviços pertinentes, se necessário (matriciamento / saúde mental / outros)
- Acompanhamento do caso;

**CRI**

(Centro de Referência do Idoso)

- Acompanhamento do caso e medidas pertinentes

**Saúde Mental:**

**SOMENTE CASOS DE  
VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA:  
(todas as idades)**

- Informa o caso para a rede de atenção psicossocial para a busca ativa e oferta de tratamento à vítima.

CEREM (Centro de Referência da Mulher): Av. Pres. Juscelino Kubitschek de Oliveira, 440, Centro  
(15) 32356770 / E-mail: [cerem@sorocaba.sp.gov.br](mailto:cerem@sorocaba.sp.gov.br)

1.



## FLUXO DE ATENDIMENTOS PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL (VVS) EM UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOROCABA – Atualizado em dezembro / 2024

### UNIDADES DE SAÚDE (UBSs / Urgência e Emergência / Hospitais públicos e privados)

- Acolhimento da vítima em ambiente adequado;
- **Aplicação / encaminhamento para vacinação de HPV, para pessoas de 9 a 45 anos, indistinta de gênero (vide verso)<sup>1</sup>**
  - Preenchimento de ficha de notificação SINAN Y09 e enviar por e-mail para VE ([epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br](mailto:epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br)) e gestão ([gestaoregional@sorocaba.sp.gov.br](mailto:gestaoregional@sorocaba.sp.gov.br));

#### Se menor de 18 anos:

- Acionar Conselho Tutelar (F.: 32351212 / 32021759 / 32124498 ou 125 aos fins de semana, feriado e noturno) ou guarda municipal aos fins de semana – 153
- E-mail: [ctsorocabaoeste@gmail.com](mailto:ctsorocabaoeste@gmail.com), [ctnortesorocaba@gmail.com](mailto:ctnortesorocaba@gmail.com), [ctlestesul@gmail.com](mailto:ctlestesul@gmail.com));
- Preenchimento do relatório informativo da escuta qualificada (anexo) e envio ao Hospital Gpaci ([ee@gpaci.org.br](mailto:ee@gpaci.org.br)) para posterior agendamento, informando se o caso ocorreu em 72 horas.

Violência ocorreu até 10 dias?

SIM

NÃO

### UNIDADES DE SAÚDE:

- Aplicação / encaminhamento para vacinação de HPV<sup>1</sup>
- Acionar transporte para encaminhamento ao CHS:
  - Unidades **públicas**: SAMU (192)
  - Unidades **privadas**: serviço de transporte contratado (Enviar cópia da notificação e relatório informativo para menores de 18 anos);

### CHS:

- Investigação sorológica, prevenção de ISTs e da gravidez na vítima, se necessário;
- Se resultado + para alguma IST, seguir fluxo municipal p/ IST \*\*\* (para munícipes de Sorocaba);
- Acompanhamento especializado no CHS, de acordo com a indicação de cada caso;
- Encaminhamento para abertura de Boletim de Ocorrência e exame de corpo de delito, se necessário.
- Se atendimento inicial, encaminhar para vacinação de HPV<sup>1</sup>

### GPACI (menores de 18 anos e munícipes de Sorocaba):

- Agendará acolhimento com a equipe da Escuta Especializada;
- Realiza encaminhamento para a rede de apoio.

### UBS's:

- Devem monitorar quanto ao uso de medicações e das coletas de sorologias e os resultados de exames;
- Fazer o acompanhamento ambulatorial;
- Fazer os encaminhamentos pertinentes para cada situação (CMAE / Saúde Mental).
- Aplicação e monitoramento de vacinação para HPV<sup>1</sup>

### UNIDADES DE SAÚDE:

#### Hospitais / Urgência e Emergência:

- Encaminhar vítima para a UBS de referência (munícipes de Sorocaba);

#### UBSs:

- Coleta de sorologias;
- Se resultado + para alguma IST, seguir fluxo municipal p/ IST \*\*\* (para munícipes de Sorocaba);
- Acompanhamento ambulatorial;
- Fazer os encaminhamentos pertinentes para cada situação (CMAE / Saúde Mental).
- Aplicação e monitoramento da vacinação para HPV<sup>1</sup>

### GPACI (menores de 18 anos e munícipes de Sorocaba):

- Agendará acolhimento com a equipe da Escuta Especializada;
- Realiza encaminhamento para a rede de apoio.

### \*\*\*FLUXO MUNICIPAL PARA IST:

- Sífilis / HPV feminino: atendido na UBS ([gestaoregional@sorocaba.sp.gov.br](mailto:gestaoregional@sorocaba.sp.gov.br));
- HPV masculino / HIV / Hepatite B e C: atendido no CMAE ([clinicadst@sorocaba.sp.gov.br](mailto:clinicadst@sorocaba.sp.gov.br)).

### INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ ÀS VVS

- NÃO É NECESSÁRIO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

- Orientar a comparecer no **Pronto Socorro do CHS** para avaliação (qualquer horário, não é exigido guia de referência ou documentos específicos).

Endereço: Rua Cláudio Manoel da Costa, 265, Jd. Vergueiro - Sorocaba - SP



### **Vacinação HPV para VVS:**

- Recomendada para pessoas de 9 a 45 anos vítimas de violência sexual, ainda não vacinadas ou com esquema incompleto, indistinta de gênero, **exceto para gestantes**.
- Caso o primeiro serviço de atendimento tenha sala de vacina (UBSs), é importante que inicie ou dê continuidade ao seu esquema imediatamente.
- Na situação em que o serviço do primeiro atendimento não possua sala de vacina, orienta-se encaminhar a vítima de violência sexual à unidade de saúde mais perto de seu domicílio a fim de iniciar ou completar o esquema de vacinação da HPV, com a indicação sinalizando o CID 10 (T742), para que o serviço de Atenção Primária à Saúde identifique a estratégia e consiga fazer o registro da dose de forma adequada.

### **ESQUEMA VACINAL:**

- Pessoas de 9 a 14 anos imunocompetentes – esquema de 2 doses, administrar 2 (duas) doses da vacina com intervalo de 6 (seis) meses entre a primeira e a segunda dose (0 e 6 meses);
- Pessoas de 15 a 45 anos imunocompetentes – esquema de 3 doses, administrar 2 (duas) doses com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e de 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).
- Pessoas de 9 a 45 anos nas indicações especiais (vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos e medula óssea e pacientes oncológicos) - esquema de 3 doses, administrar 2 (duas) doses com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e de 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).

### **Nota:**

- Caso o esquema de vacinação seja interrompido, não há necessidade de reiniciá-lo, basta dar continuidade ao esquema já iniciado. Exceção para situação pós transplante de medula óssea que requer avaliação individualizada.
- Vítimas de abuso sexual com recomendação de duas doses e que receberam a 2ª dose com menos de seis meses após terem recebido a primeira, devem receber uma terceira dose para completar o esquema (respeitando o intervalo indicado entre as doses), visto que a resposta imune está comprometida pelo espaço de tempo entre a primeira e a segunda dose.

### **REGISTRO DE DOSES:**

- **SIPNI** (Cmae) **ou** **SISWEB** (UBSs) - O registro das doses aplicadas, da vacina HPV nas

pessoas de nove a 45 anos, vítimas de violência, deverá ser realizado selecionando a estratégia de vacinação **“Especial”**, e o tipo de dose, “1ª Dose” ou “2ª Dose” ou “3ª Dose”, conforme situação encontrada. É importante lembrar que essa população pode ter recebido uma ou duas doses anteriormente. No campo **“Indicação”** deve ser selecionado o seguinte motivo **“CID 10 (T742)”**, conforme modelo de dados da Rede Nacional de Dados em Saúde.

## **AÇÕES ESPECÍFICAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

1. Realizar o encerramento da ficha de notificação, inserir em banco Sinan e encaminhar os casos para os equipamentos que compõem a rede de assistência às vítimas de violência, conforme fluxo interno da VE.

|                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  <p><b>Prefeitura de<br/>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<br/>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 (anexo 10 e 11), de acordo com a idade gestacional e sexo;
- 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 (anexo 12 e 13), de acordo com a idade gestacional e sexo.

3. Coleta de exames:

3.1 – Gestante com exantema E Gestantes com feto com mal formação de SNC durante a gestação:

- 2 tubos secos (PCR para ZIKA e pesquisa de dengue) com 5-10 ml de sangue, 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. Após o 6º dia de sintomas, será realizado sorologia.
- 1 tubo seco com 10 ml de sangue, 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.

Os exames para PCR (urina e sangue) e para sífilis devem ser encaminhados para o Labmun. Os demais exames deverão ser encaminhados para a Afip.

- 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. Após o 6º dia de sintomas, será realizado sorologia.
- 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.

### ACÇÕES 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 (quando houver disponibilidade);
  - 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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <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.                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>1</b> Tipo de Notificação<br/>2 - Individual         </div> <div> <b>3</b> Data da Notificação         </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <b>2</b> Agravado/doença<br><b>ARBOVIROSES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>4</b> UF<br/> <b>5</b> Município de Notificação         </div> <div> <b>6</b> Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)         </div> <div> <b>7</b> Data dos Primeiros Sintomas         </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>8</b> Nome do Paciente         </div> <div> <b>9</b> Data de Nascimento         </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>10</b> (ou) Idade<br/>           1 - Hora<br/>2 - Dia<br/>3 - Mês<br/>4 - Ano         </div> <div> <b>11</b> Sexo<br/>           M - Masculino<br/>F - Feminino<br/>1 - Ignorado         </div> <div> <b>12</b> Gestante<br/>           1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre<br/>           4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado         </div> <div> <b>13</b> Raça/Cor<br/>           1-Branca 2-Preta 3-Amarela<br/>           4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado         </div> </div> |  |
| <b>14</b> Escolaridade<br>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 à 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                                                                                                         |  |
| <b>15</b> Número do Cartão SUS<br><b>16</b> Nome da mãe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>17</b> UF<br/> <b>18</b> Município de Residência         </div> <div> <b>19</b> Distrito         </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>20</b> Bairro<br/> <b>21</b> Logradouro (rua, avenida,...)         </div> <div> <b>22</b> Número<br/> <b>23</b> Complemento (apto., casa, ...)         </div> <div> <b>24</b> Geo campo 1         </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>25</b> Geo campo 2<br/> <b>26</b> Ponto de Referência         </div> <div> <b>27</b> CEP         </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>28</b> (DDD) Telefone<br/> <b>29</b> Zona<br/>           1 - Urbana 2 - Rural<br/>           3 - Penurbana 9 - Ignorado         </div> <div> <b>30</b> País (se residente fora do Brasil)         </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>31</b> Data da Investigação         </div> <div> <b>32</b> Ocupação         </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <b>33</b> SINAIS E SINTOMAS<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado<br>CEFALÉIA NÁUSEAS CONJUNTIVITE ARTRALGIA INTENSA PROVA DO LAÇO POSITIVA PRURIDO<br>EXANTEMA - Data de início ____/____/____ PETÉQUIAS DOR RETROORBITAL BOLHAS / VESÍCULAS<br>MIALGIA VÔMITOS DOR NAS COSTAS ARTRITE LEUCOPENIA DOR PROSTAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <b>Sinais de Alarme</b><br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado<br>Hipotensão Postural e/ou Lipotímia Vômitos Persistentes Dor Abdominal Intensa e Contínua Aumento Progressivo do Hematócrito<br>Queda Abrupta de Plaquetas Letargia ou Irritabilidade Hepatomegalia >= 2 cm Acúmulo de Líquidos<br>Sangramento de Mucosa / outras Hemorragias                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| <b>34</b> DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES<br>1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO<br>DIABETES DOENÇA RENAL CRÔNICA DOENÇAS AUTO-IMUNES DOENÇA CARDIOVASCULAR GRAVE<br>DOENÇAS HEMATOLÓGICAS HIPERTENSÃO ARTERIAL ANEMIA FALCIFORME DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)<br>HEPATOPATIAS DOENÇA ÁCIDO-PÉPTICA ASMA OUTROS:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>VIAGEM</b><br>VIAGEM OU CONTATO COM VIAJANTES NOS ÚLTIMOS 15 DIAS?<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>LOCAL (MUNICÍPIO / PAÍS):<br>PERÍODO: DE ____/____/____ A ____/____/____<br>O PACIENTE NÃO SENDO MORADOR DE SOROCABA, QUAL O LOCAL DE MAIOR PERMANÊNCIA NA CIDADE? (ENDEREÇO E TELEFONE)                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Trabalho / Estudo do Paciente</b><br/>           NOME DA INSTITUIÇÃO / ENDEREÇO<br/>           BAIRRO TELEFONE         </div> <div>           TURNO<br/> <input type="checkbox"/> MANHÃ<br/> <input type="checkbox"/> TARDE<br/> <input type="checkbox"/> NOITE         </div> <div>           TRABALHOU / ESTUDOU COM FEBRE?<br/> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br/>           QUAIS DIAS?         </div> </div>                                                                             |  |
| <b>Investigador</b><br>Nome: Função:<br>Assinatura / Carimbo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |



## Anexo 2: Hidratação Oral para suspeitos / confirmados de dengue



Secretaria da Saúde

### Orientações para prescrição de Hidratação Oral

**Crianças (< de 13 anos):** orientar paciente e o cuidador para hidratação por via oral. Oferecer 1/3 na forma de Soro de Reidratação (SRO) e o restante através da oferta de água, sucos, e chás. Considerar o volume de líquidos a ser ingerido conforme recomendação a seguir (baseado na regra de Holliday Segar acrescido de reposição de possíveis perdas de 3%):

- Crianças até 10 Kg: 130 ml/Kg/dia
- Crianças de 10 a 20 Kg: 100ml/Kg/dia
- Crianças > de 20 Kg: 80 ml/Kg/dia

| CRIANÇAS |             |               |             |
|----------|-------------|---------------|-------------|
| Kg       | VOLUME / ml | SORO ORAL 1/3 | LÍQUIDO 2/3 |
| 05       | 650         | 200           | 450         |
| 10       | 1000        | 300           | 700         |
| 15       | 1500        | 500           | 1000        |
| 20       | 1600        | 600           | 1000        |
| 25       | 2000        | 650           | 1350        |
| 30       | 2400        | 800           | 1600        |
| 35       | 2800        | 1000          | 1800        |
| 40       | 3200        | 1000          | 2200        |

**Adultos: 60 ml/Kg/dia**, sendo 1/3 com solução salina e no início com volume maior. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco, etc), utilizando-se dos meios mais adequados à idade e aos hábitos do paciente.

| ADULTO |             |               |             |
|--------|-------------|---------------|-------------|
| Kg     | VOLUME / ml | SORO ORAL 1/3 | LÍQUIDO 2/3 |
| 50     | 3000        | 1000          | 2000        |
| 55     | 3300        | 1100          | 2200        |
| 60     | 3600        | 1200          | 2400        |
| 65     | 3900        | 1300          | 2600        |
| 70     | 4200        | 1400          | 2800        |
| 75     | 4500        | 1500          | 3000        |
| 80     | 4800        | 1600          | 3200        |
| 85     | 5100        | 1700          | 3400        |
| 90     | 5400        | 1800          | 3600        |
| 95     | 5700        | 1900          | 3800        |
| 100    | 6000        | 2000          | 4000        |

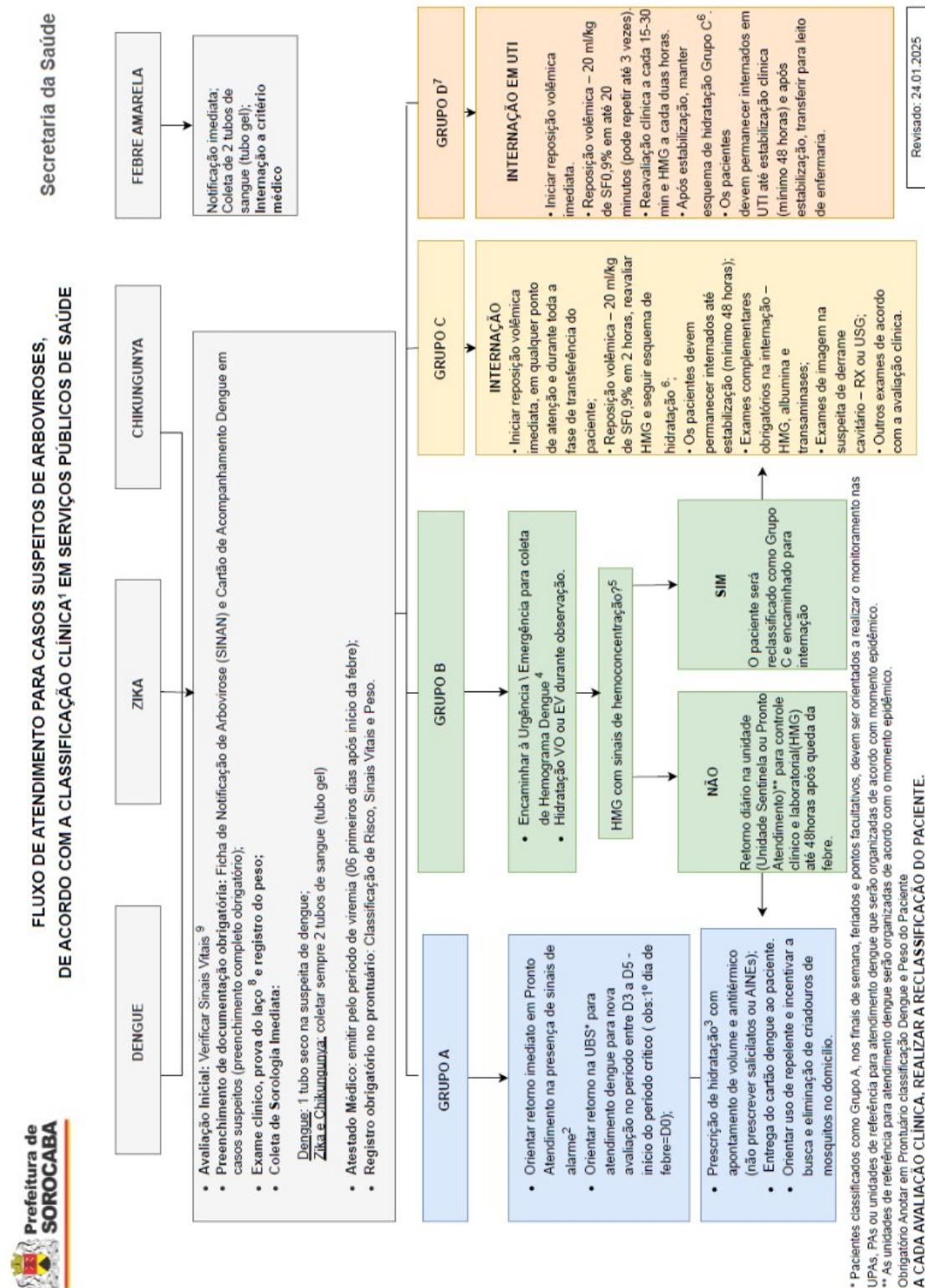
Especificar em receita médica o volume a ser ingerido:

- Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24-48 horas após a defervescência da febre;
- A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação e sim administrada de acordo com a aceitação do paciente;
- O aleitamento materno deve ser mantido e estimulado.

Fonte: Dengue – Diagnóstico e Manejo Clínico: adulto e criança - 5ª edição.-Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Área de Vigilância em Saúde  
Divisão de Vigilância Epidemiológica  
Av. Dr. Eugênio Salerno, 140 – Centro – CEP 18035-430– Sorocaba/SP

# ANEXO 3:





### 1. Classificação Clínica:

|                 |                |                                                               |
|-----------------|----------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>AZUL</b>     | <b>Grupo A</b> | Atendimento conforme horário de chegada.                      |
| <b>VERDE</b>    | <b>Grupo B</b> | Prioridade não urgente.                                       |
| <b>AMARELO</b>  | <b>Grupo C</b> | Urgência, atendimento o mais rápido possível.                 |
| <b>VERMELHO</b> | <b>Grupo D</b> | Emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato. |

Fonte: Brasil (2009).

|                |                                                                                               |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>GRUPO A</b> | Dengue sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidades.      |
| <b>GRUPO B</b> | Dengue sem sinais de alarme, com risco social Ou com comorbidades. OU Prova do laço positiva. |
| <b>GRUPO C</b> | Sinais de alarme presentes e sinais de gravidade ausentes                                     |
| <b>GRUPO D</b> | Dengue Grave                                                                                  |

Comorbidades: lactentes (<24 meses), adultos, >65 anos, gestantes, obesidade, asma, diabetes mellitus, hipertensão, entre outras.

### 2. Sinais de alarme:

- Vômitos persistentes.
- Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico).
- Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal.
- Sangramento de mucosa.
- Letargia e/ou irritabilidade.
- Aumento progressivo do hematócrito.
- Hipotensão postural e/ou lipotímia

### 3. Hidratação grupo A:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Iniciada ainda na sala de espera, enquanto os pacientes aguardam por consulta médica                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>VOLUME DIÁRIO DA HIDRATAÇÃO ORAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>» ADULTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| • 60 mL/kg/dia, sendo 1/3 com sais de reidratação oral (SRO) e com volume maior no início. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco, entre outros), utilizando os meios mais adequados à idade e aos hábitos do paciente. |
| • Especificar o volume a ser ingerido por dia. Por exemplo, para um adulto de 70 kg, orientar a ingestão de 60 mL/kg/dia, totalizando 4,2 litros/dia. Assim, serão ingeridos, nas primeiras 4 a 6 horas, 1,4 litros, e os demais 2,8 litros distribuídos nos outros períodos.                            |
| <b>» CRIANÇAS (&lt;13 anos de idade)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| • Orientar o paciente e o cuidador para hidratação por via oral.                                                                                                                                                                                                                                         |
| • Oferecer 1/3 na forma de SRO, e os 2/3 restantes por meio da oferta de água, sucos e chás.                                                                                                                                                                                                             |
| • Considerar o volume de líquidos a ser ingerido, conforme recomendação a seguir (baseado na regra de Holliday-Segar, acrescido de reposição de possíveis perdas de 3%):                                                                                                                                 |
| • até 10 kg: 130 mL/kg/dia;                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| • acima de 10 kg a 20 kg: 100 mL/kg/dia;                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| • acima de 20 kg: 80 mL/kg/dia.                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| • Nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento, considerar a oferta de 1/3 do volume.                                                                                                                                                                                                                        |
| • Especificar, em receita médica ou no cartão de acompanhamento da dengue, o volume a ser ingerido.                                                                                                                                                                                                      |
| • A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação e sim administrada de acordo com a aceitação do paciente.                                                                                                                                                                                 |
| • A amamentação deve ser mantida e estimulada.                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24 a 48 horas, após a defervescência da febre.                                                                                                                                                                                               |

Fonte: Protocolo para Atendimento aos Pacientes com Suspeita de Dengue (2013), adaptado.

4. **Hemograma dengue** : hematócrito, leucócitos totais e plaquetas; resultado deve ser liberado em até 2 horas.

#### 5. Definição de hemoconcentração:

Aumento de hematócrito em 10% do basal OU Crianças > 42%; Mulheres > 44%; Homens > 50%

#### 6. Esquema hidratação APÓS ESTABILIZAÇÃO Grupo C:

Se houver melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão, iniciar a fase de manutenção:

- Primeira fase: 25 mL/kg em 6 horas – se houver melhora, iniciar a segunda fase;
- Segunda fase: 25 mL/kg em 8 horas com Soro Fisiológico.

#### 7. Dengue Grave:

- Extravasamento grave de plasma, levando ao choque evidenciado por taquicardia;
- Extremidades distais frias;
- Pressão arterial convergente (< 20mm Hg);
- Taquipneia;
- Oligúria (< 1,5 mL/kg/hora);
- Hipotensão arterial (fase tardia do choque);
- Sangramento grave;
- Acúmulo de líquido com sinais de insuficiência respiratória;
- Comprometimento grave de órgãos.

#### 8.

|                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>REALIZAÇÃO DA PROVA DO LAÇO</b>                                                                                                                                                               |
| Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula (PAS+PAD) / 2.<br>Exemplo: PA 100x 60 mmHg. É igual a (100+60) / 2, que resulta em 160/2 = 80. Então a média da PA é 80 mmHg. |
| Insuflar o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos, em adultos, e três minutos em crianças.                                                                                    |
| Desenhar um quadrado com 2,5 cm de lado no antebraço e contar o número de petéquias formadas dentro dele.                                                                                        |
| <b>PROVA POSITIVA:</b>                                                                                                                                                                           |
| • Adultos: se houver 20 ou mais petéquias.                                                                                                                                                       |
| • Crianças: se houver 10 ou mais petéquias.                                                                                                                                                      |
| Atentar para o surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.                                                                                                |

Fonte: Bethell et al. (2007).

### 9. Sinais Vitais :

- Pressão arterial sentado;
- Pressão arterial deitado ou em pé
- Temperatura
- Frequência Cardíaca
- Frequência respiratória
- Saturação

Referência: Dengue: diagnóstico e manejo clínico – Adulto e criança, Ministério da Saúde, ano 2024



## ANEXO 4

| 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 <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> com idade de _____ anos completos, com diagnóstico de _____ para quem estou indicando o medicamento à base de MILTEFOSINA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <p>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.</p> <p>2. Informei verbalmente ao paciente que poderá ser responsabilizado (a), caso repasse o medicamento a base de MILTEFOSINA a outra pessoa; deve alguém tomar este medicamento no seu lugar ou usá-lo indevidamente.</p> <p>3. Informei que o medicamento deve ser guardado em local seguro.</p> <p>4. Recomendei ao paciente do sexo masculino que informe a sua parceira e familiares o potencial risco do remédio.</p> <p>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.</p> <p>6. Certifiquei-me que o (a) paciente compreendeu as informações acima descritas.</p> |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A MILTEFOSINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Assinatura: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> 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 à paciente, com diagnóstico de \_\_\_\_\_, que o medicamento à 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 à 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 5

| <b>CVE CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "Prof. Alexandre Vranjac"</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                           |                                                                                                               |                           | <b>SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO</b><br>Secretaria da Saúde |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|
| <b>REGISTRO DE DISPENSAÇÃO DA MILTEFOSNA<sup>a</sup></b><br><b>Divisão de Zoonoses/ CVE / CCD / SES - SP</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                           |                                                                                                               |                           |                                                           |        |
| <b>Dados Gerais</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                           |                                                                                                               |                           |                                                           |        |
| Data do preenchimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | UF<br>SP                                                                                                                  | Município                                                                                                     |                           |                                                           |        |
| <b>Identificação do Preenchedor (no aplicativo REDCap)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                           |                                                                                                               |                           |                                                           |        |
| Nome completo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                           |                                                                                                               |                           |                                                           |        |
| Lotação<br><input type="checkbox"/> 1. Assistência farmacêutica   2. Vigilância Epidemiológica   3. Outro _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                           |                                                                                                               |                           |                                                           |        |
| Cargo/Função                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                           |                                                                                                               | Telefone com DDD<br>(   ) |                                                           |        |
| E-mail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                           |                                                                                                               |                           |                                                           |        |
| <b>Identificação da Instituição Pública Dispensadora da Miltefosina</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                           |                                                                                                               |                           |                                                           |        |
| CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                           | Nome da instituição                                                                                           |                           |                                                           |        |
| <b>Identificação do Prescritor da Miltefosina</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                           |                                                                                                               |                           |                                                           |        |
| Nome completo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                           |                                                                                                               |                           |                                                           |        |
| CRM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                           | Especialidade                                                                                                 |                           |                                                           |        |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                           |                                                                                                               |                           |                                                           |        |
| 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   2. Recidiva                                                    |                                                                                                               |                           |                                                           |        |
| <b>Certifique-se de que a paciente em idade fértil com possibilidade de gravidez:</b><br><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/Escarecimento.</li></ul> <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> |                                                                                                                           |                                                                                                               |                           |                                                           |        |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                           |                                                                                                               |                           |                                                           |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                           |                                                                                                               |                           |                                                           | Franta |



### Diagnóstico

|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Data do diagnóstico</b>                                                                                                         | <b>Parasitológico</b><br><input type="checkbox"/> 1. Positivo 2. Negativo<br><input type="checkbox"/> 3. Não realizado                                                                          | <b>Molecular</b><br><input type="checkbox"/> 1. Positivo 2. Negativo<br><input type="checkbox"/> 3. Não realizado |
| <b>Histopatológico</b><br><input type="checkbox"/> 1. Encontro do Parasita<br>3. Não compatível                                    | 2. Compatível<br>4. Não realizado                                                                                                                                                               | <b>Outro</b><br><input type="checkbox"/> 1. IFI 2. Imunocromatográfico<br>3. Elisa 4. Outro _____                 |
| <b>Forma clínica</b><br><input type="checkbox"/> 1. Cutânea localizada<br>2. Cutânea difusa<br>3. Cutânea disseminada<br>4. Mucosa | <b>Agente etiológico</b><br><input type="checkbox"/> 1. <i>Leishmania braziliensis</i> 2. <i>Leishmania guyanensis</i><br>3. <i>Leishmania amazonensis</i><br>4. Outra _____<br>5. Desconhecida |                                                                                                                   |

### Tratamentos anteriores

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicamento(s) usado(s) em tratamento(s) anterior(es)*</b>                                                                                                                                                 |                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 1. Virgem de tratamento<br>3. Antimoniato de Meglumina intralesional<br>5. Anfotericina b (desoxicolato)<br>7. Pentoxifilina associada ao Antimoniato de Meglumina<br>9. Outra _____ | 2. Antimoniato de Meglumina parenteral<br>4. Anfotericina b lipossomal<br>6. Isotionato de Pentamidina<br>8. Miltefosina |

\* Marque uma ou mais alternativas

### Prescrição

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Data da prescrição</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Etapa do Tratamento</b><br><input type="checkbox"/> 1. 1ª etapa (primeiros 14 dias)<br>2. 2ª etapa (últimos 14 dias) |
| <b>Critério(s) para prescrição da Miltefosina *</b><br><input type="checkbox"/> 1. Primeira escolha 2. Continuidade de tratamento (2ª etapa)<br>3. Falha terapêutica com uso de outro(s) medicamento(s)<br>4. Falha terapêutica com uso da Miltefosina<br>5. Hipersensibilidade a outro(s) medicamento(s)<br>6. Outra _____ |                                                                                                                         |

\* Marque uma ou mais alternativas

|             |                                                                                             |                                                                                                  |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Peso</b> | <b>Posologia prescrita (mg/Kg/dia)</b><br><input type="checkbox"/> 1. 2,5<br>2. Outro _____ | <b>Tempo de tratamento em número de dias</b><br><input type="checkbox"/> 1. 14<br>2. Outro _____ |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Dispensação

|                                                                                                  |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>Quantidade dispensada</b><br><input type="checkbox"/> 1. 42 cápsulas (1 caixa) 2. Outro _____ |                     |
| <b>Lote dispensado (1)</b>                                                                       | <b>Validade (1)</b> |
| <b>Lote dispensado (2)</b>                                                                       | <b>Validade (2)</b> |

\* Formulário adaptado pela Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. Original disponível no endereço eletrônico <https://redcap.saude.gov.br/surveys/index.php?z=PC88PWABLX>



## ANEXO 6



**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=1161](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1161)

## ANEXO 7

### (Planilha para solicitação de Itraconazol)

| Vigilância e Controle das Micoses Sistêmicas - Solicitação de ITRACONAZOL |                  |                    |                      |             |                     |                              |                      |                                             |                                          |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------|----------------------|-------------|---------------------|------------------------------|----------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| Instituição:                                                              |                  |                    | CNES:                |             | UF:                 |                              | Data de solicitação: |                                             |                                          |
| Endereço completo (Bairro, Município, CEP):                               |                  |                    |                      |             |                     |                              |                      |                                             |                                          |
| Responsável pela solicitação:                                             |                  |                    |                      |             | Telefone p/contato: |                              |                      |                                             |                                          |
| Responsável pelo recebimento:                                             |                  |                    |                      |             | Telefone p/contato: |                              |                      |                                             |                                          |
| 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) |
| 1                                                                         |                  |                    |                      |             |                     |                              |                      |                                             |                                          |
| 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 8

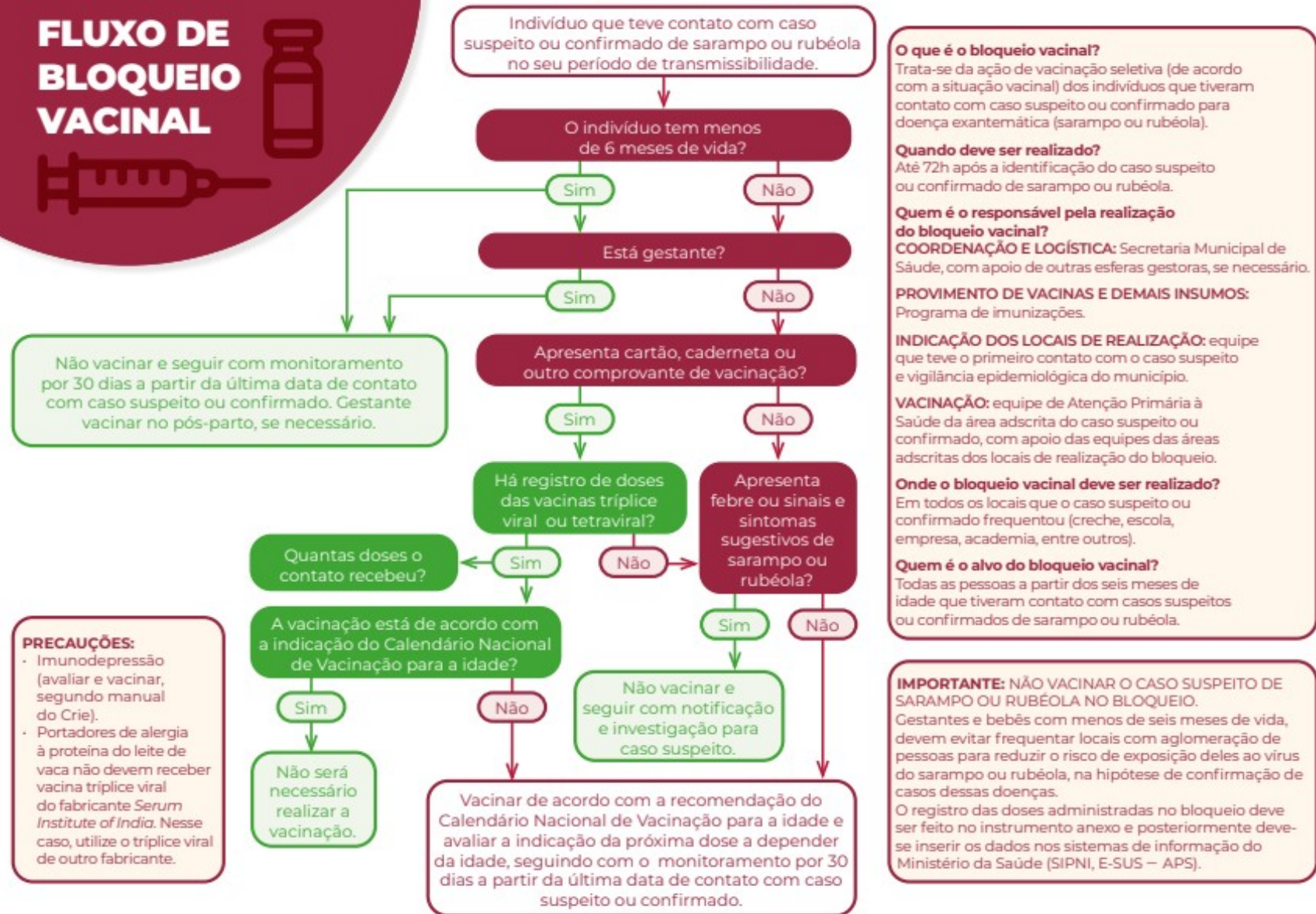
| 1) REQUISITANTE                                                                   |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                            |                                                          |  |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |         |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|----------------------------|----------------------------------------------------------|--|--|--|--|---------|--|--|--|------|--|--|--|---------|--|--|--|
|                                                                                   |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                            |                                                          |  |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |         |  |  |  |
| 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:                                                                         |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                            |                                                          |  |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |         |  |  |  |
|                                                                                   |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                            |                                                          |  |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |         |  |  |  |
|                                                                                   |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                            |                                                          |  |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  |         |  |  |  |
| Município:                                                                        |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |                            |                                                          |  |  |  |  |         |  |  |  |      |  |  |  | Bairro: |  |  |  |
| 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 9

### FLUXO DE BLOQUEIO VACINAL





## ANEXO 10 - INTEGROWTH - Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascidos pré-termo – para **meninos**



### PERÍMETRO CEFÁLICO (MENINOS)



| Idade gestacional<br>(meses +<br>semanas) | INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINOS |       |       |       |       |       |       |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                           | -3                                                    | -2    | -1    | 0     | 1     | 2     | 3     |
| 24+0                                      | 17,66                                                 | 19,22 | 20,78 | 22,34 | 23,90 | 25,46 | 27,02 |
| 24+1                                      | 17,79                                                 | 19,35 | 20,91 | 22,47 | 24,03 | 25,59 | 27,15 |
| 24+2                                      | 17,92                                                 | 19,47 | 21,03 | 22,59 | 24,15 | 25,71 | 27,27 |
| 24+3                                      | 18,04                                                 | 19,60 | 21,16 | 22,72 | 24,28 | 25,84 | 27,40 |
| 24+4                                      | 18,17                                                 | 19,73 | 21,29 | 22,85 | 24,41 | 25,97 | 27,53 |
| 24+5                                      | 18,30                                                 | 19,86 | 21,42 | 22,98 | 24,54 | 26,10 | 27,66 |
| 24+6                                      | 18,42                                                 | 19,98 | 21,54 | 23,10 | 24,66 | 26,22 | 27,78 |
| 25+0                                      | 18,55                                                 | 20,11 | 21,67 | 23,23 | 24,79 | 26,35 | 27,91 |
| 25+1                                      | 18,68                                                 | 20,24 | 21,80 | 23,36 | 24,92 | 26,48 | 28,04 |
| 25+2                                      | 18,80                                                 | 20,36 | 21,92 | 23,48 | 25,04 | 26,60 | 28,16 |
| 25+3                                      | 18,93                                                 | 20,49 | 22,05 | 23,61 | 25,17 | 26,73 | 28,29 |
| 25+4                                      | 19,06                                                 | 20,62 | 22,18 | 23,74 | 25,30 | 26,86 | 28,42 |
| 25+5                                      | 19,18                                                 | 20,74 | 22,30 | 23,86 | 25,42 | 26,98 | 28,54 |
| 25+6                                      | 19,31                                                 | 20,87 | 22,43 | 23,99 | 25,55 | 27,11 | 28,67 |
| 26+0                                      | 19,44                                                 | 21,00 | 22,56 | 24,12 | 25,68 | 27,24 | 28,80 |
| 26+1                                      | 19,56                                                 | 21,12 | 22,68 | 24,24 | 25,80 | 27,36 | 28,92 |
| 26+2                                      | 19,69                                                 | 21,25 | 22,81 | 24,37 | 25,93 | 27,49 | 29,05 |
| 26+3                                      | 19,82                                                 | 21,38 | 22,94 | 24,50 | 26,06 | 27,62 | 29,18 |
| 26+4                                      | 19,94                                                 | 21,50 | 23,06 | 24,62 | 26,18 | 27,74 | 29,30 |
| 26+5                                      | 20,07                                                 | 21,63 | 23,19 | 24,75 | 26,31 | 27,87 | 29,43 |
| 26+6                                      | 20,20                                                 | 21,76 | 23,32 | 24,88 | 26,44 | 28,00 | 29,56 |
| 27+0                                      | 20,32                                                 | 21,88 | 23,44 | 25,00 | 26,56 | 28,12 | 29,68 |
| 27+1                                      | 20,45                                                 | 22,01 | 23,57 | 25,13 | 26,69 | 28,25 | 29,81 |
| 27+2                                      | 20,58                                                 | 22,14 | 23,70 | 25,26 | 26,82 | 28,38 | 29,94 |
| 27+3                                      | 20,70                                                 | 22,26 | 23,82 | 25,38 | 26,94 | 28,50 | 30,06 |
| 27+4                                      | 20,83                                                 | 22,39 | 23,95 | 25,51 | 27,07 | 28,63 | 30,19 |
| 27+5                                      | 20,96                                                 | 22,52 | 24,08 | 25,64 | 27,20 | 28,76 | 30,32 |
| 27+6                                      | 21,09                                                 | 22,65 | 24,21 | 25,77 | 27,33 | 28,88 | 30,44 |
| 28+0                                      | 21,21                                                 | 22,77 | 24,33 | 25,89 | 27,45 | 29,01 | 30,57 |
| 28+1                                      | 21,34                                                 | 22,90 | 24,46 | 26,02 | 27,58 | 29,14 | 30,70 |
| 28+2                                      | 21,47                                                 | 23,03 | 24,59 | 26,15 | 27,71 | 29,27 | 30,83 |
| 28+3                                      | 21,59                                                 | 23,15 | 24,71 | 26,27 | 27,83 | 29,39 | 30,95 |
| 28+4                                      | 21,72                                                 | 23,28 | 24,84 | 26,40 | 27,96 | 29,52 | 31,08 |
| 28+5                                      | 21,85                                                 | 23,41 | 24,97 | 26,53 | 28,09 | 29,65 | 31,21 |
| 28+6                                      | 21,97                                                 | 23,53 | 25,09 | 26,65 | 28,21 | 29,77 | 31,33 |



| Idade gestacional<br>(meses +<br>semanas) | INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINOS |       |       |       |       |       |       |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                           | -3                                                    | -2    | -1    | 0     | 1     | 2     | 3     |
| 29+0                                      | 22,10                                                 | 23,66 | 25,22 | 26,78 | 28,34 | 29,90 | 31,46 |
| 29+1                                      | 22,23                                                 | 23,79 | 25,35 | 26,91 | 28,47 | 30,03 | 31,59 |
| 29+2                                      | 22,35                                                 | 23,91 | 25,47 | 27,03 | 28,59 | 30,15 | 31,71 |
| 29+3                                      | 22,48                                                 | 24,04 | 25,60 | 27,16 | 28,72 | 30,28 | 31,84 |
| 29+4                                      | 22,61                                                 | 24,17 | 25,73 | 27,29 | 28,85 | 30,41 | 31,97 |
| 29+5                                      | 22,73                                                 | 24,29 | 25,85 | 27,41 | 28,97 | 30,53 | 32,09 |
| 29+6                                      | 22,86                                                 | 24,42 | 25,98 | 27,54 | 29,10 | 30,66 | 32,22 |
| 30+0                                      | 22,99                                                 | 24,55 | 26,11 | 27,67 | 29,23 | 30,79 | 32,35 |
| 30+1                                      | 23,11                                                 | 24,67 | 26,23 | 27,79 | 29,35 | 30,91 | 32,47 |
| 30+2                                      | 23,24                                                 | 24,80 | 26,36 | 27,92 | 29,48 | 31,04 | 32,60 |
| 30+3                                      | 23,37                                                 | 24,93 | 26,49 | 28,05 | 29,61 | 31,17 | 32,73 |
| 30+4                                      | 23,49                                                 | 25,05 | 26,61 | 28,17 | 29,73 | 31,29 | 32,85 |
| 30+5                                      | 23,62                                                 | 25,18 | 26,74 | 28,30 | 29,86 | 31,42 | 32,98 |
| 30+6                                      | 23,75                                                 | 25,31 | 26,87 | 28,43 | 29,99 | 31,55 | 33,11 |
| 31+0                                      | 23,87                                                 | 25,43 | 26,99 | 28,55 | 30,11 | 31,67 | 33,23 |
| 31+1                                      | 24,00                                                 | 25,56 | 27,12 | 28,68 | 30,24 | 31,80 | 33,36 |
| 31+2                                      | 24,13                                                 | 25,69 | 27,25 | 28,81 | 30,37 | 31,93 | 33,49 |
| 31+3                                      | 24,26                                                 | 25,82 | 27,38 | 28,94 | 30,50 | 32,06 | 33,62 |
| 31+4                                      | 24,38                                                 | 25,94 | 27,50 | 29,06 | 30,62 | 32,18 | 33,74 |
| 31+5                                      | 24,51                                                 | 26,07 | 27,63 | 29,19 | 30,75 | 32,31 | 33,87 |
| 31+6                                      | 24,64                                                 | 26,20 | 27,76 | 29,32 | 30,88 | 32,44 | 34,00 |
| 32+0                                      | 24,76                                                 | 26,32 | 27,88 | 29,44 | 31,00 | 32,56 | 34,12 |
| 32+1                                      | 24,89                                                 | 26,45 | 28,01 | 29,57 | 31,13 | 32,69 | 34,25 |
| 32+2                                      | 25,02                                                 | 26,58 | 28,14 | 29,70 | 31,26 | 32,82 | 34,38 |
| 32+3                                      | 25,14                                                 | 26,70 | 28,26 | 29,82 | 31,38 | 32,94 | 34,50 |
| 32+4                                      | 25,27                                                 | 26,83 | 28,39 | 29,95 | 31,51 | 33,07 | 34,63 |
| 32+5                                      | 25,40                                                 | 26,96 | 28,52 | 30,08 | 31,64 | 33,20 | 34,76 |
| 32+6                                      | 25,52                                                 | 27,08 | 28,64 | 30,20 | 31,76 | 33,32 | 34,88 |
| 33+0                                      | 26,46                                                 | 28,07 | 29,50 | 30,88 | 32,29 | 33,81 | 35,52 |
| 33+1                                      | 26,57                                                 | 28,17 | 29,60 | 30,97 | 32,37 | 33,88 | 35,58 |
| 33+2                                      | 26,68                                                 | 28,27 | 29,69 | 31,05 | 32,45 | 33,95 | 35,64 |
| 33+3                                      | 26,79                                                 | 28,37 | 29,78 | 31,14 | 32,53 | 34,02 | 35,70 |
| 33+4                                      | 26,89                                                 | 28,47 | 29,88 | 31,22 | 32,61 | 34,09 | 35,76 |
| 33+5                                      | 27,00                                                 | 28,57 | 29,97 | 31,31 | 32,68 | 34,16 | 35,83 |
| 33+6                                      | 27,10                                                 | 28,66 | 30,06 | 31,39 | 32,76 | 34,23 | 35,89 |
| 34+0                                      | 27,21                                                 | 28,76 | 30,14 | 31,47 | 32,83 | 34,30 | 35,95 |
| 34+1                                      | 27,31                                                 | 28,85 | 30,23 | 31,55 | 32,91 | 34,36 | 36,00 |
| 34+2                                      | 27,41                                                 | 28,94 | 30,32 | 31,63 | 32,98 | 34,43 | 36,06 |
| 34+3                                      | 27,51                                                 | 29,04 | 30,40 | 31,71 | 33,05 | 34,50 | 36,12 |
| 34+4                                      | 27,60                                                 | 29,13 | 30,49 | 31,79 | 33,13 | 34,56 | 36,18 |
| 34+5                                      | 27,70                                                 | 29,22 | 30,57 | 31,87 | 33,20 | 34,63 | 36,24 |
| 34+6                                      | 27,80                                                 | 29,31 | 30,65 | 31,94 | 33,27 | 34,69 | 36,29 |
| 35+0                                      | 27,89                                                 | 29,39 | 30,74 | 32,02 | 33,34 | 34,76 | 36,35 |
| 35+1                                      | 27,99                                                 | 29,48 | 30,82 | 32,10 | 33,41 | 34,82 | 36,41 |
| 35+2                                      | 28,08                                                 | 29,57 | 30,90 | 32,17 | 33,48 | 34,88 | 36,46 |
| 35+3                                      | 28,17                                                 | 29,65 | 30,98 | 32,24 | 33,55 | 34,94 | 36,52 |
| 35+4                                      | 28,26                                                 | 29,74 | 31,06 | 32,32 | 33,62 | 35,01 | 36,57 |
| 35+5                                      | 28,35                                                 | 29,82 | 31,14 | 32,39 | 33,68 | 35,07 | 36,63 |
| 35+6                                      | 28,44                                                 | 29,90 | 31,21 | 32,46 | 33,75 | 35,13 | 36,68 |
| 36+0                                      | 28,53                                                 | 29,99 | 31,29 | 32,53 | 33,82 | 35,19 | 36,74 |
| 36+1                                      | 28,62                                                 | 30,07 | 31,36 | 32,61 | 33,88 | 35,25 | 36,79 |
| 36+2                                      | 28,70                                                 | 30,15 | 31,44 | 32,68 | 33,95 | 35,31 | 36,85 |
| 36+3                                      | 28,79                                                 | 30,23 | 31,51 | 32,75 | 34,01 | 35,37 | 36,90 |
| 36+4                                      | 28,87                                                 | 30,31 | 31,59 | 32,81 | 34,07 | 35,43 | 36,95 |
| 36+5                                      | 28,96                                                 | 30,38 | 31,66 | 32,88 | 34,14 | 35,48 | 37,00 |
| 36+6                                      | 29,04                                                 | 30,46 | 31,73 | 32,95 | 34,20 | 35,54 | 37,05 |



## ANEXO 11 - INTEGROWTH - Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascidos pré-termo – para meninas



PERÍMETRO CEFÁLICO (MENINAS)



| Idade gestacional<br>(meses +<br>semanas) | INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINAS |       |       |       |       |       |       |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                           | -3                                                    | -2    | -1    | 0     | 1     | 2     | 3     |
| 24+0                                      | 17,41                                                 | 18,97 | 20,53 | 22,09 | 23,65 | 25,21 | 26,77 |
| 24+1                                      | 17,54                                                 | 19,10 | 20,66 | 22,22 | 23,78 | 25,34 | 26,90 |
| 24+2                                      | 17,66                                                 | 19,22 | 20,78 | 22,34 | 23,90 | 25,46 | 27,02 |
| 24+3                                      | 17,79                                                 | 19,35 | 20,91 | 22,47 | 24,03 | 25,59 | 27,15 |
| 24+4                                      | 17,92                                                 | 19,48 | 21,04 | 22,60 | 24,16 | 25,72 | 27,28 |
| 24+5                                      | 18,04                                                 | 19,60 | 21,16 | 22,72 | 24,28 | 25,84 | 27,40 |
| 24+6                                      | 18,17                                                 | 19,73 | 21,29 | 22,85 | 24,41 | 25,97 | 27,53 |
| 25+0                                      | 18,30                                                 | 19,86 | 21,42 | 22,98 | 24,54 | 26,10 | 27,66 |
| 25+1                                      | 18,42                                                 | 19,98 | 21,54 | 23,10 | 24,66 | 26,22 | 27,78 |
| 25+2                                      | 18,55                                                 | 20,11 | 21,67 | 23,23 | 24,79 | 26,35 | 27,91 |
| 25+3                                      | 18,68                                                 | 20,24 | 21,80 | 23,36 | 24,92 | 26,48 | 28,04 |
| 25+4                                      | 18,80                                                 | 20,36 | 21,92 | 23,48 | 25,04 | 26,60 | 28,16 |
| 25+5                                      | 18,93                                                 | 20,49 | 22,05 | 23,61 | 25,17 | 26,73 | 28,29 |
| 25+6                                      | 19,06                                                 | 20,62 | 22,18 | 23,74 | 25,30 | 26,86 | 28,42 |
| 26+0                                      | 19,19                                                 | 20,75 | 22,31 | 23,87 | 25,43 | 26,99 | 28,55 |
| 26+1                                      | 19,31                                                 | 20,87 | 22,43 | 23,99 | 25,55 | 27,11 | 28,67 |
| 26+2                                      | 19,44                                                 | 21,00 | 22,56 | 24,12 | 25,68 | 27,24 | 28,80 |
| 26+3                                      | 19,57                                                 | 21,13 | 22,69 | 24,25 | 25,81 | 27,37 | 28,93 |
| 26+4                                      | 19,69                                                 | 21,25 | 22,81 | 24,37 | 25,93 | 27,49 | 29,05 |
| 26+5                                      | 19,82                                                 | 21,38 | 22,94 | 24,50 | 26,06 | 27,62 | 29,18 |
| 26+6                                      | 19,95                                                 | 21,51 | 23,07 | 24,63 | 26,19 | 27,75 | 29,31 |
| 27+0                                      | 20,07                                                 | 21,63 | 23,19 | 24,75 | 26,31 | 27,87 | 29,43 |
| 27+1                                      | 20,20                                                 | 21,76 | 23,32 | 24,88 | 26,44 | 28,00 | 29,56 |
| 27+2                                      | 20,33                                                 | 21,89 | 23,45 | 25,01 | 26,57 | 28,13 | 29,69 |
| 27+3                                      | 20,45                                                 | 22,01 | 23,57 | 25,13 | 26,69 | 28,25 | 29,81 |
| 27+4                                      | 20,58                                                 | 22,14 | 23,70 | 25,26 | 26,82 | 28,38 | 29,94 |
| 27+5                                      | 20,71                                                 | 22,27 | 23,83 | 25,39 | 26,95 | 28,51 | 30,07 |
| 27+6                                      | 20,83                                                 | 22,39 | 23,95 | 25,51 | 27,07 | 28,63 | 30,19 |
| 28+0                                      | 20,96                                                 | 22,52 | 24,08 | 25,64 | 27,20 | 28,76 | 30,32 |
| 28+1                                      | 21,09                                                 | 22,65 | 24,21 | 25,77 | 27,33 | 28,89 | 30,45 |
| 28+2                                      | 21,21                                                 | 22,77 | 24,33 | 25,89 | 27,45 | 29,01 | 30,57 |
| 28+3                                      | 21,34                                                 | 22,90 | 24,46 | 26,02 | 27,58 | 29,14 | 30,70 |
| 28+4                                      | 21,47                                                 | 23,03 | 24,59 | 26,15 | 27,71 | 29,27 | 30,83 |
| 28+5                                      | 21,59                                                 | 23,15 | 24,71 | 26,27 | 27,83 | 29,39 | 30,95 |
| 28+6                                      | 21,72                                                 | 23,28 | 24,84 | 26,40 | 27,96 | 29,52 | 31,08 |
| 29+0                                      | 21,85                                                 | 23,41 | 24,97 | 26,53 | 28,09 | 29,65 | 31,21 |
| 29+1                                      | 21,98                                                 | 23,54 | 25,09 | 26,65 | 28,21 | 29,77 | 31,33 |
| 29+2                                      | 22,10                                                 | 23,66 | 25,22 | 26,78 | 28,34 | 29,90 | 31,46 |
| 29+3                                      | 22,23                                                 | 23,79 | 25,35 | 26,91 | 28,47 | 30,03 | 31,59 |
| 29+4                                      | 22,36                                                 | 23,92 | 25,48 | 27,04 | 28,60 | 30,16 | 31,72 |



| Idade gestacional<br>(meses +<br>semanas) | INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINAS |       |       |       |       |       |       |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                           | -3                                                    | -2    | -1    | 0     | 1     | 2     | 3     |
| 29+5                                      | 22,48                                                 | 24,04 | 25,60 | 27,16 | 28,72 | 30,28 | 31,84 |
| 29+6                                      | 22,61                                                 | 24,17 | 25,73 | 27,29 | 28,85 | 30,41 | 31,97 |
| 30+0                                      | 22,74                                                 | 24,30 | 25,86 | 27,42 | 28,98 | 30,54 | 32,10 |
| 30+1                                      | 22,86                                                 | 24,42 | 25,98 | 27,54 | 29,10 | 30,66 | 32,22 |
| 30+2                                      | 22,99                                                 | 24,55 | 26,11 | 27,67 | 29,23 | 30,79 | 32,35 |
| 30+3                                      | 23,12                                                 | 24,68 | 26,24 | 27,80 | 29,36 | 30,92 | 32,48 |
| 30+4                                      | 23,24                                                 | 24,80 | 26,36 | 27,92 | 29,48 | 31,04 | 32,60 |
| 30+5                                      | 23,37                                                 | 24,93 | 26,49 | 28,05 | 29,61 | 31,17 | 32,73 |
| 30+6                                      | 23,50                                                 | 25,06 | 26,62 | 28,18 | 29,74 | 31,30 | 32,86 |
| 31+0                                      | 23,62                                                 | 25,18 | 26,74 | 28,30 | 29,86 | 31,42 | 32,98 |
| 31+1                                      | 23,75                                                 | 25,31 | 26,87 | 28,43 | 29,99 | 31,55 | 33,11 |
| 31+2                                      | 23,88                                                 | 25,44 | 27,00 | 28,56 | 30,12 | 31,68 | 33,24 |
| 31+3                                      | 24,00                                                 | 25,56 | 27,12 | 28,68 | 30,24 | 31,80 | 33,36 |
| 31+4                                      | 24,13                                                 | 25,69 | 27,25 | 28,81 | 30,37 | 31,93 | 33,49 |
| 31+5                                      | 24,26                                                 | 25,82 | 27,38 | 28,94 | 30,50 | 32,06 | 33,62 |
| 31+6                                      | 24,38                                                 | 25,94 | 27,50 | 29,06 | 30,62 | 32,18 | 33,74 |
| 32+0                                      | 24,51                                                 | 26,07 | 27,63 | 29,19 | 30,75 | 32,31 | 33,87 |
| 32+1                                      | 24,64                                                 | 26,20 | 27,76 | 29,32 | 30,88 | 32,44 | 34,00 |
| 32+2                                      | 24,76                                                 | 26,32 | 27,88 | 29,44 | 31,00 | 32,56 | 34,12 |
| 32+3                                      | 24,89                                                 | 26,45 | 28,01 | 29,57 | 31,13 | 32,69 | 34,25 |
| 32+4                                      | 25,02                                                 | 26,58 | 28,14 | 29,70 | 31,26 | 32,82 | 34,38 |
| 32+5                                      | 25,15                                                 | 26,71 | 28,27 | 29,83 | 31,39 | 32,95 | 34,50 |
| 32+6                                      | 25,27                                                 | 26,83 | 28,39 | 29,95 | 31,51 | 33,07 | 34,63 |
| 33+0                                      | 26,15                                                 | 27,75 | 29,14 | 30,46 | 31,83 | 33,33 | 35,07 |
| 33+1                                      | 26,27                                                 | 27,86 | 29,24 | 30,55 | 31,92 | 33,41 | 35,14 |
| 33+2                                      | 26,38                                                 | 27,96 | 29,34 | 30,64 | 32,00 | 33,48 | 35,20 |
| 33+3                                      | 26,49                                                 | 28,07 | 29,44 | 30,73 | 32,08 | 33,55 | 35,27 |
| 33+4                                      | 26,61                                                 | 28,17 | 29,53 | 30,82 | 32,16 | 33,63 | 35,33 |
| 33+5                                      | 26,71                                                 | 28,27 | 29,62 | 30,91 | 32,24 | 33,70 | 35,39 |
| 33+6                                      | 26,82                                                 | 28,37 | 29,72 | 30,99 | 32,32 | 33,77 | 35,45 |
| 34+0                                      | 26,93                                                 | 28,47 | 29,81 | 31,08 | 32,39 | 33,84 | 35,51 |
| 34+1                                      | 27,04                                                 | 28,57 | 29,90 | 31,16 | 32,47 | 33,90 | 35,57 |
| 34+2                                      | 27,14                                                 | 28,66 | 29,99 | 31,24 | 32,55 | 33,97 | 35,63 |
| 34+3                                      | 27,24                                                 | 28,76 | 30,07 | 31,32 | 32,62 | 34,04 | 35,69 |
| 34+4                                      | 27,34                                                 | 28,85 | 30,16 | 31,40 | 32,69 | 34,11 | 35,75 |
| 34+5                                      | 27,44                                                 | 28,94 | 30,25 | 31,48 | 32,77 | 34,17 | 35,80 |
| 34+6                                      | 27,54                                                 | 29,03 | 30,33 | 31,56 | 32,84 | 34,23 | 35,86 |
| 35+0                                      | 27,63                                                 | 29,12 | 30,41 | 31,64 | 32,91 | 34,30 | 35,91 |
| 35+1                                      | 27,73                                                 | 29,21 | 30,49 | 31,71 | 32,98 | 34,36 | 35,97 |
| 35+2                                      | 27,82                                                 | 29,29 | 30,57 | 31,79 | 33,04 | 34,42 | 36,02 |
| 35+3                                      | 27,92                                                 | 29,38 | 30,65 | 31,86 | 33,11 | 34,48 | 36,08 |
| 35+4                                      | 28,01                                                 | 29,46 | 30,73 | 31,93 | 33,18 | 34,54 | 36,13 |
| 35+5                                      | 28,10                                                 | 29,55 | 30,81 | 32,00 | 33,24 | 34,60 | 36,18 |
| 35+6                                      | 28,19                                                 | 29,63 | 30,88 | 32,07 | 33,31 | 34,66 | 36,23 |
| 36+0                                      | 28,27                                                 | 29,71 | 30,96 | 32,14 | 33,37 | 34,72 | 36,28 |
| 36+1                                      | 28,36                                                 | 29,79 | 31,03 | 32,21 | 33,44 | 34,78 | 36,33 |
| 36+2                                      | 28,44                                                 | 29,87 | 31,11 | 32,28 | 33,50 | 34,83 | 36,38 |
| 36+3                                      | 28,53                                                 | 29,94 | 31,18 | 32,35 | 33,56 | 34,89 | 36,43 |
| 36+4                                      | 28,61                                                 | 30,02 | 31,25 | 32,41 | 33,62 | 34,94 | 36,48 |
| 36+5                                      | 28,69                                                 | 30,10 | 31,32 | 32,48 | 33,68 | 35,00 | 36,53 |
| 36+6                                      | 28,77                                                 | 30,17 | 31,39 | 32,54 | 33,74 | 35,05 | 36,58 |

Fonte: Projeto INTERGROWTH-21st.

## ANEXO 12 - OMS - Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascidos a termo – para meninos

| Semanas de vida | OMS - Perímetro Cefálico (cm) - MENINOS |             |       |      |       |       |       |
|-----------------|-----------------------------------------|-------------|-------|------|-------|-------|-------|
|                 | -3 DP                                   | -2 DP       | -1 DP | 0    | +1 DP | +2 DP | +3 DP |
| 0               | 30,7                                    | <b>31,9</b> | 33,2  | 34,5 | 35,7  | 37,0  | 38,3  |
| 1               | 31,5                                    | <b>32,7</b> | 33,9  | 35,2 | 36,4  | 37,6  | 38,8  |
| 2               | 32,4                                    | <b>33,5</b> | 34,7  | 35,9 | 37,0  | 38,2  | 39,4  |
| 3               | 33,0                                    | <b>34,2</b> | 35,4  | 36,5 | 37,7  | 38,9  | 40,0  |
| 4               | 33,6                                    | <b>34,8</b> | 35,9  | 37,1 | 38,3  | 39,4  | 40,6  |
| 5               | 34,1                                    | <b>35,3</b> | 36,4  | 37,6 | 38,8  | 39,9  | 41,1  |
| 6               | 34,6                                    | <b>35,7</b> | 36,9  | 38,1 | 39,2  | 40,4  | 41,6  |
| 7               | 35,0                                    | <b>36,1</b> | 37,3  | 38,5 | 39,7  | 40,8  | 42,0  |
| 8               | 35,4                                    | <b>36,5</b> | 37,7  | 38,9 | 40,0  | 41,2  | 42,4  |
| 9               | 35,7                                    | <b>36,9</b> | 38,1  | 39,2 | 40,4  | 41,6  | 42,8  |
| 10              | 36,1                                    | <b>37,2</b> | 38,4  | 39,6 | 40,8  | 41,9  | 43,1  |
| 11              | 36,4                                    | <b>37,5</b> | 38,7  | 39,9 | 41,1  | 42,3  | 43,4  |
| 12              | 36,7                                    | <b>37,9</b> | 39,0  | 40,2 | 41,4  | 42,6  | 43,7  |
| 13              | 37,0                                    | <b>38,1</b> | 39,3  | 40,5 | 41,7  | 42,9  | 44,0  |

Fonte: OMS. Perímetro cefálico por idade. Disponível em: [http://www.who.int/childgrowth/standards/hc\\_for\\_age/en/](http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_for_age/en/)

## ANEXO 13 - OMS - Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascidos a termo – para meninas

| Semana | Perímetro Cefálico (cm) - MENINAS |             |       |      |       |       |       |
|--------|-----------------------------------|-------------|-------|------|-------|-------|-------|
|        | -3 DP                             | -2 DP       | -1 DP | 0    | +1 DP | +2 DP | +3 DP |
| 0      | 30,3                              | <b>31,5</b> | 32,7  | 33,9 | 35,1  | 36,2  | 37,4  |
| 1      | 31,1                              | <b>32,2</b> | 33,4  | 34,6 | 35,7  | 36,9  | 38,1  |
| 2      | 31,8                              | <b>32,9</b> | 34,1  | 35,2 | 36,4  | 37,5  | 38,7  |
| 3      | 32,4                              | <b>33,5</b> | 34,7  | 35,8 | 37,0  | 38,2  | 39,3  |
| 4      | 32,9                              | <b>34,0</b> | 35,2  | 36,4 | 37,5  | 38,7  | 39,9  |
| 5      | 33,3                              | <b>34,5</b> | 35,7  | 36,8 | 38,0  | 39,2  | 40,4  |
| 6      | 33,7                              | <b>34,9</b> | 36,1  | 37,3 | 38,5  | 39,6  | 40,8  |
| 7      | 34,1                              | <b>35,3</b> | 36,5  | 37,7 | 38,9  | 40,1  | 41,3  |
| 8      | 34,4                              | <b>35,6</b> | 36,8  | 38,0 | 39,2  | 40,4  | 41,6  |
| 9      | 34,7                              | <b>35,9</b> | 37,1  | 38,4 | 39,6  | 40,8  | 42,0  |
| 10     | 35,0                              | <b>36,2</b> | 37,4  | 38,7 | 39,9  | 41,1  | 42,3  |
| 11     | 35,3                              | <b>36,5</b> | 37,7  | 39,0 | 40,2  | 41,4  | 42,7  |
| 12     | 35,5                              | <b>36,8</b> | 38,0  | 39,3 | 40,5  | 41,7  | 43,0  |
| 13     | 35,8                              | <b>37,0</b> | 38,3  | 39,5 | 40,8  | 42,0  | 43,2  |

Fonte: OMS. Perímetro cefálico por idade. Disponível em: [http://www.who.int/childgrowth/standards/hc\\_for\\_age/en/](http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_for_age/en/)

## 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, 6ª edição revisada e atualizada. Brasília – DF, 2023.
- 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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_diagnostico\\_tratamento\\_acidentes\\_animais\\_peconhentos\\_2ed\\_rev.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_diagnostico_tratamento_acidentes_animais_peconhentos_2ed_rev.pdf)> Acesso em: 31 agosto 2022.
- Nota Informativa nº 25 de 2016 – CGDT/DEVIT/SVS/MS. Informações da Coordenação-geral de Doenças Transmissíveis referentes à nova abordagem ao tratamento em casos de acidentes por serpentes do grupo Bothrops (“jararacas”) e por escorpiões, em situações de escassez de antivenenos.
- 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).
- Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança – 6. ed. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

- Manejo clínico das arboviroses. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria da Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças, Centro de Vigilância Epidemiológica Prof Alexandre Vranjac – janeiro / 2023.
- Atualização dos critérios para diagnóstico laboratorial da Febre Maculosa no IAL, 15/11/23 – IAL, Centro de Virologia Lutz – Núcleo de Doenças Respiratórias.
- Protocolo de Vigilância e Resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central (SNC). Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional -ESPII. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde, versão 2 – 2016.
- Informe técnico sobre Escarlatina, Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof Alexandre Vranjac”, disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/agrivos/escarlatina/documentos-tecnicos>
- Mortari N, Frugis Yu AL, Liphaus BL, Marques Ferreira P, Rodrigues M, Akemi Guinoza Ando J, Yatiyo Yassuda Y, Brandão de Assis D, Compagnoli Carmona R de C, Caetano Machado B, Sampaio Tavares Timenetsky M do C, Marques Pinto Carvalhanas TR. Doença Mão-Pé-Boca: diretrizes e orientações para surtos. Bepa [Internet]. 30º de maio de 2018 [citado 25º de setembro de 2024];15(173):11-28. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/37768>
- Nota técnica conjunta nº 165/2025 – DPNI/SVSA/MS – Revoga Nota Técnica Nº 92/2024 – DPNI/SVSA/MS e atualiza as orientações sobre o tratamento, quimioprofilaxia e medidas de prevenção e controle de coqueluche.
- Nota técnica nº 154/2024 – DPNI/SVSA/MS – Novas orientações para o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das meningites e retificação da Nota Técnica nº 97/2024 - DPNI/SVSA/MS
- Nota Técnica 03/IP/CCD/SES-SP de 2020, que orienta sobre a Profilaxia da Raiva Humana.