



Vigilância em Saúde Ambiental

Manual de Procedimentos

Operacionais



**ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA DE CHAPECÓ
SECRETARIA DA SAÚDE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL**

Elaboração

Francis Maira Schabat

Revisão

Douglas Michel Muller Fritzen

Fátima Neiva Piovesan Bedin

Gessiani Fatima Larentes

Karina Giachini

Saionara Barimacher

Organização

Junir Antonio Lutinski

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVO/APROVAÇÃO	6
3. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	7
ACIDENTE POR ANIMAL PEÇONHENTO – ARANHAS	8
ACIDENTE POR ANIMAL PEÇONHENTO – ESCORPIÃO	12
ACIDENTE POR ANIMAL PEÇONHENTO – HIMENÓPTEROS	17
ACIDENTE POR ANIMAL PEÇONHENTO – LAGARTAS	20
ACIDENTE POR ANIMAL PEÇONHENTO – SERPENTES	25
ACIDENTE POR ANIMAL POTENCIALMENTE TRANSMISSOR DA RAIVA	29
BRUCELOSE	38
DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA VÍRUS	46
DOENÇA DE CHAGAS	53
FEBRE AMARELA	62
HANTAVIROSE	69
LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA	75
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	91
LEISHMANIOSE VISCERAL	99
LEPTOSPIROSE	105
MALÁRIA	111
RAIVA ANIMAL	117
RAIVA HUMANA	124

1. INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde Ambiental, embora fazendo parte das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde desde a sua concepção a partir da Lei nº 8.080/1990, teve sua denominação pelo Decreto nº 3.450, de 9 de maio de 2000 (BRASIL, 2000; LUTINSKI et al., 2018). O setor de VSA em Chapecó foi constituído em 2006, atrelada à implantação do Plano Municipal de Controle à Dengue e Febre Amarela (PMCD), norteado pelo Plano Nacional de Controle da Dengue e da Febre Amarela (PNCD). Inicialmente A VSA contou com o apoio técnico da Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina e, a partir de 2007, com uma equipe coordenada pelo próprio município (LUTINSKI et al., 2018).

Entende-se por Vigilância em Saúde Ambiental um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde.

As ações das VSA objetivam controlar e/ou prevenir agravos à saúde, além de produzir e interpretar as informações visando disponibilizar ao SUS instrumentos para o planejamento e execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde e de prevenção e controle de agravos relacionados a fatores ambientais (LUTINSKI et al., 2018). A política das ações executadas e planejadas é elaborada a partir de legislação vigente, portarias, notas técnicas, manuais e protocolos do Ministério da Saúde, adequando de acordo com as necessidades e especificidades do município. Ainda, as ações da VSA são integradas, intersetoriais e interdisciplinares com a Vigilância em Saúde - Vigilância em Saúde Ambiental, Sanitária, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador e tem por objetivo a prevenção e promoção da saúde a toda a população (BRASIL, 2016; LUTINSKI et al., 2018)

As ações e atividades desenvolvidas pela VSA partem daquelas descritas no Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD): visitas domiciliares, inspeções, orientações, controles químicos, mecânicos, tratamentos, análise e identificação larvária (BRASIL, 2002). Incluem a vigilância de vetores, hospedeiros e reservatórios de doenças transmissíveis - investigações de acidentes com animais peçonhentos, doenças

e agravos zoonóticos como leptospirose, hantavirose, leishmaniose, atendimento antirrábico, doenças e agravos de transmissão hídrica alimentar e vetorial, brucelose, dengue, chikungunya, zika vírus, febre amarela e também a vigilância de contaminantes ambientais de importância e repercussão na saúde pública, bem como dos riscos decorrentes de desastres naturais.

Fazem parte das atividades da VSA a coleta e identificação de espécimes biológicos de interesse à saúde pública, planejamento de controle e manejo ambiental, ações de sustentabilidade (gestão de pneus inservíveis); educação em saúde ambiental para a sociedade em geral, educação continuada à equipe envolvida no combate às endemias, articulação intersetorial e interinstitucional, análise e publicização dos dados através de artigos científicos e jornalístico; monitora, avaliação e intervenção nos determinantes ambientais (qualidade da água, ar e solo) que podem sofrer danos (químicos ou biológicos) e afetar o estado de saúde de indivíduos ou populações, buscando na interdisciplinaridade formas de proteger o meio ambiente e assim, prevenir agravos à saúde da população (LUTINSKI et al., 2018).

Dado que as ações da VSA são integradas, intersetoriais e interdisciplinares com os demais serviços da Vigilância em Saúde, os procedimentos operacionais padrão (POP) dessas ações servem como ferramentas essenciais para facilitar a execução das demandas, visando a otimização, eficiência, eficácia e a qualidade na proteção e promoção da saúde pública.

2. OBJETIVO / APROVAÇÃO

Padronizar as atividades de vigilância em Saúde Ambiental no município de Chapecó através de Procedimentos Operacionais Padrão. Desta forma:

- Nortear e facilitar a execução das demandas e ações integradas de Vigilância em Saúde.
- Otimizar a eficiência, eficácia e a qualidade das ações necessárias para a proteção e promoção da saúde pública.
- Atender às exigências estabelecidas pela legislação vigente, portarias, notas técnicas, manuais e protocolos da Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (DIVE/SC) e Ministério da Saúde.

Aprovação

Vigilância em Saúde Ambiental
Douglas Michel Müller Fritzen

3. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP)

Os POP's estão organizados por ordem alfabética do nome do agravo ou da doença e enumerados, sendo que dentro de cada documento estão dispostos seus respectivos anexos e apêndices.



Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Acidente por animal peçonhento

Aranhas

Descrição

Envenenamento causado pela inoculação de toxinas, por intermédio do aparelho inoculador (quelíceras) de aranhas, podendo determinar alterações locais e sistêmicas. As aranhas de maior importância médica encontradas em Santa Catarina são do gênero *Phoneutria* (aranha armadeira) e *Loxosceles* (aranha marrom). Aranhas marrons constroem teias irregulares em fendas de barrancos, sob cascas de árvores, telhas e tijolos empilhados, atrás de quadros e móveis, cantos de parede, sempre ao abrigo de luz direta. As aranhas armadeiras são agressivas levantando os dois pares de pernas dianteiras e apoiando nas traseiras mostrando as manchas listradas abaixo das pernas com sinal de advertência. São animais errantes e não constroem teias geométricas. Os acidentes ocorrem com frequência dentro das residências quando elas entram procurando abrigo, principalmente em calçados.

Sinais e sintomas

Loxoscelismo

Manifestações locais– picada, usualmente pouco dolorosa, que pode não ser percebida. Após algumas horas, dor, eritema e edema na região da picada; equimose central e áreas de palidez (placa marmórea). Eventualmente, bolhas com conteúdo sero-hemorrágico; área endurecida à palpação. A lesão cutânea pode evoluir para necrose seca e úlcera.

Manifestações sistêmicas– queixas inespecíficas (mal-estar, cefaleia, febre, exantema). A presença de hemólise intravascular caracteriza a chamada forma cutâneo-hemolítica (cutâneo-visceral) do loxoscelismo, observada na minoria dos casos, em geral nas primeiras 72 horas após a picada. Os casos graves podem evoluir para insuficiência renal aguda.

Foneutrismo

Manifestações locais– dor irradiada e de início imediato (sintoma mais característico), que pode ser bastante intensa nas primeiras 3 a 4 horas após a picada; o quadro pode ser acompanhado por edema e sudorese no local e parestesia ao longo do membro. As marcas dos pontos de inoculação podem ou não serem visualizadas.

Manifestações sistêmicas – os pacientes podem apresentar taquicardia, hipertensão arterial, agitação psicomotora e vômitos. Crianças podem apresentar manifestações graves, como sudorese profusa, sialorreia, priapismo, hipotensão, choque e edema pulmonar agudo, que ocasionalmente podem evoluir para óbito.

Procedimentos gerais

1. Vigilância Epidemiológica

- 1.1 Verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das fichas do SINAN (Anexo 1).
- 1.2 Verificar se o serviço de saúde entrou em contato com o Centro de Informações e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CIATox/SC), contato 0800 643 5252.
- 1.3 A prescrição da aplicação do soro é conduta médica, a partir de contato prévio com o CIATox, sendo específico para cada tipo de acidente e de acordo com a gravidade do envenenamento, administrado em unidade de pronto atendimento de urgência e emergência ou hospital.
- 1.4 O tratamento soroterápico é indicado para os casos moderados e graves de loxoscelismo; A soroterapia para foneutrismo tem indicação restrita.
- 1.5 Na indicação de soro, deve-se solicitar à Vigilância Epidemiológica da 4ª Regional de Saúde do município.
- 1.6 Registrar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET.

2. Vigilância em Saúde Ambiental

- 2.1 Realizar visita ao local provável da ocorrência quando necessário.
- 2.2 No recebimento e/ou coleta de animal vivo, reintroduzir ao ambiente em local seguro para que não ocorram outros acidentes.
- 2.3 No recebimento e/ou coleta de animal morto, descartar ou utilizar para coleção didática da VSA.

Documentos de referência

Acidente por animais peçonhentos [06/08/2018]. Disponível em: < <http://portalsinan.saude.gov.br/acidente-por-animais-peconhentos>>. Acesso em: 21 agos. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Elaborado por

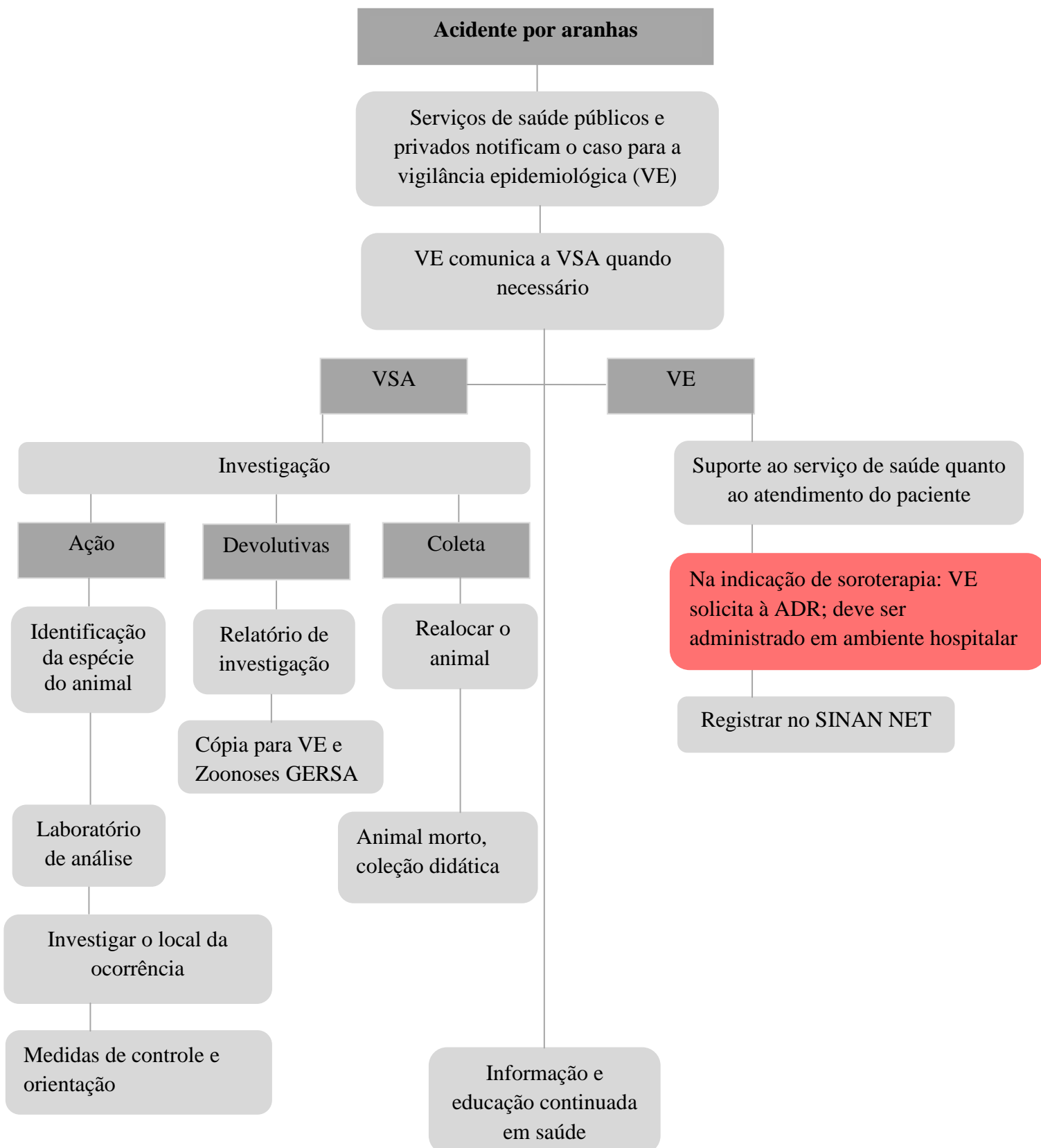
Francis Maira Schabat

Revisado por

Aprovado por

Douglas Michel Müller
Fritzen

Figura 1 – Fluxograma de atendimento e investigação



Anexo 1 – Fichas de notificação e investigação SINAN

ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde – SUS

CADASTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO – SINAN

Nº **4827976**

DADOS GERAIS

1- Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma

2- Agravo/doença 3- Data da Notificação

4- UF 5- Município de Notificação Código (IBGE)

6- Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7- Data dos Primeiros Sintomas

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

8- Nome do Paciente 9- Data de Nascimento

10- (ou) Idade 11- Sexo M - Masculino F - Feminino 12- Gestante 1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Estado gestacional ignorado 5- Não se aplica 13- Raça/Cor 1- Branco 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado

14- Escolaridade 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo primário ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica

15- Número do Cartão SUS 16- Nome da mãe

NOTIFICAÇÃO DE SURTO

17- Base dos 1ºs Sinais 18- Caso Suspeito 19- Local Inicial de Ocorrência do Surto 20- Residência 21- Hospital/Unidade de Saúde 22- Creche/Escola 23- Outros 24- ASIO 25- Outras instituições (alugamento, trabalho) 26- Restaurante/Padaria 27- Casos dispersos pelo município 28- Casos dispersos em mais de um município 29- Outros

DADOS DE RESIDÊNCIA

20- UF 21- Município de Residência Código (IBGE) 22- Distrito

23- Bairro 24- Logradouro (rua, avenida, ...)

25- Número 26- Complemento (apart., casa, ...)

27- Geo campo 1

28- Geo campo 2 29- Ponto de Referência 30- CEP

31- (DDD) Telefone 32- Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorada 33- País (se residente fora do Brasil)

NOTIFICAÇÃO

Município/Unidade de Saúde

Nome Função Assinatura

ADF-309/15

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

CASO CONFIRMADO: Paciente com evidências clínicas de envenenamento, específicas para cada tipo de animal, independentemente do animal causador do acidente ter sido identificado ou não.
Não há necessidade de preenchimento da ficha para casos suspeitos.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2 Individual

2 Agravo/doença **ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS** Código (CID10) 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

Dados Individuais

10 (ou) Idade 1- Hora 11 Sexo M - Masculino F - Feminino 12 Gestante 1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Estado gestacional ignorado 5- Não se aplica 13 Raça/Cor 1- Branco 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo primário ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida, ...)

22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

31 Data da Investigação 32 Ocupação 33 Data do Acidente

34 UF 35 Município de Ocorrência do Acidente: Código (IBGE) 36 Localidade de Ocorrência do Acidente:

37 Zona de Ocorrência 38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado 1) 0-1h 2) 1-3h 3) 3-6h 4) 6-12h 5) 12-24h 6) 24 e + h 9) Ignorado

39 Local da Picada 01 - Cabeça 02 - Braço 03 - Ante-Braço 04 - Mão 05 - Dedo da Mão 06 - Tronco 07 - Coxa 08 - Perna 09 - Pé 10 - Dedo do Pé 99 - Ignorado

Dados Clínicos

40 Manifestações Locais 41 Se Manifestações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dor Edema Equimose Necrose Outras (Espec.)

42 Manifestações Sistêmicas 43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

neurológicas (ptose palpebral, turvação visual) hemorrágicas (gingivorragia, outros sangramentos) vagais (vômitos, diarreias)

miolíticas/hemolíticas (mialgia, anemia, urina escura) renais (oligúria/anúria) Outras (Espec.)

44 Tempo de Coagulação 1 - Normal 2 - Alterado 9 - Não realizado

Dados do Acidente

45 Tipo de Acidente 1 - Serpente 2 - Aranha 3 - Escorpião 4 - Lagarta 5 - Abelha 6 - Outros 9 - Ignorado

46 Serpente - Tipo de Acidente 1 - Botrópico 2 - Crotálico 3 - Elapídico 4 - Laquéio 5 - Serpente Não Peçonhenta 9 - Ignorado

47 Aranha - Tipo de Acidente 1 - Foneurismo 2 - Loxoscelismo 3 - Latrodectismo 4 - Outra Aranha 9 - Ignorado

48 Lagarta - Tipo de Acidente 1 - Lonomia 2 - Outra lagarta 9 - Ignorado

Animais Peçonhentos Sinan Net SVS 19/01/2006



Prefeitura de Chapecó
Secretaria de Saúde
Vigilância em Saúde Ambiental
e Epidemiológica

Procedimento Operacional Padrão - POP

Nº: 002 12

Data de emissão: 05/2019

Data de revisão:

Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Acidente por animal peçonhento

Escorpiões

Descrição

O envenenamento é causado pela inoculação de toxinas, por intermédio do aparelho inoculador (telson) de escorpiões, podendo determinar alterações locais e sistêmicas. Para Santa Catarina são registradas as espécies *Tityus costatus* (Karsh, 1879), *Tityus serrulatus* (Lutz & Mello, 1922) e *Tityus bahiensis* (Perty, 1833).

Escorpiões peçonhentos possuem um espinho logo abaixo do telson e coloração opaca.

Podem ser encontrados em áreas secas, biotas úmidas, áreas costeiras e regiões urbanas. O hábito noturno é registrado para a maioria das espécies. Dentro do domicílio, podem se esconder em armários, calçados ou sob peças de roupas deixadas no chão, aumentando o risco de acidentes.

São animais carnívoros e alimentam-se principalmente de insetos, como grilos e baratas. Seus predadores incluem lacraias, aranhas, formigas, lagartos, serpentes, sapos, aves e alguns mamíferos.

Sinais e sintomas

Manifestações locais – dor (instalação imediata em praticamente todos os casos) é o principal sintoma, podendo se irradiar para o membro e ser acompanhada de parestesia, eritema e sudorese local. Em geral, o quadro mais intenso de dor ocorre nas primeiras horas após o acidente.

Manifestações sistêmicas – após intervalo de minutos até poucas horas (duas a três) podem surgir, principalmente em crianças, os seguintes sintomas: sudorese profusa, agitação psicomotora, tremores, náuseas, vômitos, sialorreia, hipertensão ou hipotensão arterial, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca congestiva, edema pulmonar agudo e choque. A presença dessas manifestações indica a suspeita do diagnóstico de escorpionismo, mesmo na ausência de história de picada ou identificação do animal.

Diagnóstico diferencial

Quando não há histórico de picada e/ou identificação do agente causal, o diagnóstico diferencial deve ser feito com acidente por aranha do gênero *Phoneutria* (aranha-armadeira), que provoca quadro local e sistêmico semelhante ao do escorpionismo.

Procedimentos gerais

1. Vigilância Epidemiológica

- 1.1 Verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das fichas do SINAN (Anexo 1).
- 1.2 Verificar se o serviço de saúde entrou em contato com o Centro de Informações e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CIATox/SC), contato 0800 643 5252.
- 1.3 A prescrição da aplicação do soro é conduta médica, a partir de contato prévio com o CIATox, sendo específico para cada tipo de acidente e de acordo com a gravidade do envenenamento, administrado em unidade de pronto atendimento de urgência e emergência ou hospital.
- 1.4 Na indicação de soro, deve-se solicitar à Vigilância Epidemiológica da 4ª Regional de Saúde do município.
- 1.5 Registrar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET

2. Vigilância em Saúde Ambiental.

2.1 Realizar busca ativa em caso de ocorrência de escorpiões independente se registrado acidente ou não utilizando equipamentos de proteção individual para manipulação de entulhos, material de construção (Figura 1).

2.2 Medidas de controle e manejo populacional de escorpiões

- 2.2.1 Retirar/coletar os escorpiões do local e reintroduzir em local seguro para que não ocorram acidentes.
- 2.2.2 Modificar as condições do ambiente a fim de torná-lo desfavorável à ocorrência, permanência e proliferação.
- 2.2.3 Animal morto, descartar ou utilizar para coleção didática da VSA.

Documentos de referência

Acidente por animais peçonhentos [06/08/2018]. Disponível em: < <http://portalsinan.saude.gov.br/acidente-por-animais-peconhentos>>. Acesso em: 21 agos. 2018.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de controle de escorpiões. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Elaborado por
Francis Maira Schabat

Revisado por

Aprovado por
Douglas Michel Müller
Fritzen

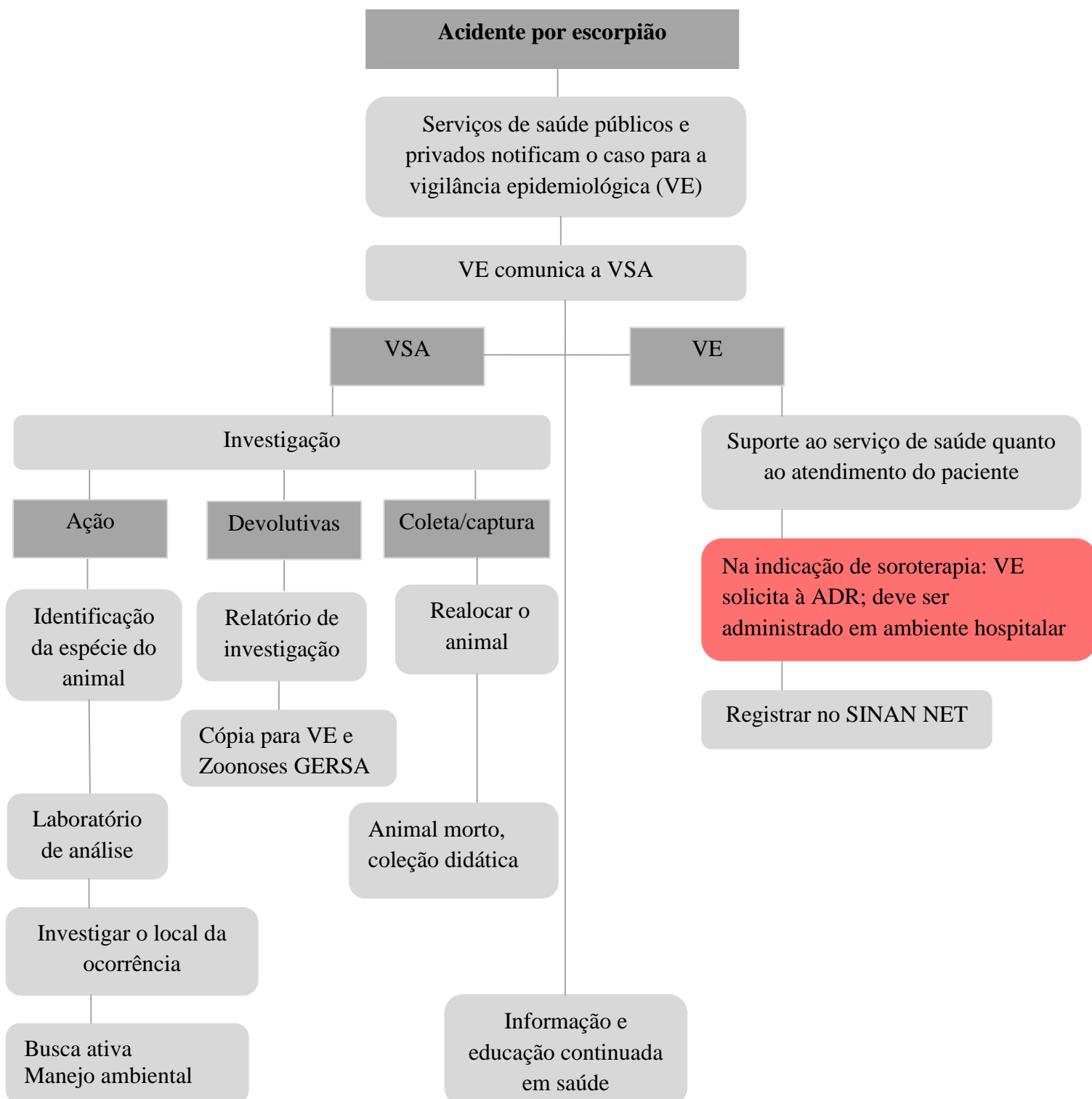
Figura 1- Busca ativa em caso de ocorrência de escorpiões**Área interna**

1. Assoalhos e rodapés soltos	7. Vigas e telhados em porões, sótãos e forros no teto
2. Ralos de cozinha, banheiros e área de serviço	8. Móveis, cortinas, estantes, quadros, lareiras
3. Frestas e vãos de paredes	9. Roupas e sapatos
4. Batentes de portas e de janelas	10. Objetos empilhados ou jogados
5. Caixas e pontos de energia	11. Armários sob pias ou gavetas
6. Sistema de refrigeração de ar	12. Panos de chão e toalhas penduradas

Área externa

Locais com material de construção (pilhas de telhas e tijolos, blocos de cimento, entulho, pedras, amontoados de madeira, placas de concreto)
Lixo domiciliar
Troncos, galhos e folhas secas caídas
Objetos descartados, garrafas empilhadas
Frestas e vãos de muros, tanques, fornos de barro e barrancos, galpões, depósitos, viveiros de mudas e plantas
Caixas de gordura, canalizações de água, caixas de esgoto, de energia

Figura 2 – Fluxograma de atendimento e investigação



Anexo 1 – Fichas de notificação e investigação SINAN

ESTADO DE SANTA CATARINA Secretaria de Estado da Saúde Sistema Único de Saúde – SUS		CADASTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO – SINAN	
DADOS GERAIS		Nº 4827976	
1 - Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 1 - Negativa <input type="checkbox"/> 2 - Individual <input type="checkbox"/> 3 - Surto <input type="checkbox"/> 4 - Inquérito Trazemas			
2 - Agravado/enferma		3 - Data da Notificação	
4 - UF 5 - Município de Notificação		Código (IBGE)	
6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
7 - Data dos Primeiros Sintomas			
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL			
8 - Nome do Paciente		9 - Data de Nascimento	
10 - (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/>		11 - Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 12 - Gestante <input type="checkbox"/> 1 - 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2 - 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3 - 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Não gestante <input type="checkbox"/> 13 - Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	
14 - Escolaridade <input type="checkbox"/> 0 - Analfabeto <input type="checkbox"/> 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7 - Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8 - Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 10 - Não se aplica			
15 - Número do Cartão SUS		16 - Nome da mãe	
NOTIFICAÇÃO DE SURTO			
17 - Data do Surto <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/>		18 - Caso Suspeito <input type="checkbox"/> 1 - Residência <input type="checkbox"/> 2 - Hospital/Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 3 - Creche/Escola <input type="checkbox"/> 4 - Asilo <input type="checkbox"/> 5 - Outras instituições (apartamento, trabalho) <input type="checkbox"/> 6 - Restaurante/Padarão <input type="checkbox"/> 7 - Eventos <input type="checkbox"/> 8 - Casos dispersos no bairro <input type="checkbox"/> 9 - Casos dispersos pelo município <input type="checkbox"/> 10 - Casos dispersos em mais de um município <input type="checkbox"/> 11 - Outras <input type="checkbox"/> Específicas	
DADOS DE RESIDÊNCIA			
20 - UF 21 - Município de Residência		Código (IBGE) 22 - Distrito	
23 - Bairro		24 - Logradouro (rua, avenida, ...)	
25 - Número		26 - Complemento (apto., casa, ...)	
27 - Geo campo 1		28 - Geo campo 2	
29 - Ponto de Referência		30 - CEP	
31 - (DDD) Telefone		32 - Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorada	
33 - País (se residente fora do Brasil)			
NOTIFICAÇÃO			
Município/Unidade de Saúde		Assinatura	
Nome		Função	

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO		Nº
ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS				
CASO CONFIRMADO: Paciente com evidências clínicas de envenenamento, específicas para cada tipo de animal, independentemente do animal causador do acidente ter sido identificado ou não. Não há necessidade de preenchimento da ficha para casos suspeitos.				
1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
2 Agravado/enferma		ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS		3 Data da Notificação
4 UF		5 Município de Notificação	Código (CID10) X 29	Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
10 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/>		11 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado		12 Gestante <input type="checkbox"/> 1 - 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2 - 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3 - 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica
13 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado		14 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0 - Analfabeto <input type="checkbox"/> 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7 - Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8 - Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 10 - Não se aplica		
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
17 UF		18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código
22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP
28 (DDD) Telefone		29 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)
Dados Complementares do Caso				
31 Data da Investigação		32 Ocupação		33 Data do Acidente
34 UF		35 Município de Ocorrência do Acidente	Código (IBGE)	36 Localidade de Ocorrência do Acidente:
37 Zona de Ocorrência <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento <input type="checkbox"/> 1) 0-1h <input type="checkbox"/> 2) 1-3h <input type="checkbox"/> 3) 3-6h <input type="checkbox"/> 4) 6-12h <input type="checkbox"/> 5) 12-24 h <input type="checkbox"/> 6) 24 e + h <input type="checkbox"/> 9) Ignorado		
39 Local da Picada <input type="checkbox"/>		01 - Cabeça <input type="checkbox"/> 02 - Braço <input type="checkbox"/> 03 - Ante-Braço <input type="checkbox"/> 04 - Mão <input type="checkbox"/> 05 - Dedo da Mão <input type="checkbox"/> 06 - Tronco <input type="checkbox"/> 07 - Coxa <input type="checkbox"/> 08 - Perna <input type="checkbox"/> 09 - Pé <input type="checkbox"/> 10 - Dedo do Pé <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		
40 Manifestações Locais <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		41 Se Manifestações Locais Sim, especificar: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Equimose <input type="checkbox"/> Necrose <input type="checkbox"/> Outras (Espec.) _____		
42 Manifestações Sistêmicas <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar: <input type="checkbox"/> neuromusculares (ptose palpebral, turvação visual) <input type="checkbox"/> miolíticas/hemolíticas (mialgia, anemia, urina escura) <input type="checkbox"/> hemorrágicas (gingivorragia, outros sangramentos) <input type="checkbox"/> renais (oligúria/anúria) <input type="checkbox"/> vagais (vômitos, diarreias) <input type="checkbox"/> Outras (Espec.) _____		44 Tempo de Coagulação <input type="checkbox"/> 1 - Normal <input type="checkbox"/> 2 - Alterado <input type="checkbox"/> 9 - Não realizado
45 Tipo de Acidente <input type="checkbox"/> 1 - Serpente <input type="checkbox"/> 2 - Aranha <input type="checkbox"/> 3 - Escorpião <input type="checkbox"/> 4 - Lagarta <input type="checkbox"/> 5 - Abelha <input type="checkbox"/> 6 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		46 Serpente - Tipo de Acidente <input type="checkbox"/> 1 - Botrópico <input type="checkbox"/> 2 - Crofálico <input type="checkbox"/> 3 - Etapídico <input type="checkbox"/> 4 - Laquétrico <input type="checkbox"/> 5 - Serpente Não Peçonhenta <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
47 Aranha - Tipo de Acidente <input type="checkbox"/> 1 - Foneutrismo <input type="checkbox"/> 2 - Lovoxcelismo <input type="checkbox"/> 3 - Latrodectismo <input type="checkbox"/> 4 - Outra Aranha <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		48 Lagarta - Tipo de Acidente <input type="checkbox"/> 1 - Lonomia <input type="checkbox"/> 2 - Outra lagarta <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		


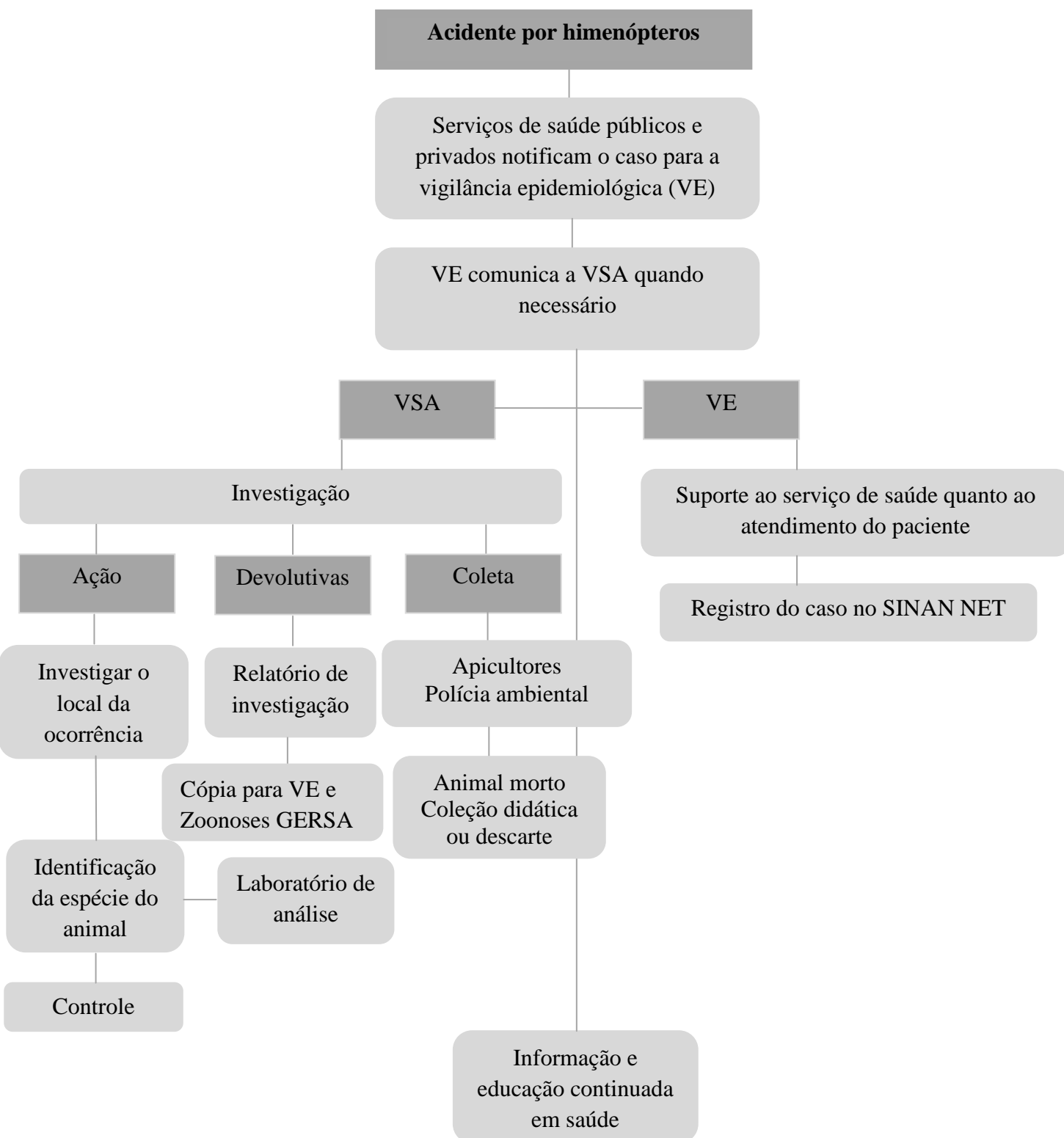
 <p>Prefeitura de Chapecó Secretaria de Saúde Vigilância em Saúde Ambiental e Epidemiológica</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão - POP</p>	<p>Nº: 003 17 Data de emissão: /2018 Data de revisão:</p>
<p>Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE) Acidente por animal peçonhento Himenópteros – abelhas, formigas e vespas</p>		
<p>Descrição</p> <p>Insetos que possuem ferrões verdadeiros, existindo três famílias de importância médica Aptidae (abelhas e mangavas), Vespidae (vespa amarela, vespão e marimbondo ou caba) e Formicidae (formigas).</p>		
<p>Procedimentos gerais</p> <p>1. Vigilância Epidemiológica</p> <p>1.1 Verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das fichas do SINAN (Anexo 1). 1.2 Verificar se o serviço de saúde entrou em contato com o Centro de Informações e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CIATox/SC), contato 0800 643 5252. 1.3 Registrar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET. 1.4 Todo acidente grave deve ser comunicado a 4ª Regional de Saúde do município, departamento de Zoonoses.</p> <p>2. Vigilância em Saúde Ambiental</p> <p>2.1 Realizar visita ao local da ocorrência quando necessário. 2.2 Animal vivo, remoção do local quando indicado ou controle via aplicação de método mecânico ou químico. 2.3 Animal morto, encaminhar a amostra para a coleção didática da VSA.</p>		
<p>Documentos de referência</p> <p>Acidente por animais peçonhentos [06/08/2018]. Disponível em: < http://portalsinan.saude.gov.br/acidente-por-animais-peconhentos>. Acesso em: 21 agos. 2018.</p> <p>BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.</p>		
<p>Elaborado por Francis Maira Schabat</p>	<p>Revisado por</p>	<p>Aprovado por: Douglas Michel Müller Fritzen</p>

Figura 1 – Fluxograma de atendimento e investigação



Anexo 1 – Fichas de notificação e investigação SINAN

ESTADO DE SANTA CATARINA Secretaria de Estado da Saúde Sistema Único de Saúde – SUS		CADASTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO – SINAN	
1 - Tipo de Notificação		Nº 4827976	
2 - Agravo/doença		3 - Data da Notificação	
4 - UF 5 - Município de Notificação		Código (IBGE)	
6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 - Data dos Primeiros Sintomas	
8 - Nome do Paciente		9 - Data de Nascimento	
10 - (ou) Idade		11 - Sexo	
12 - Gestante		13 - Raça/Cor	
14 - Escolaridade		15 - Número do Cartão SUS	
16 - Nome da mãe		17 - Data da 1ª Síntese	
18 - 1º de Saúde (Simples) Externa		19 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
20 - 2º de Saúde (Simples) Externa		21 - Residência	
22 - 3º de Saúde (Simples) Externa		23 - Bairro	
24 - 4º de Saúde (Simples) Externa		25 - Número	
26 - 5º de Saúde (Simples) Externa		26 - Complemento (apto., casa, ...)	
27 - 6º de Saúde (Simples) Externa		27 - Geo campo 1	
28 - 7º de Saúde (Simples) Externa		28 - Geo campo 2	
29 - 8º de Saúde (Simples) Externa		29 - Ponto de Referência	
30 - 9º de Saúde (Simples) Externa		30 - CEP	
31 - 10º de Saúde (Simples) Externa		31 - (DDD) Telefone	
32 - 11º de Saúde (Simples) Externa		32 - Zona	
33 - 12º de Saúde (Simples) Externa		33 - País (se residente fora do Brasil)	
34 - 13º de Saúde (Simples) Externa		34 - (DDD) Telefone	
35 - 14º de Saúde (Simples) Externa		35 - Zona	
36 - 15º de Saúde (Simples) Externa		36 - País (se residente fora do Brasil)	
37 - 16º de Saúde (Simples) Externa		37 - (DDD) Telefone	
38 - 17º de Saúde (Simples) Externa		38 - Zona	
39 - 18º de Saúde (Simples) Externa		39 - País (se residente fora do Brasil)	
40 - 19º de Saúde (Simples) Externa		40 - (DDD) Telefone	
41 - 20º de Saúde (Simples) Externa		41 - Zona	
42 - 21º de Saúde (Simples) Externa		42 - País (se residente fora do Brasil)	
43 - 22º de Saúde (Simples) Externa		43 - (DDD) Telefone	
44 - 23º de Saúde (Simples) Externa		44 - Zona	
45 - 24º de Saúde (Simples) Externa		45 - País (se residente fora do Brasil)	
46 - 25º de Saúde (Simples) Externa		46 - (DDD) Telefone	
47 - 26º de Saúde (Simples) Externa		47 - Zona	
48 - 27º de Saúde (Simples) Externa		48 - País (se residente fora do Brasil)	
49 - 28º de Saúde (Simples) Externa		49 - (DDD) Telefone	
50 - 29º de Saúde (Simples) Externa		50 - Zona	
51 - 30º de Saúde (Simples) Externa		51 - País (se residente fora do Brasil)	
52 - 31º de Saúde (Simples) Externa		52 - (DDD) Telefone	
53 - 32º de Saúde (Simples) Externa		53 - Zona	
54 - 33º de Saúde (Simples) Externa		54 - País (se residente fora do Brasil)	
55 - 34º de Saúde (Simples) Externa		55 - (DDD) Telefone	
56 - 35º de Saúde (Simples) Externa		56 - Zona	
57 - 36º de Saúde (Simples) Externa		57 - País (se residente fora do Brasil)	
58 - 37º de Saúde (Simples) Externa		58 - (DDD) Telefone	
59 - 38º de Saúde (Simples) Externa		59 - Zona	
60 - 39º de Saúde (Simples) Externa		60 - País (se residente fora do Brasil)	
61 - 40º de Saúde (Simples) Externa		61 - (DDD) Telefone	
62 - 41º de Saúde (Simples) Externa		62 - Zona	
63 - 42º de Saúde (Simples) Externa		63 - País (se residente fora do Brasil)	
64 - 43º de Saúde (Simples) Externa		64 - (DDD) Telefone	
65 - 44º de Saúde (Simples) Externa		65 - Zona	
66 - 45º de Saúde (Simples) Externa		66 - País (se residente fora do Brasil)	
67 - 46º de Saúde (Simples) Externa		67 - (DDD) Telefone	
68 - 47º de Saúde (Simples) Externa		68 - Zona	
69 - 48º de Saúde (Simples) Externa		69 - País (se residente fora do Brasil)	
70 - 49º de Saúde (Simples) Externa		70 - (DDD) Telefone	
71 - 50º de Saúde (Simples) Externa		71 - Zona	
72 - 51º de Saúde (Simples) Externa		72 - País (se residente fora do Brasil)	
73 - 52º de Saúde (Simples) Externa		73 - (DDD) Telefone	
74 - 53º de Saúde (Simples) Externa		74 - Zona	
75 - 54º de Saúde (Simples) Externa		75 - País (se residente fora do Brasil)	
76 - 55º de Saúde (Simples) Externa		76 - (DDD) Telefone	
77 - 56º de Saúde (Simples) Externa		77 - Zona	
78 - 57º de Saúde (Simples) Externa		78 - País (se residente fora do Brasil)	
79 - 58º de Saúde (Simples) Externa		79 - (DDD) Telefone	
80 - 59º de Saúde (Simples) Externa		80 - Zona	
81 - 60º de Saúde (Simples) Externa		81 - País (se residente fora do Brasil)	
82 - 61º de Saúde (Simples) Externa		82 - (DDD) Telefone	
83 - 62º de Saúde (Simples) Externa		83 - Zona	
84 - 63º de Saúde (Simples) Externa		84 - País (se residente fora do Brasil)	
85 - 64º de Saúde (Simples) Externa		85 - (DDD) Telefone	
86 - 65º de Saúde (Simples) Externa		86 - Zona	
87 - 66º de Saúde (Simples) Externa		87 - País (se residente fora do Brasil)	
88 - 67º de Saúde (Simples) Externa		88 - (DDD) Telefone	
89 - 68º de Saúde (Simples) Externa		89 - Zona	
90 - 69º de Saúde (Simples) Externa		90 - País (se residente fora do Brasil)	
91 - 70º de Saúde (Simples) Externa		91 - (DDD) Telefone	
92 - 71º de Saúde (Simples) Externa		92 - Zona	
93 - 72º de Saúde (Simples) Externa		93 - País (se residente fora do Brasil)	
94 - 73º de Saúde (Simples) Externa		94 - (DDD) Telefone	
95 - 74º de Saúde (Simples) Externa		95 - Zona	
96 - 75º de Saúde (Simples) Externa		96 - País (se residente fora do Brasil)	
97 - 76º de Saúde (Simples) Externa		97 - (DDD) Telefone	
98 - 77º de Saúde (Simples) Externa		98 - Zona	
99 - 78º de Saúde (Simples) Externa		99 - País (se residente fora do Brasil)	
100 - 79º de Saúde (Simples) Externa		100 - (DDD) Telefone	
101 - 80º de Saúde (Simples) Externa		101 - Zona	
102 - 81º de Saúde (Simples) Externa		102 - País (se residente fora do Brasil)	
103 - 82º de Saúde (Simples) Externa		103 - (DDD) Telefone	
104 - 83º de Saúde (Simples) Externa		104 - Zona	
105 - 84º de Saúde (Simples) Externa		105 - País (se residente fora do Brasil)	
106 - 85º de Saúde (Simples) Externa		106 - (DDD) Telefone	
107 - 86º de Saúde (Simples) Externa		107 - Zona	
108 - 87º de Saúde (Simples) Externa		108 - País (se residente fora do Brasil)	
109 - 88º de Saúde (Simples) Externa		109 - (DDD) Telefone	
110 - 89º de Saúde (Simples) Externa		110 - Zona	
111 - 90º de Saúde (Simples) Externa		111 - País (se residente fora do Brasil)	
112 - 91º de Saúde (Simples) Externa		112 - (DDD) Telefone	
113 - 92º de Saúde (Simples) Externa		113 - Zona	
114 - 93º de Saúde (Simples) Externa		114 - País (se residente fora do Brasil)	
115 - 94º de Saúde (Simples) Externa		115 - (DDD) Telefone	
116 - 95º de Saúde (Simples) Externa		116 - Zona	
117 - 96º de Saúde (Simples) Externa		117 - País (se residente fora do Brasil)	
118 - 97º de Saúde (Simples) Externa		118 - (DDD) Telefone	
119 - 98º de Saúde (Simples) Externa		119 - Zona	
120 - 99º de Saúde (Simples) Externa		120 - País (se residente fora do Brasil)	
121 - 100º de Saúde (Simples) Externa		121 - (DDD) Telefone	
122 - 101º de Saúde (Simples) Externa		122 - Zona	
123 - 102º de Saúde (Simples) Externa		123 - País (se residente fora do Brasil)	
124 - 103º de Saúde (Simples) Externa		124 - (DDD) Telefone	
125 - 104º de Saúde (Simples) Externa		125 - Zona	
126 - 105º de Saúde (Simples) Externa		126 - País (se residente fora do Brasil)	
127 - 106º de Saúde (Simples) Externa		127 - (DDD) Telefone	
128 - 107º de Saúde (Simples) Externa		128 - Zona	
129 - 108º de Saúde (Simples) Externa		129 - País (se residente fora do Brasil)	
130 - 109º de Saúde (Simples) Externa		130 - (DDD) Telefone	
131 - 110º de Saúde (Simples) Externa		131 - Zona	
132 - 111º de Saúde (Simples) Externa		132 - País (se residente fora do Brasil)	
133 - 112º de Saúde (Simples) Externa		133 - (DDD) Telefone	
134 - 113º de Saúde (Simples) Externa		134 - Zona	
135 - 114º de Saúde (Simples) Externa		135 - País (se residente fora do Brasil)	
136 - 115º de Saúde (Simples) Externa		136 - (DDD) Telefone	
137 - 116º de Saúde (Simples) Externa		137 - Zona	
138 - 117º de Saúde (Simples) Externa		138 - País (se residente fora do Brasil)	
139 - 118º de Saúde (Simples) Externa		139 - (DDD) Telefone	
140 - 119º de Saúde (Simples) Externa		140 - Zona	
141 - 120º de Saúde (Simples) Externa		141 - País (se residente fora do Brasil)	

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO		Nº
ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS				
CASO CONFIRMADO: Paciente com evidências clínicas de envenenamento, específicas para cada tipo de animal independentemente do animal causador do acidente ter sido identificado ou não. Não há necessidade de preenchimento da ficha para casos suspeitos.				
1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
2 Agravo/doença		ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS		3 Data da Notificação
4 UF		5 Município de Notificação		6 Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Código		8 Data dos Primeiros Sintomas
8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
10 (ou) Idade		11 Sexo		12 Gestante
13 Raça/Cor		14 Escolaridade		
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
17 UF		18 Município de Residência		19 Distrito
20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		22 Código
23 Número		24 Complemento (apto., casa, ...)		25 Geo campo 1
26 Geo campo 2		27 Ponto de Referência		28 CEP
29 (DDD) Telefone		30 Zona		31 País (se residente fora do Brasil)
Dados Complementares do Caso				
32 Data da Investigação		33 Ocupação		34 Data do Acidente
35 UF		36 Município de Ocorrência do Acidente		37 Código (IBGE)
38 Localidade de Ocorrência do Acidente		39 Zona de Ocorrência		
40 Local da Picada		41 Tempo Decorrido Picada/Atendimento		
42 Manifestações Locais		43 Se Manifestações Locais Sim, especificar:		
44 Manifestações Sistêmicas		45 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar:		
46 Tipo de Acidente		47 Serpente - Tipo de Acidente		
48 Aranha - Tipo de Acidente		49 Lagarta - Tipo de Acidente		



Prefeitura de Chapecó
Secretaria de Saúde
Vigilância em Saúde Ambiental
e Epidemiológica

Procedimento Operacional Padrão - POP

Nº: 004 20

Data de emissão: 05/2019

Data de revisão:

Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Acidente por animal peçonhento

Lagartas urticantes

Descrição

Envenenamento causado pela penetração de cerdas de lagartas (larvas de lepidópteros) na pele, ocorrendo a inoculação de toxinas que podem determinar alterações locais e, nos envenenamentos pelo gênero *Lonomia*, manifestações sistêmicas. As principais espécies de importância médica pertencem a quatro famílias: Saturniidae: *Lonomia obliqua* (Walker, 1855), *Automeris* sp., *Automeris illustris* (Walker, 1855), *Automeris leucanella*, *Hylesia* sp.; Megalopygidae: *Megalopyge lanata* (Stoll, 1780), *Podalia* sp., Actiidae (*Premolis semirufa* (Walker, 1856); Limacodidae (*Sibine* sp., *Phobetron* sp). Somente as fêmeas adultas do gênero *Hylesia* sp. (Saturniidae) apresentam cerdas no abdome que, em contato com a pele, causam dermatite papulo pruriginosa.

O contato com lagartas do gênero *Lonomia* constitui a forma mais grave do erucismo, podendo desencadear síndrome hemorrágica.

Sinais e sintomas

Manifestações locais– dor imediata (queimação), irradiada para o membro, com área de eritema e edema na região do contato. Podem-se evidenciar lesões puntiformes eritematosas nos pontos de inoculação das cerdas e adenomegalia regional dolorosa. Bolhas e necrose cutânea superficial são raras. Os sintomas normalmente regredem em 24 horas, sem maiores complicações.

Manifestações sistêmicas – somente observadas nos acidentes por *Lonomia*. Instalam-se algumas horas após o acidente, mesmo depois da regressão do quadro local. Presença de queixas inespecíficas (cefaleia, mal-estar, náuseas e dor abdominal), que muitas vezes estão associadas ou antecedem manifestações hemorrágicas (gingivorragia, equimoses espontâneas ou traumáticas, epistaxe). Hematúria, hematêmese e hemoptise podem indicar maior gravidade. Insuficiência renal aguda e hemorragia intracraniana têm sido associadas a óbitos.

Procedimentos gerais

1. Vigilância Epidemiológica

1.1 Verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das fichas do SINAN (Anexo 1).

1.2 Verificar se o serviço de saúde entrou em contato com o Centro de Informações e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CIATox/SC), contato 0800 643 5252.

1.3 Registrar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET.

3. Tratamento

3.1 Para manifestações locais são realizado medidas sintomáticas: lavagem e compressas no local com água fria ou gelada, analgésicos e anti-histamínicos sistêmicos.

3.2 Paciente que não apresentar sangramento ou alteração na coagulação, recomenda-se observação clínica e controle laboratorial durante as primeiras 24 horas após o acidente.

3.3 Se no período de observação clínica surgir quadro hemorrágico e/ou alteração da coagulação, é indicada a soroterapia específica.

3.3.1 Nos casos de manifestações hemorrágicas, deve-se manter o paciente em repouso, evitando intervenções traumáticas, como injeções intramusculares, punções e manipulações cirúrgicas até a normalização da coagulopatia.

3.4 Na indicação de soro, a VE deve solicitar à Vigilância Epidemiológica da 4ª Regional de Saúde do município.

4. Vigilância em Saúde Ambiental

4.1 Realizar visita ao local da ocorrência.

4.2 Identificação visual da espécie *in loco*, sem captura; quando necessário capturar e transportar a espécime para identificar em laboratório.

4.3 Isolar a área para evitar acidentes.

4.4 Realizar vistoria do local, procurando outras colônias/animais.

4.5 Orientar sobre não queimar os animais, não retirá-los do local, não utilizar produtos químicos...

4.6 Na impossibilidade de isolamento da área, coletar os animais e realocá-los em ambiente seguro.

4.7 Animal morto, descartar ou destinar a amostra para a coleção didática da VSA.

4.8 Coleta de lagartas *Lonomia obliqua* (Taturana)

4.8.1 Em todos os casos de acidente ou de localização de lagartas da espécie *Lonomia obliqua*, deve-se realizar a coleta para envio ao CIATox/SC, que encaminha os animais vivos ao Instituto Butantan para a produção do soro antiveneno (Soro Antilonômico).

4.8.2 A quantidade mínima para envio é de 30 lagartas. **Quantidade inferior, não coleta-se.**

4.8.3 Para a coleta utilizar os equipamentos de proteção como: chapéu, boné, roupas de manga longa, luvas de raspa de couro ou couro vaqueta e nunca toque diretamente com as mãos nas taturanas.

4.8.4 Coletar as taturanas em caixa de papelão (sugestão utilizar caixa de sapato) com auxílio de uma pinça

(graveto, bambu, papelão ou pazinha, etc) e perfurar a tampa para entrada de ar.

4.8.5 A caixa deve ser bem fechada, bem vedada, sem alimento e/ou água; nunca misturar colônias (quando houver mais que uma colônia, cada uma delas deve ser coletada em caixas separadamente).

4.8.6 Na parte externa da caixa devem constar o endereço do destinatário (CIATox/SC) e do remetente (SESAU), além de identificação da colônia de *Lonomia* (Anexo 2).

4.9 Encaminhamento

4.9.1 Encaminhar a (s) colônia (s) na GERSA Chapecó, de segunda a quarta-feira das 13 às 19 horas, e das 13 às 17horas nas quintas-feiras, para tempo hábil de contato com o Instituto Butantan.

Documentos de referência

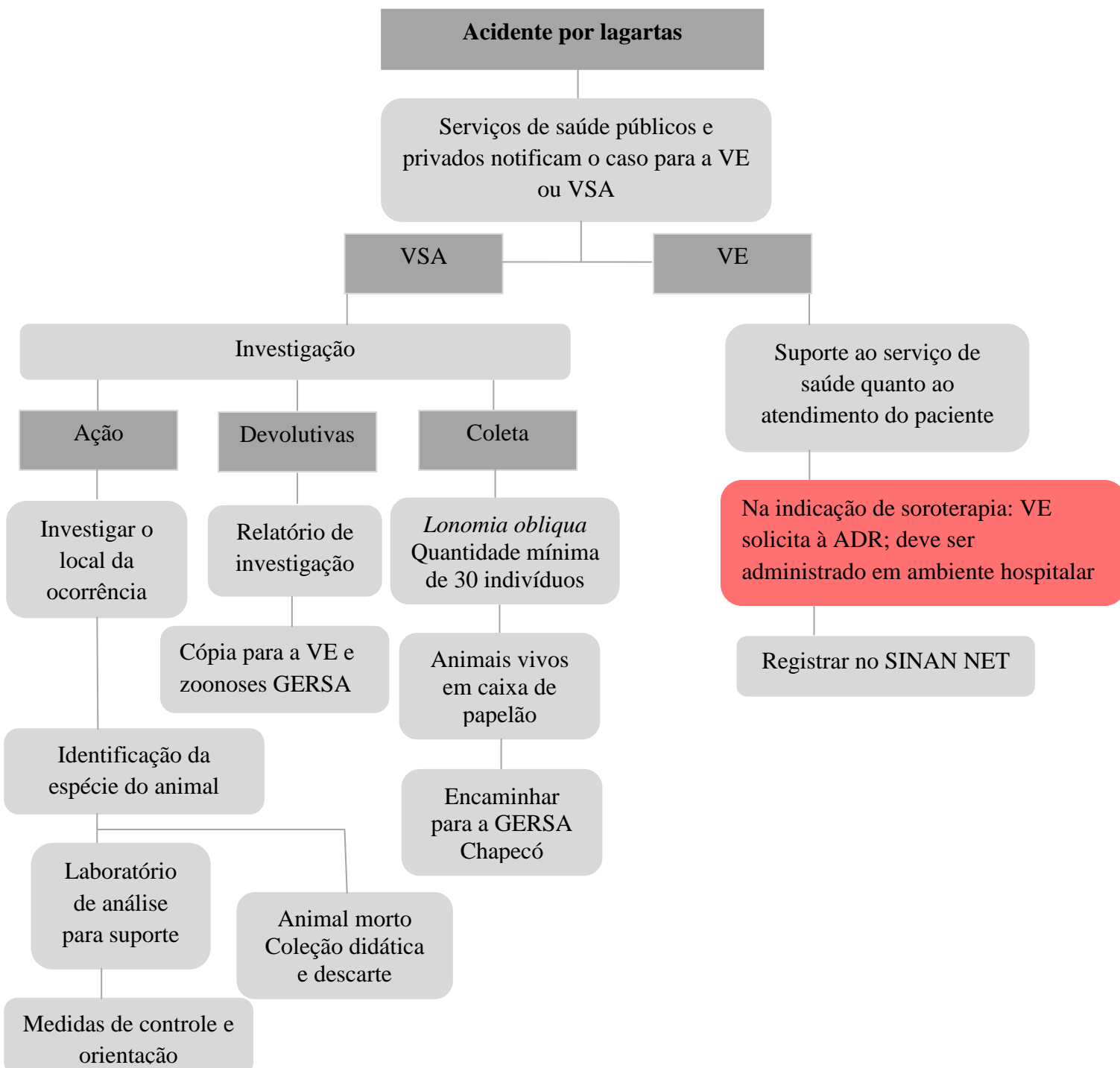
Acidente por animais peçonhentos [06/08/2018]. Disponível em: < <http://portalsinan.saude.gov.br/acidente-por-animais-peconhentos>>. Acesso em: 21 agos. 2018.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Animais peçonhentos. Orientações para coleta de lagartas do gênero *Lonomia* e envio ao CIT.

Elaborado por	Revisado por	Aprovado por
Francis Maira Schabat		Douglas Michel Müller Fritzen

Figura 1 – Fluxograma de atendimento e investigação



Anexo 1 – Fichas de notificação e investigação SINAN

ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde – SUS

CADASTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO – SINAN

Nº **482976**

DADOS GERAIS

1 - Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma

2 - Agravo/doença 3 - Data da Notificação

4 - UF 5 - Município de Notificação

6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 - Data dos Primeiros Sintomas

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

8 - Nome do Paciente 9 - Data de Nascimento

10 - (ou) Idade 11 - Sexo M - Masculino F - Feminino 12 - Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não se aplica 13 - Raça/Cor 1 - Branco 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado

14 - Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginasial ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginasial ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 - Número do Cartão SUS 16 - Nome da mãe

NOTIFICAÇÃO DE SURTO

17 - Data dos 1ºs sintomas 18 - Caso Suspeito 19 - Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital/Unidade de Saúde 3 - Creche/Escola 4 - Asilo 5 - Outras instituições (ajuntamento, trabalho) 6 - Restaurante/Padaria 7 - Eventos 8 - Casos dispersos no bairro 9 - Casos dispersos pelo município 10 - Casos dispersos em mais de um município 11 - Outros Especificar:

DADOS DE RESIDÊNCIA

20 - UF 21 - Município de Residência Código (IBGE) 22 - Distrito

23 - Bairro 24 - Logradouro (rua, avenida,...) Código

25 - Número 26 - Complemento (apart., casa,...) 27 - Geo campo 1

28 - Geo campo 2 29 - Ponto de Referência 30 - CEP

31 - (DDD) Telefone 32 - Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 33 - País (se residente fora do Brasil)

NOTIFICAÇÃO

Município/Unidade de Saúde

Nome Função Assinatura

SUS/0005

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

CASO CONFIRMADO: Paciente com evidências clínicas de envenenamento, específicas para cada tipo de animal, independentemente do animal causador do acidente ter sido identificado ou não.
Não há necessidade de preenchimento da ficha para casos suspeitos.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravo/doença **ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS** Código (CID10) 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas

Dados Individuais

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado 12 Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não se aplica 5 - Não 6 - Não se aplica 13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado

14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginasial ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginasial ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código

22 Número 23 Complemento (apto., casa,...) 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

31 Data da Investigação 32 Ocupação 33 Data do Acidente

34 UF 35 Município de Ocorrência do Acidente: Código (IBGE) 36 Localidade de Ocorrência do Acidente:

37 Zona de Ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento 1) 0-1h 2) 1-3h 3) 3-6h 4) 6-12h 5) 12-24 h 6) 24 e + h 9) Ignorado

39 Local da Picada 01 - Cabeça 02 - Braço 03 - Ante-Braço 04 - Mão 05 - Dedo da Mão 06 - Tronco 07 - Coxá 08 - Perna 09 - Pé 10 - Dedo do Pé 99 - Ignorado

Dados Clínicos

40 Manifestações Locais 41 Se Manifestações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dor Edema Equimose Necrose Outras (Espec.)

42 Manifestações Sistêmicas 43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

neuromusculares (ptose palpebral, turvação visual) hemorrágicas (gingivorragia, outros sangramentos) vagais (vômitos, diarreias)

miolíticas/hemolíticas (mialgia, anemia, urina escura) renais (oligúria/anúria) Outras (Espec.)

44 Tempo de Coagulação 1 - Normal 2 - Alterado 9 - Não realizado

Dados do Acidente

45 Tipo de Acidente 1 - Serpente 2 - Aranha 3 - Escorpião 4 - Lagarta 5 - Abelha 6 - Outros 9 - Ignorado

46 Serpente - Tipo de Acidente 1 - Botrófico 2 - Crotálico 3 - Elapídico 4 - Laquéico 5 - Serpente Não Peçonhenta 9 - Ignorado

47 Aranha - Tipo de Acidente 1 - Foneutrismo 2 - Loxoscelismo 3 - Latrodectismo

48 Lagarta - Tipo de Acidente 1 - Lonomia 2 - Outra lagarta 9 - Ignorado

Animais Peçonhentos Sinan Net SVS 19/01/2006



Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Acidente por animal peçonhento

Serpentes

Descrição

Envenenamento causado pela inoculação de toxinas, por intermédio das presas de serpentes (aparelho inoculador), podendo determinar alterações locais (na região da picada) e sistêmicas. As serpentes de interesse médico em Santa Catarina são representadas pelos gêneros *Bothrops* (jararaca), *Crotalus* (cascavel), *Micrurus* (Elapidae) (coral verdadeira).

Sinais e sintomas

Acidente botrópico

Manifestações locais – dor, edema e equimose na região da picada (pode progredir ao longo do membro acometido). As marcas de picada e sangramento nem sempre são visíveis nos pontos de introdução das presas. Bolhas com conteúdo seroso ou sero-hemorrágico podem surgir e originar áreas de necrose, que, juntamente com infecção secundária, constituem as principais complicações locais e podem levar à amputação e/ou déficit funcional do membro.

Manifestações sistêmicas – sangramentos em pele e mucosas são comuns (gengivorragia, equimoses a distância do local da picada); hematúria, hematótese e hemorragia em outras cavidades. Hipotensão pode ser decorrente de sequestro de líquido no membro picado ou hipovolemia consequente a sangramentos, que podem contribuir para o desenvolvimento de insuficiência renal aguda.

Acidente crotálico

Manifestações locais – não se evidenciam alterações significativas. Dor e edema são usualmente discretos e restritos ao redor da picada. Eritema e parestesia são comuns.

Manifestações sistêmicas – manifestações neuromusculares com progressão crânio-caudal, iniciando-se por ptose palpebral, turvação visual e oftalmoplegia. Distúrbios de olfato e paladar, ptose mandibular e sialorreia podem ocorrer com o passar das horas. Raramente, a musculatura da caixa torácica é acometida, o que ocasiona insuficiência respiratória aguda. Essas manifestações neurotóxicas regredem lentamente, porém são reversíveis. Raramente pode haver gengivorragia e outros sangramentos discretos. Progressivamente, surgem mialgia generalizada e escurecimento da cor da urina (cor de “coca-cola” ou “chá preto”). A insuficiência renal aguda é a principal complicação e causa de óbito.

Acidente elapídico

Manifestações locais– dor e parestesia na região da picada são discretos, não havendo lesões evidentes.

Manifestações sistêmicas– fácies miastênica ou neurotóxica (comum ao acidente crotálico). As possíveis complicações são decorrentes da progressão da paralisia da face para músculos respiratórios.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial somente é possível com a identificação do animal ou, no caso de acidente laquético, pela possibilidade de desenvolvimento de manifestações vagais.

Procedimentos gerais**1. Vigilância Epidemiológica**

1.1 Verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das fichas do SINAN (Anexo 1).

1.2 Verificar se o serviço de saúde entrou em contato com o Centro de Informações e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CIATox/SC), contato 0800 643 5252.

1.3 A prescrição da aplicação do soro é conduta médica, a partir de contato prévio com o CIATox, sendo específico para cada tipo de acidente e de acordo com a gravidade do envenenamento, administrado em unidade de pronto atendimento de urgência e emergência ou hospital.

1.4 Na indicação de soro, deve-se solicitar à Vigilância Epidemiológica da 4ª Regional de Saúde do município.

1.5 Registrar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET.

2. Vigilância Ambiental

2.1 Realizar visita ao local provável da ocorrência quando necessário.

2.2 No recebimento e/ou coleta de animal vivo, reintroduzir ao meio ambiente em local seguro para que não ocorram outros acidentes.

2.3 No recebimento e/ou coleta de animal morto, descartar ou utilizar para coleção didática da VSA.

Documentos de referência

Acidente por animais peçonhentos [06/08/2018]. Disponível em: < <http://portalsinan.saude.gov.br/acidente-por-animais-peconhentos>>. Acesso em: 21 agos. 2018.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

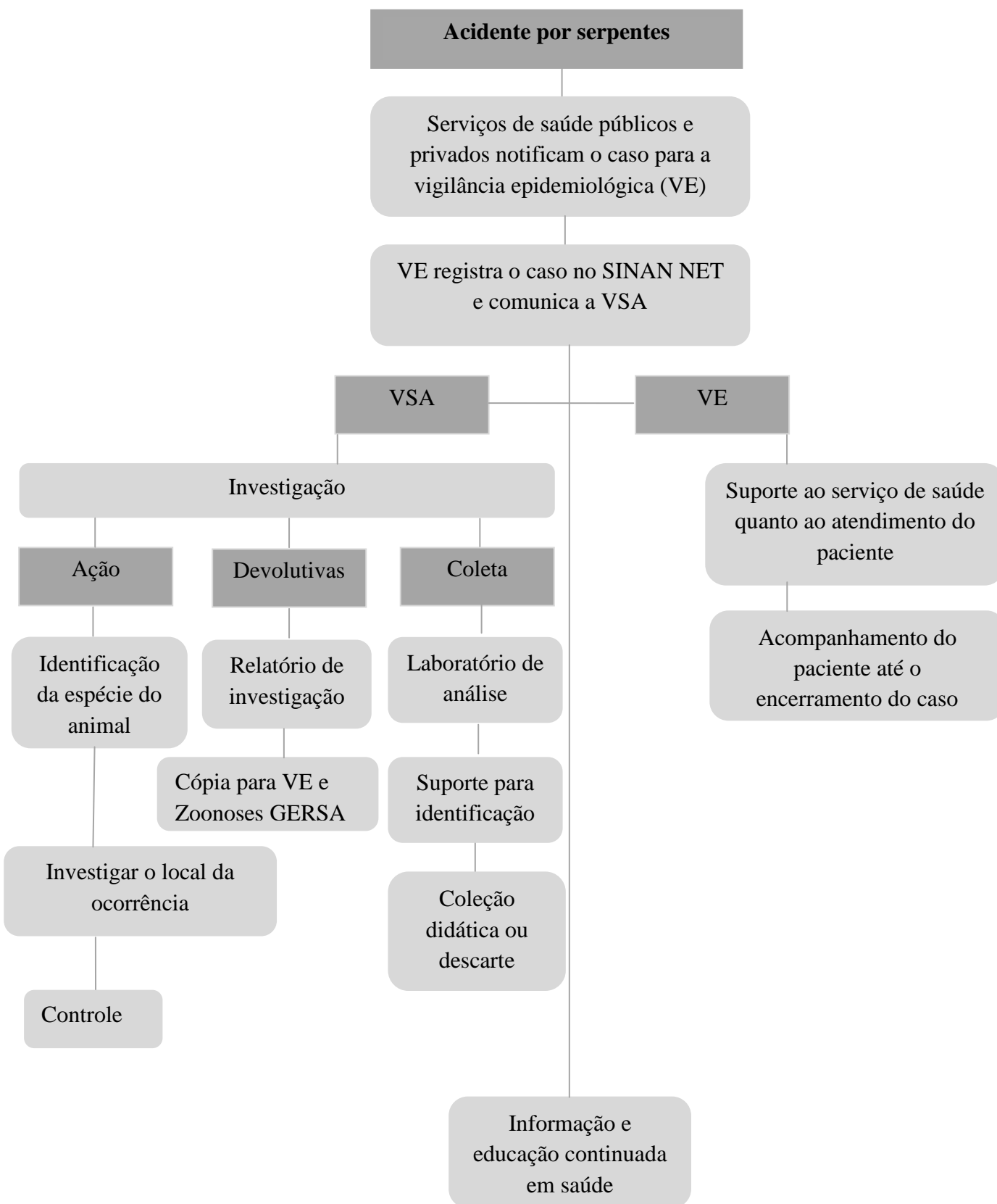
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Elaborado por

Francis Maira Schabat

Revisado por**Aprovado por**

Douglas Michel Müller
Fritzen

Figura 1 – Fluxograma de atendimento e investigação

Anexo 1 – Fichas de notificação e investigação SINAN

ESTADO DE SANTA CATARINA Secretaria de Estado da Saúde Sistema Único de Saúde – SUS		CADASTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO – SINAN	
1 - Tipo de Notificação		Nº 4827976	
2 - Agravo/doença		3 - Data da Notificação	
4 - UF		5 - Município de Notificação	
6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 - Data dos Primeiros Sintomas	
8 - Nome do Paciente		9 - Data de Nascimento	
10 - (ou) Idade		11 - Sexo	
12 - Gestante		13 - Raça/Cor	
14 - Escolaridade		15 - Número do Cartão SUS	
16 - Nome da mãe		17 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
18 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		19 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
20 - UF		21 - Município de Residência	
22 - Bairro		23 - Logradouro (rua, avenida,...)	
24 - Número		25 - Complemento (apto., casa,...)	
26 - Geo campo 1		27 - Geo campo 2	
28 - Ponto de Referência		29 - CEP	
30 - (DDD) Telefone		31 - Zona	
32 - Urbana		33 - Rural	
34 - Periurbana		35 - Ignorada	
36 - País (se residente fora do Brasil)		37 - País	
38 - Nome do Paciente		39 - Data de Nascimento	
40 - (ou) Idade		41 - Sexo	
42 - Gestante		43 - Raça/Cor	
44 - Escolaridade		45 - Número do Cartão SUS	
46 - Nome da mãe		47 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
48 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		49 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
50 - UF		51 - Município de Residência	
52 - Bairro		53 - Logradouro (rua, avenida,...)	
54 - Número		55 - Complemento (apto., casa,...)	
56 - Geo campo 1		57 - Geo campo 2	
58 - Ponto de Referência		59 - CEP	
60 - (DDD) Telefone		61 - Zona	
62 - Urbana		63 - Rural	
64 - Periurbana		65 - Ignorada	
66 - País (se residente fora do Brasil)		67 - País	
68 - Nome do Paciente		69 - Data de Nascimento	
70 - (ou) Idade		71 - Sexo	
72 - Gestante		73 - Raça/Cor	
74 - Escolaridade		75 - Número do Cartão SUS	
76 - Nome da mãe		77 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
78 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		79 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
80 - UF		81 - Município de Residência	
82 - Bairro		83 - Logradouro (rua, avenida,...)	
84 - Número		85 - Complemento (apto., casa,...)	
86 - Geo campo 1		87 - Geo campo 2	
88 - Ponto de Referência		89 - CEP	
90 - (DDD) Telefone		91 - Zona	
92 - Urbana		93 - Rural	
94 - Periurbana		95 - Ignorada	
96 - País (se residente fora do Brasil)		97 - País	
98 - Nome do Paciente		99 - Data de Nascimento	
100 - (ou) Idade		101 - Sexo	
102 - Gestante		103 - Raça/Cor	
104 - Escolaridade		105 - Número do Cartão SUS	
106 - Nome da mãe		107 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
108 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		109 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
110 - UF		111 - Município de Residência	
112 - Bairro		113 - Logradouro (rua, avenida,...)	
114 - Número		115 - Complemento (apto., casa,...)	
116 - Geo campo 1		117 - Geo campo 2	
118 - Ponto de Referência		119 - CEP	
120 - (DDD) Telefone		121 - Zona	
122 - Urbana		123 - Rural	
124 - Periurbana		125 - Ignorada	
126 - País (se residente fora do Brasil)		127 - País	
128 - Nome do Paciente		129 - Data de Nascimento	
130 - (ou) Idade		131 - Sexo	
132 - Gestante		133 - Raça/Cor	
134 - Escolaridade		135 - Número do Cartão SUS	
136 - Nome da mãe		137 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
138 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		139 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
140 - UF		141 - Município de Residência	
142 - Bairro		143 - Logradouro (rua, avenida,...)	
144 - Número		145 - Complemento (apto., casa,...)	
146 - Geo campo 1		147 - Geo campo 2	
148 - Ponto de Referência		149 - CEP	
150 - (DDD) Telefone		151 - Zona	
152 - Urbana		153 - Rural	
154 - Periurbana		155 - Ignorada	
156 - País (se residente fora do Brasil)		157 - País	
158 - Nome do Paciente		159 - Data de Nascimento	
160 - (ou) Idade		161 - Sexo	
162 - Gestante		163 - Raça/Cor	
164 - Escolaridade		165 - Número do Cartão SUS	
166 - Nome da mãe		167 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
168 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		169 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
170 - UF		171 - Município de Residência	
172 - Bairro		173 - Logradouro (rua, avenida,...)	
174 - Número		175 - Complemento (apto., casa,...)	
176 - Geo campo 1		177 - Geo campo 2	
178 - Ponto de Referência		179 - CEP	
180 - (DDD) Telefone		181 - Zona	
182 - Urbana		183 - Rural	
184 - Periurbana		185 - Ignorada	
186 - País (se residente fora do Brasil)		187 - País	
188 - Nome do Paciente		189 - Data de Nascimento	
190 - (ou) Idade		191 - Sexo	
192 - Gestante		193 - Raça/Cor	
194 - Escolaridade		195 - Número do Cartão SUS	
196 - Nome da mãe		197 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
198 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		199 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
200 - UF		201 - Município de Residência	
202 - Bairro		203 - Logradouro (rua, avenida,...)	
204 - Número		205 - Complemento (apto., casa,...)	
206 - Geo campo 1		207 - Geo campo 2	
208 - Ponto de Referência		209 - CEP	
210 - (DDD) Telefone		211 - Zona	
212 - Urbana		213 - Rural	
214 - Periurbana		215 - Ignorada	
216 - País (se residente fora do Brasil)		217 - País	
218 - Nome do Paciente		219 - Data de Nascimento	
220 - (ou) Idade		221 - Sexo	
222 - Gestante		223 - Raça/Cor	
224 - Escolaridade		225 - Número do Cartão SUS	
226 - Nome da mãe		227 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
228 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		229 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
230 - UF		231 - Município de Residência	
232 - Bairro		233 - Logradouro (rua, avenida,...)	
234 - Número		235 - Complemento (apto., casa,...)	
236 - Geo campo 1		237 - Geo campo 2	
238 - Ponto de Referência		239 - CEP	
240 - (DDD) Telefone		241 - Zona	
242 - Urbana		243 - Rural	
244 - Periurbana		245 - Ignorada	
246 - País (se residente fora do Brasil)		247 - País	
248 - Nome do Paciente		249 - Data de Nascimento	
250 - (ou) Idade		251 - Sexo	
252 - Gestante		253 - Raça/Cor	
254 - Escolaridade		255 - Número do Cartão SUS	
256 - Nome da mãe		257 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
258 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		259 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
260 - UF		261 - Município de Residência	
262 - Bairro		263 - Logradouro (rua, avenida,...)	
264 - Número		265 - Complemento (apto., casa,...)	
266 - Geo campo 1		267 - Geo campo 2	
268 - Ponto de Referência		269 - CEP	
270 - (DDD) Telefone		271 - Zona	
272 - Urbana		273 - Rural	
274 - Periurbana		275 - Ignorada	
276 - País (se residente fora do Brasil)		277 - País	
278 - Nome do Paciente		279 - Data de Nascimento	
280 - (ou) Idade		281 - Sexo	
282 - Gestante		283 - Raça/Cor	
284 - Escolaridade		285 - Número do Cartão SUS	
286 - Nome da mãe		287 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
288 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		289 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
290 - UF		291 - Município de Residência	
292 - Bairro		293 - Logradouro (rua, avenida,...)	
294 - Número		295 - Complemento (apto., casa,...)	
296 - Geo campo 1		297 - Geo campo 2	
298 - Ponto de Referência		299 - CEP	
300 - (DDD) Telefone		301 - Zona	
302 - Urbana		303 - Rural	
304 - Periurbana		305 - Ignorada	
306 - País (se residente fora do Brasil)		307 - País	
308 - Nome do Paciente		309 - Data de Nascimento	
310 - (ou) Idade		311 - Sexo	
312 - Gestante		313 - Raça/Cor	
314 - Escolaridade		315 - Número do Cartão SUS	
316 - Nome da mãe		317 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
318 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		319 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
320 - UF		321 - Município de Residência	
322 - Bairro		323 - Logradouro (rua, avenida,...)	
324 - Número		325 - Complemento (apto., casa,...)	
326 - Geo campo 1		327 - Geo campo 2	
328 - Ponto de Referência		329 - CEP	
330 - (DDD) Telefone		331 - Zona	
332 - Urbana		333 - Rural	
334 - Periurbana		335 - Ignorada	
336 - País (se residente fora do Brasil)		337 - País	
338 - Nome do Paciente		339 - Data de Nascimento	
340 - (ou) Idade		341 - Sexo	
342 - Gestante		343 - Raça/Cor	
344 - Escolaridade		345 - Número do Cartão SUS	
346 - Nome da mãe		347 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
348 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		349 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
350 - UF		351 - Município de Residência	
352 - Bairro		353 - Logradouro (rua, avenida,...)	
354 - Número		355 - Complemento (apto., casa,...)	
356 - Geo campo 1		357 - Geo campo 2	
358 - Ponto de Referência		359 - CEP	
360 - (DDD) Telefone		361 - Zona	
362 - Urbana		363 - Rural	
364 - Periurbana		365 - Ignorada	
366 - País (se residente fora do Brasil)		367 - País	
368 - Nome do Paciente		369 - Data de Nascimento	
370 - (ou) Idade		371 - Sexo	
372 - Gestante		373 - Raça/Cor	
374 - Escolaridade		375 - Número do Cartão SUS	
376 - Nome da mãe		377 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
378 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		379 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
380 - UF		381 - Município de Residência	
382 - Bairro		383 - Logradouro (rua, avenida,...)	
384 - Número		385 - Complemento (apto., casa,...)	
386 - Geo campo 1		387 - Geo campo 2	
388 - Ponto de Referência		389 - CEP	
390 - (DDD) Telefone		391 - Zona	
392 - Urbana		393 - Rural	
394 - Periurbana		395 - Ignorada	
396 - País (se residente fora do Brasil)		397 - País	
398 - Nome do Paciente		399 - Data de Nascimento	
400 - (ou) Idade		401 - Sexo	
402 - Gestante		403 - Raça/Cor	
404 - Escolaridade		405 - Número do Cartão SUS	
406 - Nome da mãe		407 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
408 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		409 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
410 - UF		411 - Município de Residência	
412 - Bairro		413 - Logradouro (rua, avenida,...)	
414 - Número		415 - Complemento (apto., casa,...)	
416 - Geo campo 1		417 - Geo campo 2	
418 - Ponto de Referência		419 - CEP	
420 - (DDD) Telefone		421 - Zona	
422 - Urbana		423 - Rural	
424 - Periurbana		425 - Ignorada	
426 - País (se residente fora do Brasil)		427 - País	
428 - Nome do Paciente		429 - Data de Nascimento	
430 - (ou) Idade		431 - Sexo	
432 - Gestante		433 - Raça/Cor	
434 - Escolaridade		435 - Número do Cartão SUS	
436 - Nome da mãe		437 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
438 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		439 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
440 - UF		441 - Município de Residência	
442 - Bairro		443 - Logradouro (rua, avenida,...)	
444 - Número		445 - Complemento (apto., casa,...)	
446 - Geo campo 1		447 - Geo campo 2	
448 - Ponto de Referência		449 - CEP	
450 - (DDD) Telefone		451 - Zona	
452 - Urbana		453 - Rural	
454 - Periurbana		455 - Ignorada	
456 - País (se residente fora do Brasil)		457 - País	
458 - Nome do Paciente		459 - Data de Nascimento	
460 - (ou) Idade		461 - Sexo	
462 - Gestante		463 - Raça/Cor	
464 - Escolaridade		465 - Número do Cartão SUS	
466 - Nome da mãe		467 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
468 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		469 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
470 - UF		471 - Município de Residência	
472 - Bairro		473 - Logradouro (rua, avenida,...)	
474 - Número		475 - Complemento (apto., casa,...)	
476 - Geo campo 1		477 - Geo campo 2	
478 - Ponto de Referência		479 - CEP	
480 - (DDD) Telefone		481 - Zona	
482 - Urbana		483 - Rural	
484 - Periurbana		485 - Ignorada	
486 - País (se residente fora do Brasil)		487 - País	
488 - Nome do Paciente		489 - Data de Nascimento	
490 - (ou) Idade		491 - Sexo	
492 - Gestante		493 - Raça/Cor	
494 - Escolaridade		495 - Número do Cartão SUS	
496 - Nome da mãe		497 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
498 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		499 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
500 - UF		501 - Município de Residência	
502 - Bairro		503 - Logradouro (rua, avenida,...)	
504 - Número		505 - Complemento (apto., casa,...)	
506 - Geo campo 1		507 - Geo campo 2	
508 - Ponto de Referência		509 - CEP	
510 - (DDD) Telefone		511 - Zona	
512 - Urbana		513 - Rural	
514 - Periurbana		515 - Ignorada	
516 - País (se residente fora do Brasil)		517 - País	
518 - Nome do Paciente		519 - Data de Nascimento	
520 - (ou) Idade		521 - Sexo	
522 - Gestante		523 - Raça/Cor	
524 - Escolaridade		525 - Número do Cartão SUS	
526 - Nome da mãe		527 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
528 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		529 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
530 - UF		531 - Município de Residência	
532 - Bairro		533 - Logradouro (rua, avenida,...)	
534 - Número		535 - Complemento (apto., casa,...)	
536 - Geo campo 1		537 - Geo campo 2	
538 - Ponto de Referência		539 - CEP	
540 - (DDD) Telefone		541 - Zona	
542 - Urbana		543 - Rural	
544 - Periurbana		545 - Ignorada	
546 - País (se residente fora do Brasil)		547 - País	
548 - Nome do Paciente		549 - Data de Nascimento	
550 - (ou) Idade		551 - Sexo	
552 - Gestante		553 - Raça/Cor	
554 - Escolaridade		555 - Número do Cartão SUS	
556 - Nome da mãe		557 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
558 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		559 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
560 - UF		561 - Município de Residência	
562 - Bairro		563 - Logradouro (rua, avenida,...)	
564 - Número		565 - Complemento (apto., casa,...)	
566 - Geo campo 1		567 - Geo campo 2	
568 - Ponto de Referência		569 - CEP	
570 - (DDD) Telefone		571 - Zona	
572 - Urbana		573 - Rural	
574 - Periurbana		575 - Ignorada	
576 - País (se residente fora do Brasil)		577 - País	
578 - Nome do Paciente		579 - Data de Nascimento	
580 - (ou) Idade		581 - Sexo	
582 - Gestante		583 - Raça/Cor	
584 - Escolaridade		585 - Número do Cartão SUS	
586 - Nome da mãe		587 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
588 - Nº de Casos Suspeitos/Confirmados		589 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
590 - UF		591 - Município de Residência	
592 - Bairro		593 - Logradouro (rua, avenida,...)	
594 - Número		595 - Complemento (apto., casa,...)	
596 - Geo campo 1		597 - Geo campo 2	
598 - Ponto de Referência		599 - CEP	
600 - (DDD) Telefone		601 - Zona	
602 - Urbana</			



Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva

Descrição

As arranhaduras, lambeduras, mordeduras de animais se destacam pela possibilidade de transmissão da raiva. A raiva é uma 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%.

Reservatórios

Apenas mamíferos transmitem e são acometidos pelo vírus da raiva.

No Brasil, caninos e felinos constituem as principais fontes de infecção nas áreas urbanas. Os quirópteros (morcegos) são os responsáveis pela manutenção da cadeia silvestre, entretanto, outros mamíferos, como canídeos silvestres (raposas e cachorro do mato), felídeos silvestres (gatos do mato), outros carnívoros silvestres (jaritacacas, mão pelada), marsupiais (gambás e saruês) e primatas (saguís), também apresentam importância epidemiológica nos ciclos enzoóticos da raiva.

Na zona rural, a doença afeta animais de produção, como bovinos, equinos e outros, transmitida pelo morcego hematófago *Desmodus rotundus* (É. Geoffroy, 1810).

Atendimento antirrábico em Santa Catarina

O estado de Santa Catarina é considerado área controlada para a raiva. A notificação, investigação e acompanhamento dos atendimentos antirrábicos são de fundamental importância para o monitoramento, controle e desenvolvimento de estratégias de bloqueio de transmissão do vírus rábico (Anexo 1).

Procedimentos gerais

1. Conforme recomendação da nota técnica nº 006 DIVE/SUV/SES/2017, toda e qualquer exposição em humanos provocada por animais transmissores do vírus rábico deve-se proceder a notificação e investigação epidemiológica em ficha de atendimento antirrábico humano (Anexo 2).

1.1 VE deve verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das fichas do SINAN (Anexo 3).

2. Animal agressor cão e gato

2.1 Animal passível de observação: orientar a observação do animal por 10 (dez) dias.

2.2 As visitas de observação do cão ou do gato são realizadas pela agente de saúde comunitária da unidade

básica de saúde de referência do paciente; as visitas devem ser em dias alternados, por 10 dias, e registrar as condições do animal em ficha específica e encaminhar para a VE (Anexo 4).

2.3 Animal não passível de observação: se o animal morrer, desaparecer nesse período deve-se realizar esquema profilático pós- exposição de acordo com a nota técnica nº 006 DIVE/SUV/SES/2017 (Anexo 2).

3. Animais silvestres e de criação (bovinos, equinos, ovinos, caprinos, suínos)

3.1 Não é indicada a observação.

3.2 Deve-se avaliar as agressões e seguir esquema profilático pós-exposição com soroterapia e/ou esquema vacinal de acordo com a nota técnica nº 006 DIVE/SUV/SES/2017 (Anexo 2).

3.3 O risco de transmissão do vírus por morcego é sempre elevado, independente da espécie e gravidade do ferimento, portanto toda agressão por morcego deve ser classificada como grave.

4. Não é indicado notificação/investigação, observação e tratamento nas agressões causadas por ratazana de esgoto, rato de telhado, camundongo, cobaia ou porquinho-da-índia, hamster, coelho, papagaio.

5. Na indicação de soro antirrábico, a VE deve solicitar à Vigilância Epidemiológica da 4ª Regional de Saúde do município e aplicado em ambiente hospitalar.

6. Na indicação de esquema vacinal pós-exposição, deve-se aplicar quatro doses nos dias 0, 3, 7 e 14 a contar do acidente, na unidade de saúde de referência do paciente.

7. A VE deve registrar o caso no SINAN NET após a observação do animal ou conclusão do esquema profilático pós- exposição.

8. Cães e gatos com sintomatologia clínica suspeita para a doença devem ser avaliados pela VSA.

9. Animal que evoluiu para óbito - bovinos, equinos, ovinos, caprinos, suínos, cães e gatos, animais silvestres, principalmente morcegos, encontrados mortos sem causa definida ou em situação não usual, deve ser encaminhado uma amostra do sistema nervoso central (SNC) ou animal inteiro (morcego) ao Lacen para análise laboratorial.

Coleta e envio de amostras para diagnóstico laboratorial no Lacen/SC pela VE e/ou VSA

1. Material de animais silvestres

1.1 Morcego, encaminhar o animal inteiro, de forma a permitir sua perfeita identificação; outros animais, enviar fragmentos do córtex, hipocampo, tronco encefálico, cerebelo e medula.

2. Material de cães e gatos

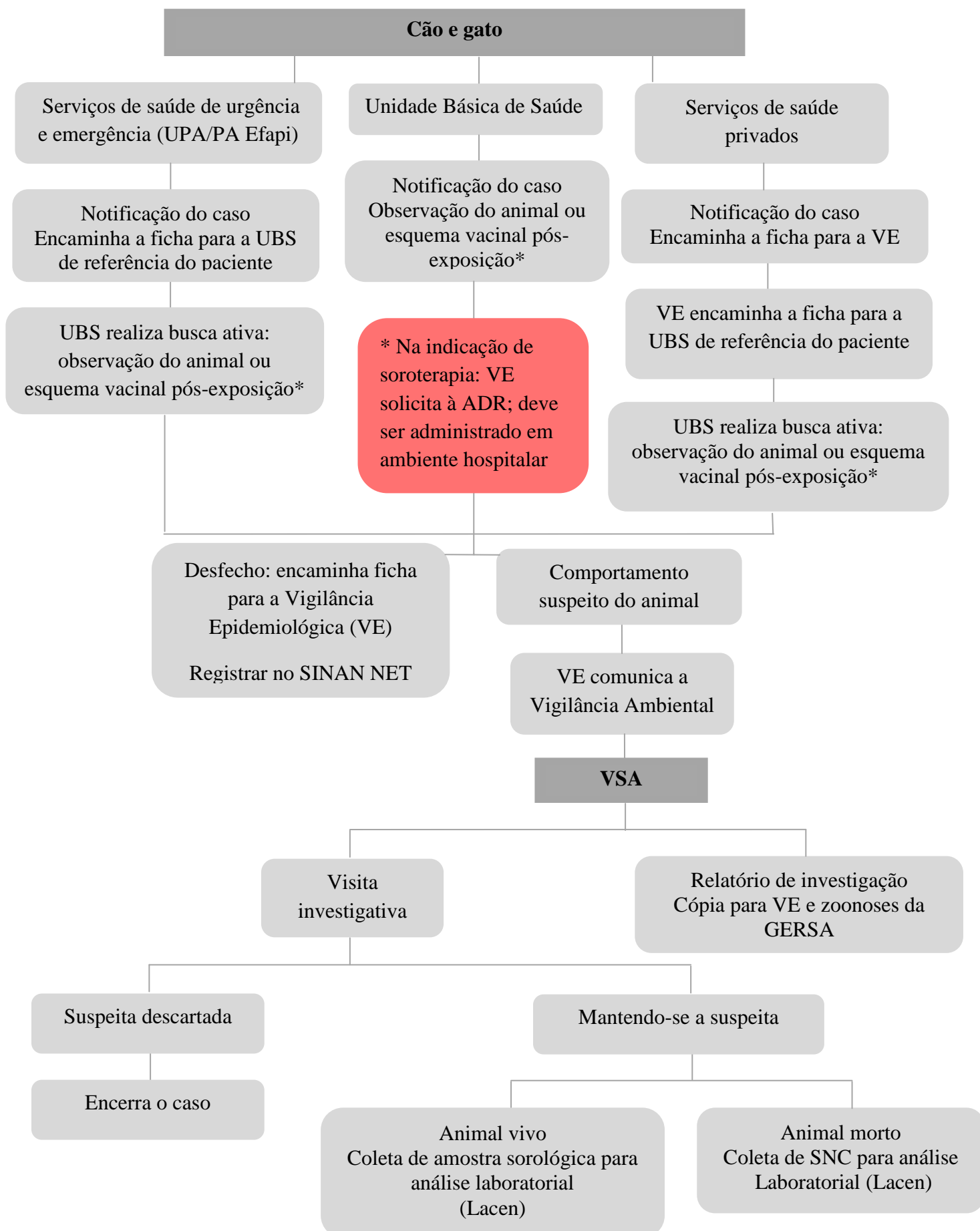
2.2 Encaminhar o sistema nervoso central coletado; não serão aceitas cabeças inteiras.

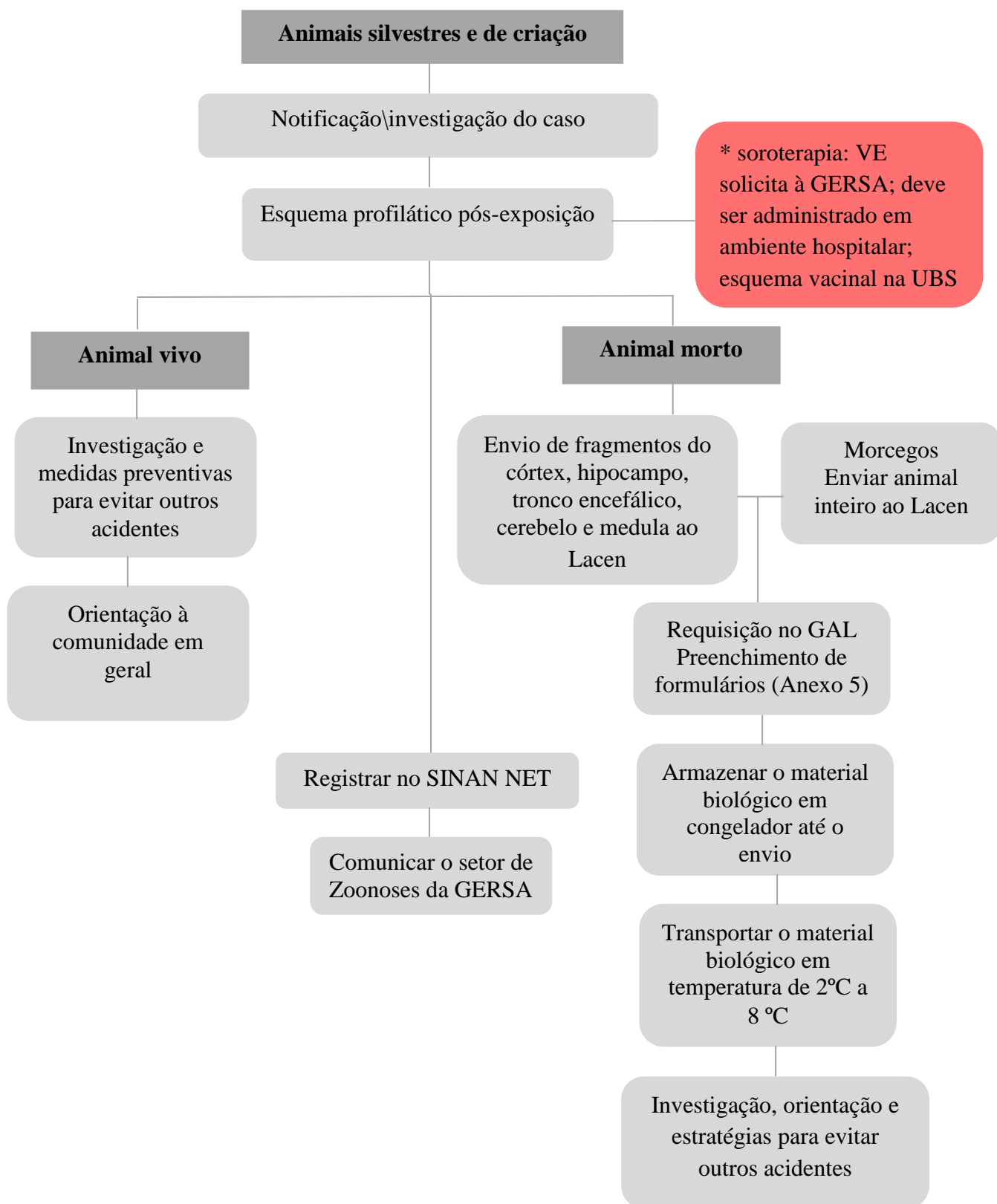
3. Material de animais de criação (bovinos, equídeos e outros)

3.3 Encaminhar o sistema nervoso central coletado.

4. Acondicionamento e preparo da amostra para encaminhamento

<p>4.1 O material deve ser colocado em um frasco com tampa de rosca, de boca larga e de capacidade maior do que o tamanho da amostra e hermeticamente fechado.</p> <p>4.2 Após fechado, o frasco deve ser identificado de maneira clara e visível e envolto por embalagem secundária (saco plástico).</p> <p>4.3 Colocar o frasco com a amostra em caixa de isopor com gelo reciclável em quantidade suficiente para manter a amostra refrigerada durante o transporte.</p> <p>4.4 A amostra deve ser acompanhada da requisição do GAL e da ficha para solicitação de exame laboratorial de raiva animal (Anexo 5).</p> <p>4.5 Encaminhar a amostra sob refrigeração, se a previsão de envio for de até 24 horas.</p> <p>4.6 Nos casos de envio da amostra > 24 horas, a amostra deve ser congelada.</p> <p>4.7 Na parte externa da caixa de isopor devem constar o endereço do destinatário (Lacen Florianópolis) e do remetente (SESAU).</p> <p>5. Encaminhamento</p> <p>5.1 De segunda a quinta-feira encaminhar a amostra via correio.</p> <p>5.2 Sextas, feriados e finais de semana, encaminhar a amostra via Reunidas Cargas e Encomendas.</p>		
<p>Resultado laboratorial</p> <p>1. Obter o laudo pelo Sistema Gal.</p> <p>1.1 Resultado negativo: encerrar o caso.</p> <p>1.2 Resultado positivo</p> <p>1.2.1 Comunicar imediatamente o setor de Zoonoses da ADR.</p>		
<p>Documentos de referência</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.</p> <p>SANTA CATARINA. Nota Técnica nº 006 de 25 de setembro de 2017. Florianópolis, Diretoria de Vigilância Epidemiológica.</p>		
<p>Elaborado por Francis Maira Schabat</p>	<p>Revisado por</p>	<p>Aprovado por: Douglas Michel Müller Fritzen</p>

Figura 1 – Fluxograma de atendimento e investigação



Anexo 1 – Condutas para casos de atendimento antirrábico humano em Santa Catarina

RAIVA

ESQUEMA PARA TRATAMENTO PROFILÁTICO ANTIRRÁBICO HUMANO COM VACINA DE CULTIVO CELULAR EM ÁREA DE RAIVA CONTROLADA

TIPO DE AGRESSÃO	CONDIÇÃO DO ANIMAL AGRESSOR		
	Cão ou gato sem suspeita de raiva no momento da agressão.	Cão ou gato clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão.*	Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto; animais silvestres (inclusive os domiciliados) e animais de produção.
Contato indireto <ul style="list-style-type: none"> Lambedura de pele íntegra. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Não tratar. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Não tratar. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Não tratar.
Acidentes leves <ul style="list-style-type: none"> Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés). Podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente. Lambedura de pele com lesões superficiais. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Observar o animal durante 10 dias após a exposição. Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar 4 doses de vacina (dias 0, 3, 7 e 14). 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Iniciar tratamento com duas doses, uma no dia 0 (zero) e outra no dia 03. Observar o animal durante 10 dias após a exposição. Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até 4 doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose no dia 14. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Iniciar imediatamente o tratamento com 4 (quatro) doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7 e 14.
Acidentes graves <ul style="list-style-type: none"> Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, palma digital e/ou planta do pé. Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo. Lambedura de mucosas. Lambedura de pele onde já existe lesão grave. Ferimento profundo causado por unha de gato. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão Observar o animal durante 10 dias após exposição. Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar o soro antirrábico e 4 doses de vacina (dias 0, 3, 7 e 14). 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão Iniciar o esquema profilático com soro e 4 doses de vacina nos dias 0, 3, 7 e 14. Observar o animal durante 10 dias após a exposição. Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão Iniciar imediatamente o tratamento com soro antirrábico e receber as 4 doses de vacina nos dias 0, 3, 7 e 14.

*Somente a avaliação de um Médico Veterinário pode definir um animal clinicamente suspeito.

- Observações: cães e gatos mortos devem ter uma amostra do SNC coletado e encaminhado para análise laboratorial.
- Morcegos devem ser encaminhados nas seguintes situações: morcego morto sem causa definida ou encontrado em situação não usual, tais como: voos diurnos, atividade alimentar diurna, incoordenação de movimentos, agressividade, contrações musculares, paralisias, encontrado no chão ou em paredes durante o dia.

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O TRATAMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO

Sobre o Ferimento	Sobre o animal agressor
<ul style="list-style-type: none"> Lavar imediatamente o ferimento com água corrente, sabão ou outro detergente. Mucosas devem ser lavadas com solução fisiológica ou água corrente. No contato indireto, que ocorre por meio de objetos ou utensílios contaminados com secreções de animais suspeitos, indica-se apenas lavar bem o local com água corrente e sabão; não há necessidade de tratamento profilático. Em casos de lambedura na pele íntegra, por animal suspeito, recomenda-se lavar o local com água e sabão. Não se recomenda a sutura dos ferimentos. Quando for absolutamente necessário, aproximar as bordas com pontos isolados. Havendo necessidade de aproximação, o soro antirrábico, se indicado, deverá ser infiltrado uma hora antes da sutura. 	<ul style="list-style-type: none"> O período de observação de 10 (dez) dias é somente para cães e gatos. A conduta do tratamento antirrábico depende do animal agressor ter sido ou não previamente vacinado contra a raiva. Agressões por animais silvestres, mesmo quando domesticados ou domiciliados, tem indicação de tratamento. Não é indicada a observação de animais de produção (bovinos, equinos, ovinos, caprinos, suínos, etc.) ou silvestres. As agressões por estes animais devem ser avaliadas e, se necessário, indicado esquema pós-exposição. Não é indicado tratamento nas agressões causadas por: ratazana de esgoto, rato de telhado, camundongo, cobaia ou porquinho-da-índia, hamster e coelho. Observação: essa informação não se aplica aos acidentes com roedores/ lagomorfos silvestres. Nesses animais, a conduta é igual àquela de acidentes com animais silvestres. O risco de transmissão do vírus por morcego é sempre elevado, independente da espécie e gravidade do ferimento; portanto toda agressão por morcego deve ser classificada como grave.
Sobre o Tratamento	
<ul style="list-style-type: none"> A profilaxia da raiva deve ser iniciada o mais rapidamente possível. Sempre que houver indicação, tratar o paciente em qualquer momento, independente do tempo transcorrido entre a exposição e o acesso à unidade de saúde. A vacina e o soro não tem contraindicação (gravidez, lactação, doença intercorrente e/ou outros tratamentos). Sempre que possível, recomenda-se a interrupção do tratamento com corticoides e/ou imunossupressoras ao iniciar o esquema de vacinação. Não sendo possível, tratar a pessoa como imunodeprimida. 	



SANTA CATARINA É ÁREA CONTROLADA PARA RAIVA NO CICLO URBANO (CÃES E GATOS)



Anexo 4 – Ficha de observação do animal agressor cão e gato



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA DE ZOOSES E ENTOMOLOGIA



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA DE ZOOSES E ENTOMOLOGIA



FICHA DE OBSERVAÇÃO DO ANIMAL AGRESSOR (CÃES E GATOS)

Dados do paciente	Nome: _____
	Nº da notificação: _____
	Data da notificação: ____/____/____



Dados do animal	Proprietário: _____ Fone: _____
	Rua: _____ Nº: _____ Bairro: _____
	Ponto de Referência: _____
	Espécie Agressora: () Cão () Gato _____

FICHA DE OBSERVAÇÃO DO ANIMAL AGRESSOR (CÃES E GATOS)

Dados do paciente	Nome: _____
	Nº da notificação: _____
	Data da notificação: ____/____/____

Dados do animal	Proprietário: _____ Fone: _____
	Rua: _____ Nº: _____ Bairro: _____
	Ponto de Referência: _____
	Espécie Agressora: () Cão () Gato _____

Anexo 5 – Ficha para solicitação de exame laboratorial de raiva animal

 <p>ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA DE ZOOSE E ENTOMOLOGIA</p>		 <p>DIVE DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</p>		
FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME LABORATORIAL DE RAIVA ANIMAL				
Identificação do proprietário ou responsável	1. Município: _____		2. Nº do Protocolo: _____	
	3. Nome: _____			
	4. Endereço: _____		5. Telefone: (____) _____-_____	
	6. Local de referência: _____			
	7. Espécie: _____			
	8. Sexo: () M () F		9. Idade: _____	
Identificação da amostra	10. Tipo de material: () Fragmentos do Sistema Nervoso Central () Animal inteiro (somente silvestres)			
	11. Data da coleta do material: ____/____/____		12. Data do envio do material: ____/____/____	
	13. Animal Vacinado: () Sim () Não		14. Data da Vacinação: ____/____/____	
	15. Houve agressões em humanos: () Sim () Não			
Agressões	16. Nome da(s) pessoa(s) agredida(s): _____			
	17. Houve agressões em animais: () Sim () Não			
	18. Conduta: _____			
Outras informações	MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO DA AMOSTRA: _____			

Responsável pela coleta: _____		Telefone: (____) _____-_____		
Responsável pelo envio: _____		Telefone: (____) _____-_____		
*OBS.: O MESMO NÚMERO DO PROTOCOLO DEVE ESTAR IDENTIFICADO NA AMOSTRA.				



Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Brucelose

Descrição

Zoonose causada por bactérias do gênero *Brucella*, apresentando quadro febril acompanhado por inúmeros sinais e sintomas, destacados entre eles a mialgia e artralgia, que podem mimetizar uma série de doenças, infecciosas ou não. Apresenta tendência à cronificação, com caráter granulomatoso, capaz de afetar qualquer órgão ou sistema. São descritas atualmente mais de nove espécies. As principais responsáveis por doença em humanos são: *Brucella abortus* (Schmidt, 1901), *B. suis* (Huddleson, 1929) e *B. melitensis* (Bruce, 1887), associada aos casos mais graves, embora não detectada no Brasil.

Sinais e sintomas

Alguns pacientes podem não desenvolver sintomas (forma subclínica) ou apresentar sintomatologia inicial inespecífica, sendo o quadro clínico variado.

Período inicial da doença: febre (superior a 38°C) que pode ser intermitente (quadro clássico) prolongando-se durante a noite, com período de remissão matinal, acompanhada de mal-estar, sudorese profusa predominantemente noturna, com cheiro desagradável, artralgia de pequenas e grandes articulações, mialgia, cefaleia, anorexia e prostração

Evolução para as formas crônicas: costuma ocorrer localização em órgãos alvo.

Comprometimento osteoarticular é responsável por quase metade das complicações focais, podendo ser representado por sacroileíte, espondilite, artrite periférica e osteomielite. **Complicações genitourinárias**, tais como orquiepididimite, glomerulonefrite e abscesso renal. **Manifestações neurológicas** não são tão comuns, mas podem ocorrer: neuropatia periférica, coreia (movimentos involuntários), meningoencefalite, eventos isquêmicos transitórios, paralisia de pares cranianos, pseudotumor cerebral, síndrome desmielinizante, lesões de substância branca, mielite transversa e trombose de seios venosos centrais. **Quadros semelhantes à depressão e confusão mental** são relatados. **Na pele e mucosas** podem ser observadas lesões eritemato-papulosa, púrpura, cistos dérmicos e Síndrome de Stevens-Johnson. **Manifestações pulmonares** podem ocorrer, como derrame pleural e pneumonias, sobretudo em casos complicados. **As alterações hematológicas** encontradas podem variar entre leucocitose ou leucopenia, trombocitopenia e anemia.

O comprometimento mais grave, podendo inclusive levar ao óbito, é o cardíaco, sendo estabelecido por

lesão valvar, principalmente em valva aórtica, mas podendo acometer múltiplas áreas.

Diagnóstico diferencial

Tuberculose, febre tifóide, endocardite infecciosa, leptospirose, criptococose, histoplasmose, mononucleose, Malária (considerar histórico de viagens), doenças do colágeno/vasculites, síndrome da fadiga crônica, neoplasias e transtornos neuropsiquiátricos (principalmente depressão).

Importância da história epidemiológica, pesquisando o contato com potenciais animais infectados ou ingestão de produtos contaminados (ou não adequadamente processados).

Reservatórios

As espécies de *Brucella* podem ser encontradas em diversas espécies, geralmente com um hospedeiro preferencial:

- *Brucella melitensis*: caprinos, ovinos e camelídeos;
- *Brucella abortus*: bovinos e bubalinos;
- *Brucella suis*: suínos e vários mamíferos selvagens;
- *Brucella canis*: cães;
- *Brucella ovis*: ovinos;
- *Brucella neotomae*: ratos de florestas e do deserto;
- *Brucella microti*: roedores;
- *Brucella inopinata*: humanos;
- *Brucella delphini*, *B. pinnipediae* e *B. ceti*: animais marinhos, como golfinhos, focas e baleias.

Transmissão

Contato de material contaminado: sangue, urina, secreções, fetos abortados, restos placentários) com a conjuntiva ou pele lesionada.

Ingestão de produtos contaminados: lácteos não pasteurizados – inclusive queijos). A ingestão de carne não é um meio de transmissão comum, pois o número de bactérias é baixo e o consumo de carne crua não é habitual.

Inalação de bactérias: aerossolização (limpeza de estábulos, movimentação do gado, procedimentos em abatedouros ou laboratórios).

Inoculação acidental: durante a vacinação dos animais, principalmente médicos veterinários.

Período de incubação

Muito variável, de uma a três semanas, mas pode prolongar-se por vários meses.

Procedimentos gerais

1. Caso suspeito

1.1 Paciente com clínica compatível com a doença e associado a epidemiologia.

1.2 VE deve verificar se o serviço de saúde notificou o caso (Anexo 1).

1.3 VE, VSA e CEREST devem iniciar a investigação com preenchimento de ficha específica do SINAN (Anexo 2).

1.4 A transmissão por contato ocorrida durante as atividades profissionais do paciente deve ser caracterizada como risco ocupacional e brucelose relacionada ao trabalho, conforme determina a Portaria n.º 1.339/GM/99.

2. Diagnóstico laboratorial

2.1 Teste de triagem (teste de soro aglutinação com antígeno brucélico corado pelo Rosa de Bengala) na ocasião da suspeita.

2.1.1 Teste de triagem positivo: solicitar teste confirmatório (ELISA).

2.1.2 Serviço de saúde coleta a amostra biológica e cadastra a requisição no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL.

Material biológico	Acondicionamento	Tempo para chegada ao Lacen	Observações	Encaminhar
Soro (1 tubo)	2 a 8°C	5 dias	Orientações para teste de triagem e teste confirmatório.	Lacen Chapecó. A noite, finais de semana e feriados – comunicar o sobreaviso da GERSA.

2.1.3 Teste de triagem negativo: repetir o exame em 30 dias.

2.1.3.1 Teste permanece negativo: manter acompanhamento ambulatorial para realizar diagnóstico diferencial.

2.1.3.2 Teste positivo: solicitar teste confirmatório.

2.2 Resultado laboratorial

2.2.1 Obter o laudo pelo Sistema Gal.

3. Caso confirmado

3.1 Paciente com clínica+epidemiologia+teste confirmatório positivo ou teste de triagem positivo (na falta de teste confirmatório).

3.2 VE deve registrar as fichas de notificação e investigação no SINAN NET e no formulário disponível em:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=43222.

3.3 A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que sejam tratados apenas os casos confirmados.

4. Tratamento

4.1 VE solicita a medicação para a Gerência Regional de Saúde (GERSA), mediante a prescrição médica, cópia da ficha de notificação e investigação e cópias dos exames de triagem e confirmatórios, os quais serão encaminhados ao Ministério da Saúde para fornecimento de insumos para o tratamento.

4.2 Realizar o tratamento de acordo com o Protocolo Estadual de Brucelose Humana, 2019.

5. Acompanhamento

5.1 VE e UBS devem realizar o seguimento ambulatorial de pacientes com brucelose humana conforme quadro 1.

Período	Tipo de Controle
1ª e 3ª semana de tratamento	Avaliação clínica e verificação da adesão ao tratamento
Final do Tratamento	Avaliação clínica, exames laboratoriais inespecíficos, como proteína C reativa, VHS e transaminases- verificar atividade de doença
Pós-tratamento	
1º mês	Avaliação Clínica
3º, 6º e 12º mês	Avaliação clínica, se houver sintomas fazer avaliação sorológica – Teste Rosa Bengala, exames laboratoriais inespecíficos, como proteína C reativa, VHS e transaminases, verificar atividade de doença
	Observação: Os pacientes negativos deverão receber alta médica e os que mantiverem alguma alteração clínica ou laboratorial permanecem em acompanhamento

6. Vigilância em Saúde Ambiental e Epidemiológica

6.1 Realizar busca ativa de todos os indivíduos sintomáticos considerados expostos, preenchendo as fichas de notificação e investigação.

6.2 Providenciar avaliação clínica e coleta sorológica de todas as pessoas que apresentem pelo menos um dos sintomas descritos anteriormente compatíveis com brucelose e que tiveram contato direto com os animais, ou que tenham consumido carne, leite in natura e derivados dos animais confirmados de brucelose animal.

7. Exposição à cepa vacinal (acidente ocupacional)

7.1 Em caso de exposição ocupacional à cepa vacinal (cepa rugosa) de *Brucella abortus*, RB51, deve-se lembrar que os testes diagnósticos disponíveis, tanto os confirmatórios quanto os de triagem, baseiam-se na detecção de anticorpos contra cepa lisa, a mais virulenta.

7.2 Casos expostos à cepa rugosa vacinal sempre serão negativos, pois nessa situação, os anticorpos formados são contra cepa rugosa.

7.3 VE e UBS devem acompanhar o paciente, com avaliação clínica e exames laboratoriais (transaminases e provas de atividades inflamatórias), por um período de até dois anos (consultas no 1º-2º-3º-6º-12º-18º-24º meses). No momento não se recomenda o uso de profilaxia pós-exposição. Caso se observe alteração desses exames inespecíficos (que antecedem manifestações clínicas) se deve iniciar imediatamente tratamento

preventivo (em paciente assintomático).

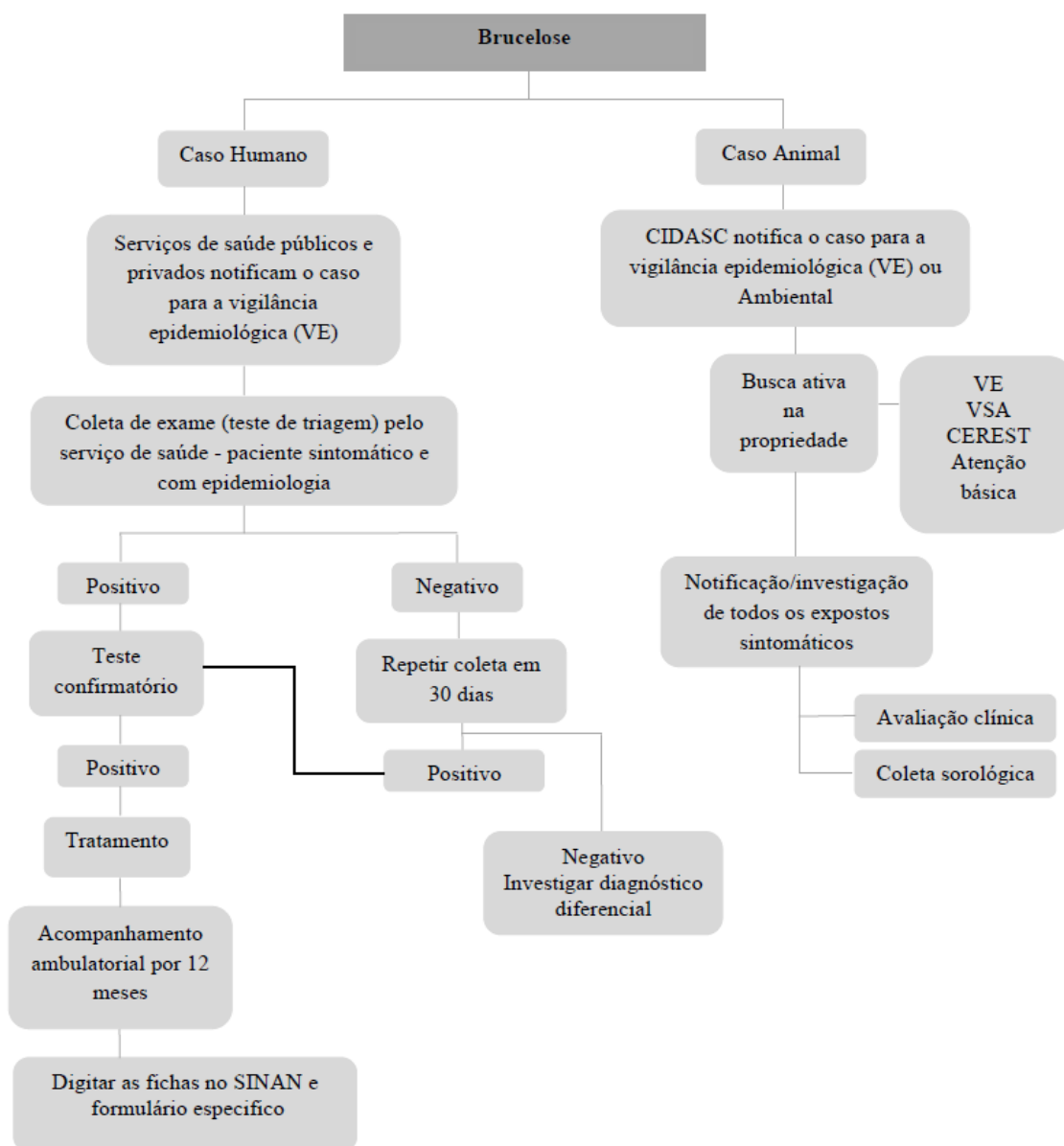
Documentos de referência

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Protocolo Estadual de Brucelose Humana: manejo clínico e vigilância em Saúde. Santa Catarina, 2019.

Elaborado por:
Francis Maira Schabat

Revisado por:

Aprovado por:
Douglas Michel Müller
Fritzen



Anexo 1 – Ficha de notificação de brucelose humana

SINAN
Sistema de informação de agravos de notificação

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

2 - Individual

Nº

DADOS GERAIS			
1. Tipo de Notificação			
2. Agravado/doença		Código (CID10)	3. Data de Notificação
4. UF	5. Município de Notificação		Código (IBGE)
6. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7. Data dos Primeiros Sintomas
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL			
8. Nome do Paciente			9. Data de Nascimento
10. (ou) Idade 1 - Hora 3 - Mês 2 - Dia 4 - Ano	11. Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12. Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13. Raça/Cor 1 - Branco 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado
14. Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
15. Número do Cartão SUS		16. Nome da Mãe	
DADOS DE RESIDÊNCIA			
17. UF	18. Município de Residência	Código (IBGE)	19. Distrito
20. Bairro	21. Logradouro (rua, avenida,...)		Código
22. Número	23. Complemento (apto., casa, ...)		24. Geo campo 1
25. Geo campo 2	26. Ponto de Referência		27. CEP
28. (DDD) Telefone	29. Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30. País (se residente fora do Brasil)
CONCLUSÃO			
31. Data da Investigação		32. Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33. Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico
LOCAL PROVÁVEL DA FONTE DE INFECÇÃO			
34. O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado			35. UF
36. País		37. Município	38. Distrito
39. Bairro		Código (IBGE)	

40. Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41. Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	
42. Data do Óbito		43. Data do Encerramento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES			
Observações Adicionais			
INVESTIGADOR			
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
Nome	Função	Assinatura	
Notificação/conclusão	Sinan NET	SVS	27/09/2005

Anexo 2 – Ficha de investigação de brucelose humana



Estado de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Vigilância de Zoonoses, Acidentes por Animais
Peçonhentos e Doenças Transmitidas por Vetores



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE BRUCELOSE HUMANA

DADOS GERAIS	
1. Situação do Paciente: () Novo () Em acompanhamento	
2. Município de Notificação:	3. Número da Notificação:
4. Unidade de Saúde:	5. Data de Notificação: ___/___/___
DADOS DO PACIENTE	
6. Nome do Paciente:	
7. Data de Nascimento: ___/___/___	8. Sexo: () Masculino () Feminino
9. Gestante: () 1º Trimestre () 2º Trimestre () 3º Trimestre () Idade Gestacional Ignorada () Não se aplica () Ignorado	
10. Raça/Cor: () Branco () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Ignorado	
11. Escolaridade: () Analfabeto () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Médio Técnico () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior () Ensino Superior – Especialização () Mestrado () Doutorado () Ignorado	
12. Nome da Mãe:	
13. UF:	14. Município de Residência:
15. Bairro/ Localidade:	
16. Logradouro (rua, avenida...):	17. Número:
18. Complemento (apto, casa...):	
19. Ponto de Referência:	
20. CEP:	
21. Zona: () Urbana () Rural () Periurbana () Ignorado	
22. Telefone: ()	
DADOS OCUPACIONAIS	
23. Local de Trabalho:	
24. Endereço:	
25. Telefone: ()	
26. Ocupação:	
27. Exposição Ocupacional: () Sim () Não	
28. Tipo de exposição: () Frigorífico/Matadouro () Contato com placenta e/ou feto de aborto de animais () Laticínio () Laboratório () Vacina () Ordenha () Trabalha no campo	



Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Dengue, Febre Chikungunya e Zika Vírus

Descrição

Doenças febris virais transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* Linnaeus 1762

Dengue

Sinais e sintomas: a primeira manifestação é a febre com duração de dois a sete dias, geralmente alta (39° a 40°C), de início abrupto, associada à cefaleia, astenia, mialgia, artralgia, dor retroorbitária, náusea, vomito. O exantema, presente em 50% dos casos, é predominantemente do tipo máculo-papular, atingindo face, tronco e membros de forma aditiva, não poupando plantas dos pés e palmas das mãos, podendo se apresentar sob outras formas, com ou sem prurido, frequentemente no desaparecimento da febre. Anorexia, náuseas e vômitos podem se fazer presentes. A diarreia está presente em um percentual significativo dos casos. Alguns pacientes, podendo **evoluir para as formas graves**, essa fase tem início com a defervescência da febre, entre o terceiro e o sétimo dia do início da doença, acompanhada do surgimento dos sinais de alarme e/ou gravidade (sangramento grave, disfunção grave de órgãos ou extravasamento grave de plasma).

Chikungunya

Sinais e sintomas: A fase aguda ou febril é caracterizada, principalmente, por febre de início súbito e surgimento de intensa poliartralgia, geralmente acompanhada de dores nas costas, rash cutâneo (presente em mais de 50% dos casos), cefaleia e fadiga, com duração média de sete dias. A febre pode ser contínua, intermitente ou bifásica, e possui curta duração; porém, a queda de temperatura não é associada à piora dos sintomas, como na dengue. Ocasionalmente, pode ser associada a uma bradicardia relativa. o exantema é macular ou maculopapular, acomete cerca de metade dos doentes e em geral, surge do 2o ao 5º dia após o início da febre. Afeta principalmente o tronco e as extremidades (incluindo palmas das mãos e plantas dos pés), podendo atingir a face. O prurido está presente em 25% dos pacientes e pode ser generalizado, ou apenas localizado na região palmo-plantar. Dor retro-ocular, calafrios, conjuntivite sem secreção, faringite, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal e neurite.

Fase crônica, acometimento articular persistente ou recidivante nas mesmas articulações atingidas durante a fase aguda, caracterizado por dor com ou sem edema, limitação de movimento, deformidade e ausência de eritema. Dores nas regiões sacroilíaca, lombossacra e cervical.

Zika vírus

Sinais e sintomas: quadro clínico variável, desde manifestações brandas e autolimitadas até complicações neurológicas e malformações congênitas. Manifestações mais comuns: exantema maculopapular, febre, artralgia, conjuntivite não purulenta, cefaleia, mialgia e prurido. Foram descritos ainda casos de síndrome de Guillain-Barré e outras manifestações neurológicas. Gestantes infectadas, mesmo as assintomáticas, podem transmitir o vírus ao feto podendo resultar em aborto espontâneo, óbito fetal ou anomalias congênitas.

Diagnóstico diferencial

Dengue: enterovirose, influenza, síndrome exantemática febril, leptospirose.

Chikungunya: leptospirose (histórico de exposição aos fatores de risco), febre reumática, artrite séptica.

Zika: dengue, chikungunya, parvovírus, sarampo, rubéola

Transmissão

Pela picada de fêmeas infectadas de *A. aegypti* no ciclo homem – *A. aegypti* – homem. Para os três agravos, foram registrados casos de transmissão vertical (gestante-bebê). Na chikungunya, a transmissão pode acontecer no momento do parto. Em caso de zika, a transmissão vertical pode gerar malformação e diferentes manifestações clínicas no feto, incluindo aborto.

Período de incubação e transmissibilidade

A transmissão compreende dois ciclos: um intrínseco, que sucede no ser humano, e outro extrínseco, no vetor.

Período de incubação intrínseco da dengue: em média, de 5 a 6 dias, e varia de 4 a 10 dias. Após esse período, inicia-se o período de viremia (geralmente, de um dia antes do aparecimento da febre até o 6º dia da doença).

Período de incubação extrínseco: varia de 8 a 12 dias.

Período de incubação intrínseco do chikungunya: em média, de 3 a 7 dias (podendo variar de 1 a 12 dias).

Período extrínseco: em média, 10 dias. Os mosquitos adquirem o vírus a partir de um hospedeiro virêmico. O período de viremia no homem pode perdurar por até 10 dias e, geralmente, inicia-se 2 dias antes da apresentação dos sintomas.

Período de incubação intrínseco do Zika: de 2 a 7 dias, em média.

Período de incubação extrínseco: varia de 8 a 12 dias.

*Depois desse período de incubação extrínseco, o mosquito permanece infectante até o final da sua vida (6 a 8 semanas), sendo capaz de transmitir o vírus para um hospedeiro suscetível, a exemplo do homem.

Procedimentos gerais

1. VE deve verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das fichas do SINAN (Anexo 1).

2. Realizar a coleta da amostra biológica para confirmação de diagnóstico laboratorial e requisição no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, pelo serviço de saúde.

2.1 Pesquisa para Dengue

2.1.1 Paciente com 1 a 5 dias de sintomas: coletar amostra para detecção do antígeno NS1.

2.1.2 Paciente com > 6 dias de sintomas: coletar amostra para detecção de anticorpos IgM.

2.2 Pesquisa para Chikungunya

2.2.1 No momento da suspeita: coletar amostra para detecção IgM e IgG.

2.3 Pesquisa para Zika vírus

2.3.1 Paciente com 1 a 5 dias de sintomas: coletar amostra soro.

2.3.1.1 Investigação fetal: soro, sangue do cordão umbilical, fragmentos da placenta, fragmentos de tecidos natimortos.

2.3.2 Paciente com 1 a 8 dias de sintomas: coletar amostra de urina.

Material biológico	Acondicionamento	Tempo para chegada ao Lacen	Observações	Encaminhar*
DENGUE Soro (1 tubo)	2 a 8°C	Preferencialmente no mesmo dia da coleta; máximo 5 dias		Lacen Chapecó.
CHIKUNGUNYA Soro (1 tubo)	2 a 8°C	Preferencialmente no mesmo dia da coleta; máximo 5 dias		Lacen Florianópolis Correio de 2ª a 5ª feira.
ZIKA VÍRUS Soro Sangue do cordão umbilical Fragmentos da placenta Fragmentos de tecidos natimortos Urina	2 a 8°C	Até 24 horas após a coleta	Após 24 horas, enviar em gelo seco.	Lacen Florianópolis Correio de 2ª a 5ª feira. Envio em gelo seco: através do Hemosc

* A noite, finais de semana e feriados, comunicar o sobreaviso da GERSA.

3. Encaminhar para a Vigilância em Saúde Ambiental via comunicação interna (1Doc) as fichas de todos os pacientes suspeitos de DCZ.

4. VE deve registrar as fichas de notificação e investigação no SINAN ONLINE.

5. Bloqueio de transmissão em casos suspeitos realizado pela VSA

5.1 Controle larvário: eliminação de depósitos removíveis e tratamento focal de depósitos não removíveis em um raio de 50 m a partir do(s) local(is) em que o caso suspeito esteve no período de viremia.

6. Casos confirmados

6.1 Definição de casos alóctone (importado): caso confirmado com LPI em área de transmissão que não o local de residência do paciente.

6.2 Definição de caso autóctone: caso confirmado com LPI e área de transmissão no local de residência do paciente.

6.3 VE e/ou VSA devem comunicar o setor de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado e para a Gerência de Vigilância em Saúde.

6.4 Realizar investigação epidemiológica e ambiental do caso o quanto antes, através de visita domiciliar pela VE e VSA. Preencher relatório específico (Apêndice 1).

6.5 Assegurar que o paciente esteja assistido pelo serviço de saúde.

6.6 Buscar ativamente de novos casos.

6.7 Orientar quanto à doença, cuidados, modo transmissão, sinais e sintomas, medidas de prevenção.

6.8 Investigar históricos de viagens do paciente para área com ocorrência da doença nos últimos 15 dias que antecederam os sinais e sintomas.

6.9 Investigar os deslocamentos do paciente no período de viremia.

6.10 VE e VSA devem enviar o relatório de investigação (Apêndice 1) devidamente preenchido para o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado e para a Gerência de Vigilância em Saúde.

6.11 Bloqueio de transmissão em casos autóctones ou importados pela VSA

6.11.1 Controle do vetor alado (mosquito adulto): aplicação de inseticidas a Ultra Baixo Volume (UBV) com equipamento costal motorizado. Deve ser realizada iniciando no quarteirão de ocorrência do caso e continuando nos adjacentes, considerando um raio de 150 m, podendo ser necessária mais de uma aplicação. O equipamento acoplado em veículo será utilizado somente em situações em que a área de aplicação for extensa.

7. Resultado laboratorial

7.1 Obter o laudo pelo Sistema Gal.

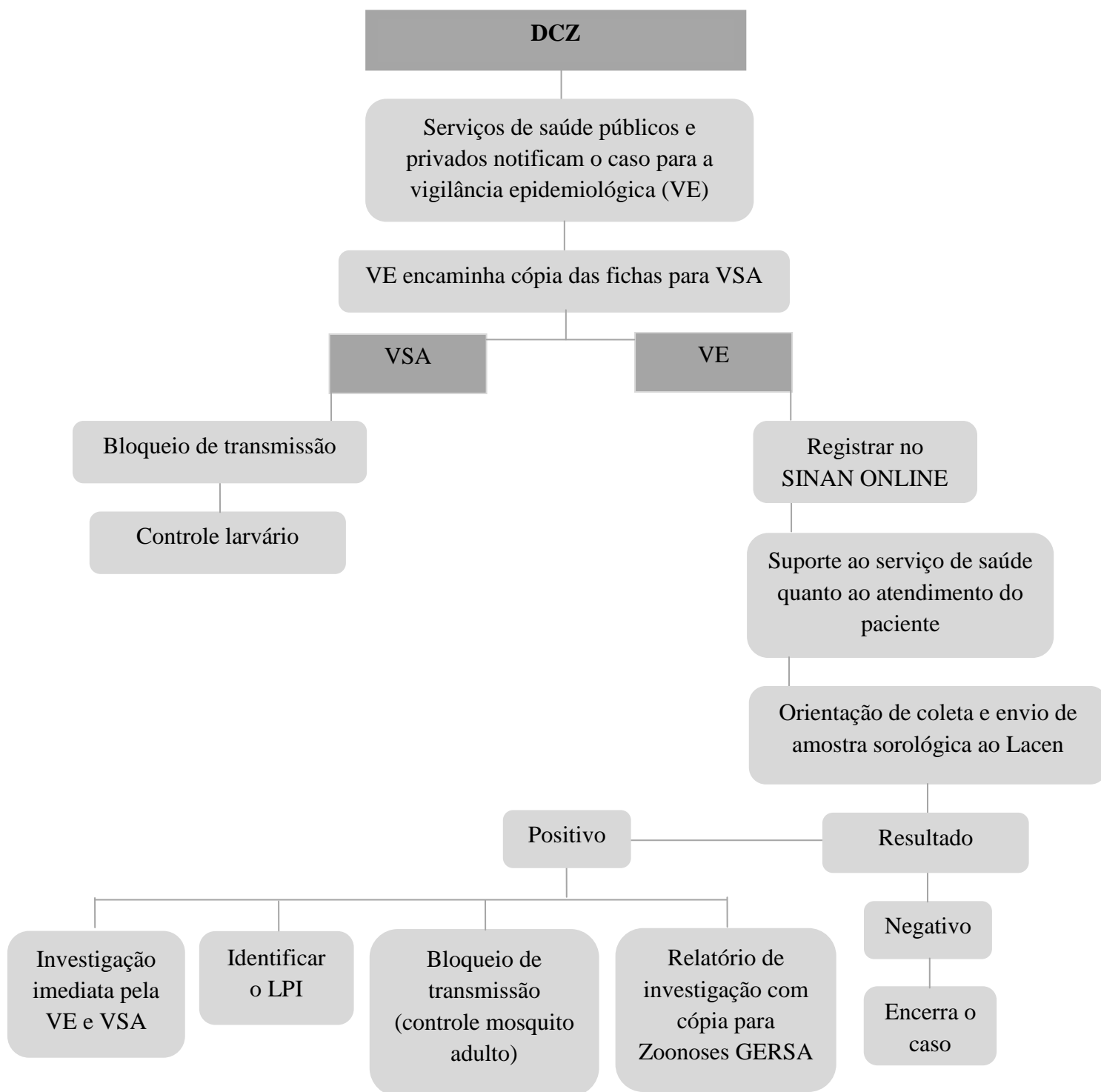
Documentos de referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância e controle do *Aedes aegypti***:

orientações técnicas para pessoal de campo. Rev. 2019.		
Elaborado por Francis Maira Schabat	Revisado por	Aprovado por Douglas Michel Müller Fritzen

Figura 1 – Fluxograma de atendimento e investigação



Anexo 1 – Fichas de notificação e investigação SINAN

ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde – SUS

CADASTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO – SINAN

Nº **4827976**

DADOS GERAIS

1 - Tipo de Notificação: 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma

2 - Agravado/a: 3 - Data da Notificação

4 - UF: 5 - Município de Notificação: Código (IBGE):

6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): Código: 7 - Data dos Primeiros Sintomas:

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

8 - Nome do Paciente:

9 - Data de Nascimento:

10 - (ou) Idade: Sexo: M. Masculino F. Feminino 11 - Gestante: 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não sabe 12 - Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Indígena 5 - Não se aplica

14 - Escolaridade: 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (anexo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (anexo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (anexo secundário ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (anexo secundário ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 - Número do Cartão SUS: 16 - Nome da mãe:

NOTIFICAÇÃO DE SURTO

17 - Data dos 1ºs Surtos: 18 - Local Inicial de Ocorrência do Surto:

19 - Local Inicial de Ocorrência do Surto: 1 - Residência 2 - Hospital/Unidade de Saúde 3 - Creche/Escola 4 - Asilo 5 - Outras instituições (abrigamento, trabalho) 6 - Restaurante/Padaria 7 - Eventos 8 - Casos dispersos no bairro 9 - Casos dispersos pelo município 10 - Casos dispersos em mais de um município 11 - Outros:

DADOS DE RESIDÊNCIA

20 - UF: 21 - Município de Residência: Código (IBGE): 22 - Distrito:

23 - Bairro: 24 - Logradouro (rua, avenida, ...):

25 - Número: 26 - Complemento (apart., casa, ...): 27 - Geo campo 1:

28 - Geo campo 2: 29 - Ponto de Referência: 30 - CEP:

31 - (DDD) Telefone: 32 - Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorada 33 - País (se residente fora do Brasil):

NOTIFICAÇÃO

Município/Unidade de Saúde:

Nome: Função: Assinatura:

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA Nº

Caso suspeito de 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, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de 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.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 1 - Individual 2 - Surto

2 Agravado/a: 1 - DENGUE 2 - CHIKUNGUNYA 3 Código (CID10): 4 Data da Notificação:

4 UF: 5 Município de Notificação: Código (IBGE):

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): Código: 7 Data dos Primeiros Sintomas:

8 Nome do Paciente: 9 Data de Nascimento:

10 (ou) Idade: Sexo: M. Masculino F. Feminino 11 Gestante: 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não se aplica 12 Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Indígena 5 - Não se aplica

14 Escolaridade: 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (anexo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (anexo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (anexo secundário ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (anexo secundário ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 Número do Cartão SUS: 16 Nome da mãe:

Dados de Residência

17 UF: 18 Município de Residência: Código (IBGE): 19 Distrito:

20 Bairro: 21 Logradouro (rua, avenida, ...): Código:

22 Número: 23 Complemento (apto., casa, ...): 24 Geo campo 1:

25 Geo campo 2: 26 Ponto de Referência: 27 CEP:

28 (DDD) Telefone: 29 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorada 30 País (se residente fora do Brasil):

Dados clínicos e laboratoriais

31 Data da Investigação: 32 Ocupação:

Dados clínicos

33 Sinais clínicos e achados laboratoriais inespecíficos: 1-Sim 2-Não

Febre Cefaleia Vômito Dor nas costas Artrite Petéquias Prova do laço positiva

Mialgia Exantema Náuseas Conjuntivite Artralgia intensa Leucopenia Dor retroorbital

34 Doenças pré-existentes: 1-Sim 2-Não 3-Ignorado

Diabetes Hepatopatias Hipertensão arterial Doenças auto-imunes

Doenças hematológicas Doença renal crônica Doença ácido-péptica

Dados laboratoriais

Sorologia (IgM) Chikungunya

35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1): 36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2): 37 Data da Coleta: 38 Resultado: 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

Sorologia (IgM) Dengue

39 Data da Coleta: 40 Resultado: 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

41 Data da Coleta: 42 Resultado: 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

43 Isolamento: 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

44 Resultado: 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

45 RT-PCR: 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

46 Resultado: 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

47 Sorotipo: 1 - DENV 1 2 - DENV 2 3 - DENV 3 4 - DENV 4

48 Histopatologia: 1 - Compatível 2 - Incompatível 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

49 Imunohistoquímica: 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Chikungunya/Dengue SINAN Online SVS 01/09/2014

Apêndice 1 – Relatório de investigação



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ
VIGILÂNCIA EM SAÚDE/EPIDEMIOLOGIA

INVESTIGAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE DOENÇA FEBRIL AGUDA

- Dengue Chikungunya Zika Febre amarela Malária Leptospirose
 Hantavirose

Identificação

Paciente: _____	Nº Sinan: _____/_____
Data da investigação: ____/____/____	Data de nascimento: ____/____/____
Endereço: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	Telefone: () _____ / () _____
Ocupação: _____	

Dados Clínicos

<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Hipotensão
<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal	<input type="checkbox"/> Dor torácica
<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Alterações respiratórias	<input type="checkbox"/> Sintomas neurológicos
<input type="checkbox"/> Prostração	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Choque
<input type="checkbox"/> Dor na panturrilha	<input type="checkbox"/> Hemorragia pulmonar	<input type="checkbox"/> Tontura/vertigem
<input type="checkbox"/> Congestão conjuntival	<input type="checkbox"/> Outras hemorragias	<input type="checkbox"/> Astenia
<input type="checkbox"/> Náuseas/Vômito	<input type="checkbox"/> Meningismo	<input type="checkbox"/> Alterações cardíacas
<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Tosse seca	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca
<input type="checkbox"/> Dor lombar (região dos rins)	<input type="checkbox"/> Petéquias	<input type="checkbox"/> Dor abdominal
<input type="checkbox"/> Outros, quais? _____		
Início dos sinais e sintomas ____/____/____		
Ocorreu hospitalização: sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nome do Hospital _____		
Data: ____/____/____		
Doenças pré existentes: Diabetes <input type="checkbox"/> Doença reumática <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/>		
Cardiopatia <input type="checkbox"/> Doença vascular <input type="checkbox"/> Outras: _____		
Medicação de uso contínuo: sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual: _____		
Medicações utilizadas: _____		



Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Doença de Chagas

Descrição

É uma antroponose causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* (Chagas, 1909) transmitido por triatomíneos, popularmente conhecidos como barbeiro, percevejo, bicho-de-parede. Possui elevada prevalência e expressiva morbimortalidade e 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.

Sinais e sintomas

Fase aguda (inicial)

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

Sintomatologia inespecífica - 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 leve a moderada intensidade.

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.

Diagnóstico diferencial

Fase aguda: leishmaniose visceral, malária, dengue, toxoplasmose, mononucleose infecciosa, esquistossomose aguda, infecção por coxsakievírus, sepse e doenças autoimunes. Também doenças que podem cursar com eventos íctero-hemorrágicos, como leptospirose, dengue, febre amarela e outras arboviroses, meningococemia, hepatites virais, febre purpúrica brasileira, hantaviroses e rickettsioses.

Reservatório

Espécies de mamíferos (silvestres e domésticos) como quatis, gambás e tatus, que se aproximam de casas no meio rural (galinheiros, currais, depósitos); espécies de morcegos, por compartilharem ambientes comuns ao homem e animais domésticos.

Transmissão

O vetor ao se alimentar em mamíferos infectados com elevadas taxas de *T. cruzi*, pode se infectar e, ao se alimentar novamente, infecta outro mamífero, inclusive o homem.

As formas habituais de transmissão de *T. cruzi* para o homem são as listadas a seguir.

Vetorial – acontece pelo contato do homem com as excretas contaminadas dos triatomíneos, que, ao picarem os vertebrados, costumam defecar após o repasto, eliminando formas infectantes do parasito, que penetram pelo orifício da picada, mucosas ou por solução de continuidade deixada pelo ato de coçar.

Vertical – ocorre, principalmente, pela via transplacentária e pode ocorrer em qualquer fase da doença (aguda ou crônica). A transmissão pode ocorrer durante a gestação ou no momento do parto. Há possibilidade de transmissão pelo leite, durante a fase aguda da doença. Já em nutrízes na fase crônica, a transmissão durante a amamentação pode ocorrer em casos de sangramento por fissura mamária e não propriamente pelo leite.

Por via oral – quando há ingestão de alimentos contaminados acidentalmente com o parasito, seja o triatomíneo ou suas fezes. Também pode ocorrer por meio da ingestão de carne crua ou mal cozida de caça

ou alimentos contaminados pela secreção das glândulas anais de marsupiais infectados.

Transfusional – no Brasil, devido à efetividade do controle dos serviços de hemoterapia e, conseqüentemente, maior qualidade do sangue para transfusão, tem-se alcançado significativo impacto no controle da transmissão transfusional do *T. cruzi*.

Por transplante de órgãos – a doença, em sua fase aguda, apresenta-se mais grave, uma vez que os receptores são submetidos à terapia imunossupressora.

Por acidentes laboratoriais – acidentes laboratoriais também podem ocorrer devido a contato com culturas de *T. cruzi*, exposição às fezes de triatomíneos contaminadas ou sangue (de casos humanos ou de animais) contendo formas infectantes do parasito.

Por outras formas acidentais – foram registrados casos, principalmente em crianças, pela ingestão acidental do triatomíneo e/ou contato direto com as excretas do inseto contaminado com *T. cruzi*.

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 o parasito no sangue, nos tecidos e órgãos, durante toda a vida.

Procedimentos gerais

1. Doença de chagas agudo (com até 30 dias de início dos sintomas)

1.1 VE deve verificar o histórico de viagens do paciente para área de risco e/ou ocorrência da doença.

1.2 VE deve comunicar imediatamente o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado.

1.3 Confirmação da suspeita do caso: VE deve verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das fichas do SINAN (Anexo 1).

1.4 VE deve solicitar a coleta da amostra biológica para confirmação de diagnóstico laboratorial e requisição no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, pelo serviço de saúde.

Material biológico	Acondicionamento	Tempo para chegada ao	Observações	Encaminhar
Sangue total (1 tubo)	2 a 8°C	Até 3 dias Lacen	Microscopia (hemoparasitológico) para pesquisa de <i>T.</i>	Lacen Florianópolis Correio de 2ª a 5ª

			<i>cruzi)</i>	feira; A noite, finais de semana e feriados – comunicar o sobrevivo da GERSA.
--	--	--	---------------	--

2. VE e UBS devem verificar o estado geral do paciente: solicitar exames laboratoriais complementares: hemograma completo com plaquetas, urinálise (EAS), provas de função hepática, radiografia de tórax, eletrocardiografia convencional, provas de coagulação (TTPA), endoscopia digestiva alta, ecodopplercardiografia, exame de líquido.

3. VE deve comunicar a Vigilância em Saúde Ambiental.

4. Realizar investigação epidemiológica e ambiental do caso o quanto antes, através de visita domiciliar realizada pela VE e VSA.

4.1 Assegurar que o paciente esteja assistido pelo serviço de saúde.

4.2 Busca ativa de novos casos.

4.3 Orientar quanto à doença, modo transmissão, sinais e sintomas, medidas de prevenção.

4.4 Investigar as exposições de risco para a doença, tentando identificar o local provável da infecção.

4.5 Enviar o relatório da investigação para o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado e para a Gerência de Vigilância em Saúde.

6. Resultado laboratorial

6.1 Obter o laudo pelo Sistema Gal.

6.2 Detecção de IgM e IgG (IgG coletar duas amostras com intervalo mínimo de 15 dias).

6.2.1 IgG: soroconversão ou aumento de 2 ou mais títulos – confirmação de caso.

6.2.2 IgG: não reagente ou reagente sem aumento de 2 títulos – descartar o caso

6.3 VE deve registrar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET (somente os casos positivos).

6.4 VE deve comunicar imediatamente o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado, a Vigilância em Saúde Ambiental e a Gerência de Vigilância em Saúde.

7. Doença de chagas crônica (paciente assintomático, pré-transplante)

7.1 Pacientes com histórico da doença, porém sem exames comprobatórios, solicitar coleta de amostra biológica e cadastro da requisição no GAL, pelo serviço de saúde.

Material biológico	Acondicionamento	Tempo para chegada ao Lacen	Observações	Encaminhar
Soro (1 tubo)	2 a 8°C	Até 5 dias	Detecção de anticorpos anti- <i>T. cruzi</i> da classe IgG	Lacen Florianópolis Correio de 2ª a 5ª feira; A noite, finais de semana e feriados – comunicar o sobreaviso da GERSA.

8. Resultado laboratorial

8.1 Resultado positivo: duas sorologias IgG reagentes.

8.2 VE deve comunicar imediatamente o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado, a Vigilância em Saúde Ambiental e a Gerência de Vigilância em Saúde.

8.2 VE e VSA devem investigar as exposições de risco para a doença, tentando identificar o local provável da infecção e encaminhar as informações ao departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado.

8.3 Preencher a notificação e investigação do caso e digitar no SINAN.

9. Tratamento

9.1 O benznidazol é o fármaco de escolha disponível.

10. Critério de cura

10.1 Negativação sorológica.

10.1.1 Em casos agudos, recomenda-se realizar exames sorológicos convencionais (IgG) anualmente, por 5 anos, devendo-se encerrar a pesquisa quando dois exames sucessivos forem não reagentes.

10.1.2 Na fase crônica da doença, a rotina de realização de sorologia está dispensada.

11. Vigilância Entomológica

11.1 Recomenda-se o controle de populações de triatomíneos por meio da utilização de inseticidas (Manual de Controle de Pragas da VSA).

11.2 A indicação de borrifação deve considerar a espécie triatomínica encontrada nas pesquisas entomológicas no intra e/ou peridomicílio da unidade domiciliar, bem como seu comportamento e nível de domiciliação (Figura 1, 2 e 3).

11.3 No caso da indicação da borrifação, convém realizá-la nas paredes internas e externas do domicílio, além dos abrigos de animais ou anexos, quando possuírem superfícies de proteção (paredes) e cobertura superior (teto).

Documentos de referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

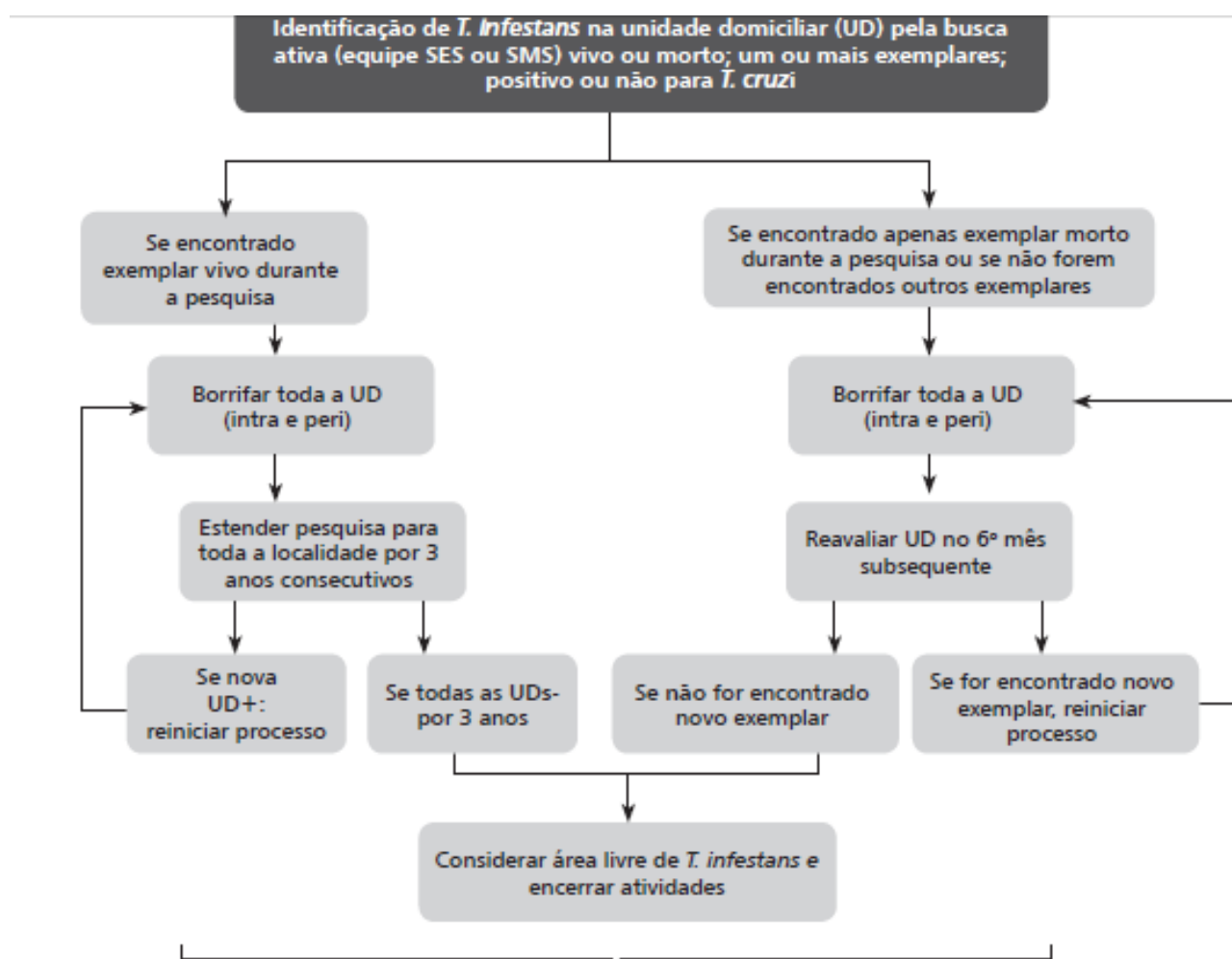
DIVE. Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/>>.

Elaborado por
Francis Maira Schabat

Revisado por

Aprovado por
Douglas Michel Müller
Fritzen

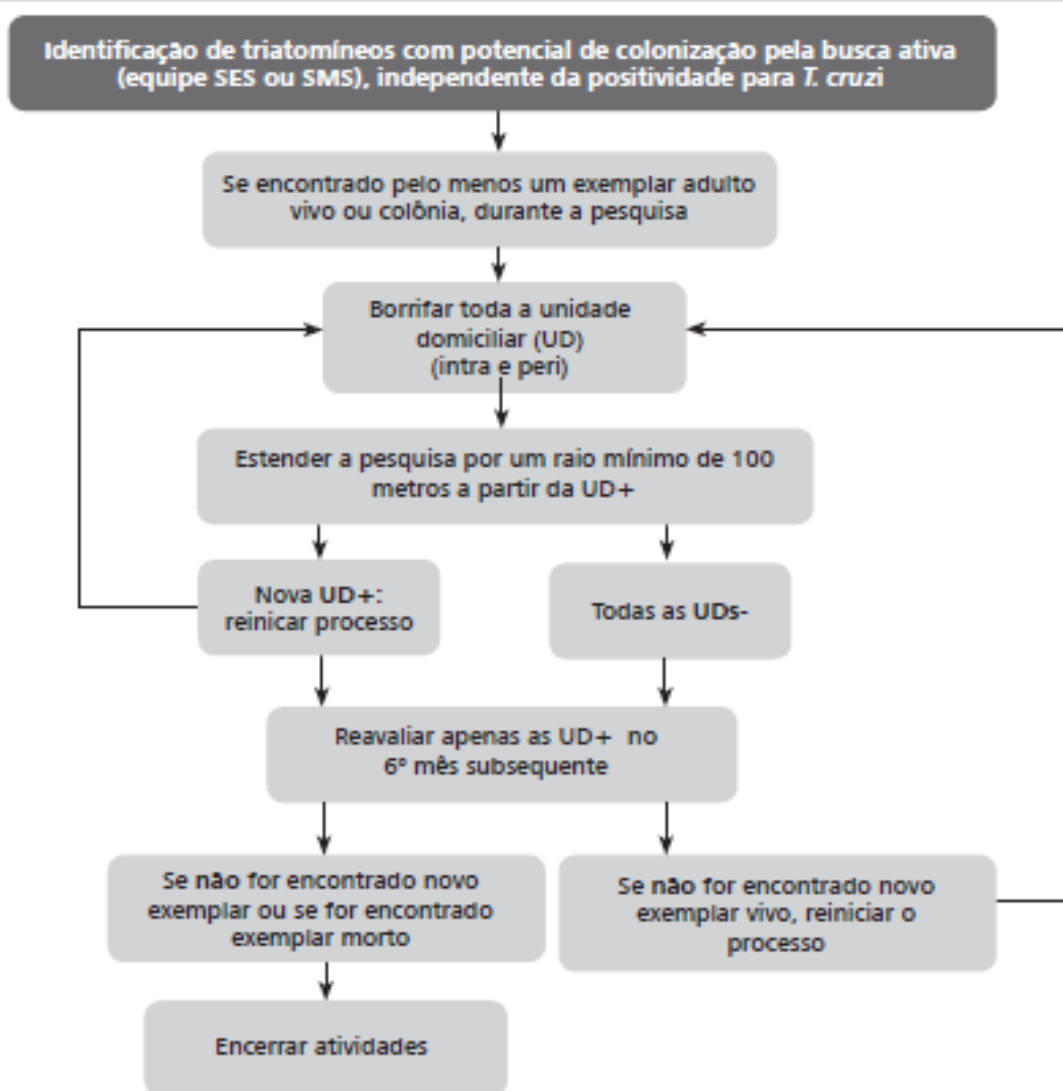
Figura 1 - Fluxograma de atendimento à busca ativa positiva para *Triatoma infestans*



É sugerida a utilização de medidas de proteção das casas e individual, manejo ambiental e orientações sobre boas práticas no manejo de alimentos consumidos *in natura*, visando à prevenção da doença de Chagas por transmissão oral.

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 2017.

Figura 2 - Fluxograma de atendimento à busca ativa positiva para espécies de triatomíneos capturados tanto em ecótopos silvestres como artificiais, com constituição frequente de colônias domiciliares: *Panstrongylus megistus* (Burmeister, 1835), *Triatoma brasiliensis* (Neiva, 1911), *Triatoma maculata* (Erichon, 1848), *Triatoma pseudomaculata* (Correa & Espínola, 1964), *Triatoma rubrovaria* (Blanchard, 1843), *Triatoma sordida* (Stal, 1859).

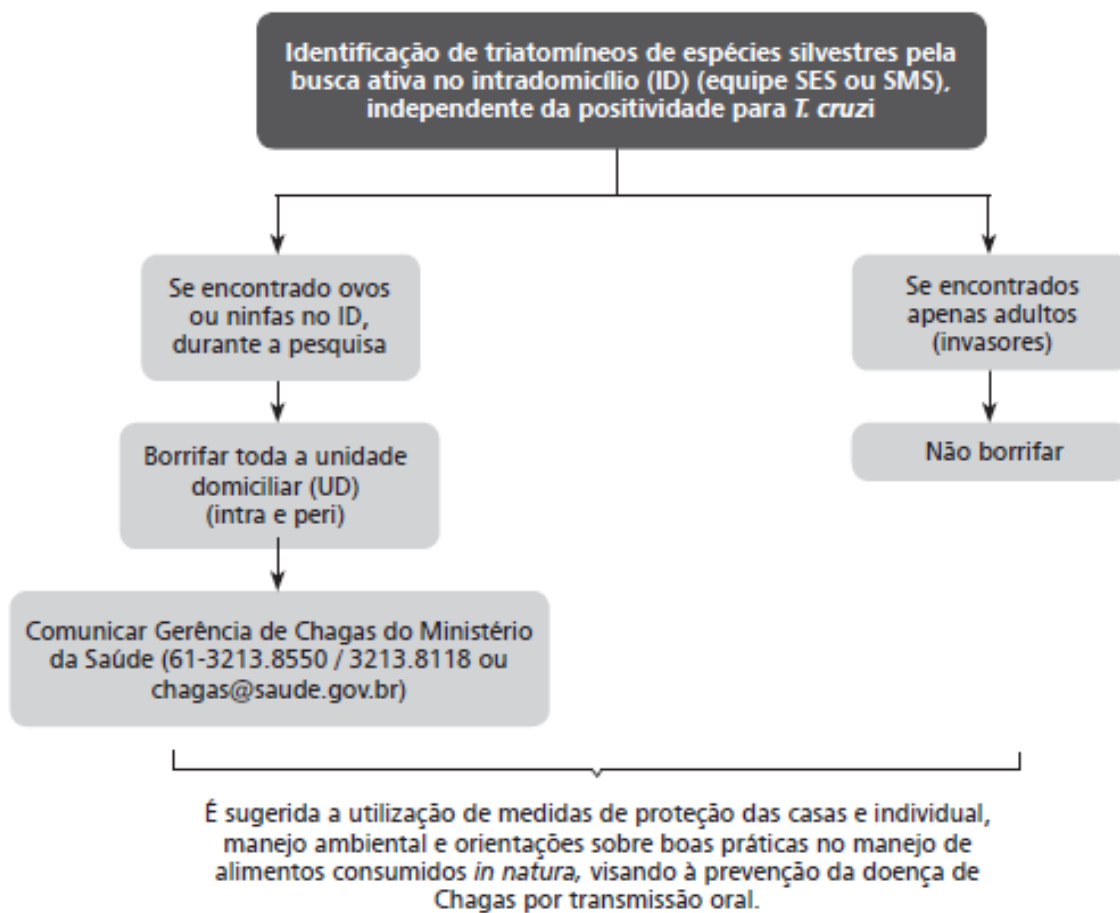


É sugerida a utilização de medidas de proteção das casas e individual, manejo ambiental e orientações sobre boas práticas no manejo de alimentos consumidos *in natura*, visando à prevenção da doença de Chagas por transmissão oral.

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 2017.

Figura 3 - Fluxograma de atendimento à busca ativa positiva para espécies de triatomíneos capturadas em domicílios, mas ainda predominantemente silvestres

Triatoma tibiamaculata (Pinto, 1926) *Triatoma vitticeps* (Stal, 1859), *Panstrongylus geniculatus* (Latreille, 1811), *Panstrongylus lutzi* (Neiva & Pinto, 1923), *Rhodnius domesticus* (Neiva & Pinto, 1923), *Rhodnius nasutus* (Stal, 1859), *Rhodnius neglectus* (Lent, 1953), *Rhodnius pictipes* (Stal, 1872), *Rhodnius robustus* (Larrousse, 1927), e outras.



Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 2017.



Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Febre amarela

Descrição

Doença infecciosa febril aguda, imunoprevenível. Arbovirose transmitida por vetores artrópodes (mosquitos) e possui dois ciclos epidemiológicos de transmissão distintos: silvestre e urbano.

Sinais e sintomas

Quadro febril agudo (até sete dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas. O quadro clínico típico caracteriza-se por manifestações de insuficiência hepática e renal.

Diagnóstico diferencial

Malária (verificar viagens para área endêmica), leptospirose, hepatites, febres hemorrágicas de etiologia viral, dengue, outras arboviroses, septicemias e outras doenças com curso íctero-hemorrágico.

Reservatório

No ciclo silvestre os primatas não humanos (macacos) são os principais hospedeiros e amplificadores do vírus. A notificação da morte de macacos deve servir como evento de alerta do risco de transmissão silvestre de febre amarela. No ciclo urbano, o homem é o único hospedeiro com importância epidemiológica.

Os mosquitos são considerados os verdadeiros reservatórios do vírus da febre amarela. Uma vez infectados, permanecem assim durante toda a vida.

Transmissão

O vírus é transmitido pela picada dos mosquitos transmissores infectados.

No ciclo urbano, a transmissão ocorre a partir do vetor urbano *Aedes aegypti*.

No ciclo silvestre, os transmissores são mosquitos dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*.

Não há transmissão de pessoa a pessoa.

Período de incubação

Varia de 3 a 6 dias, embora se considere que possa se estender até 15 dias.

Período de transmissibilidade

A viremia humana dura, no máximo, 7 dias, e vai de 24-48 horas antes do aparecimento dos sintomas até 3 a 5 dias após o início da doença.

No mosquito, após infectar-se, de 8 a 12 dias de incubação. A partir deste momento, a fêmea do mosquito é

capaz de transmitir o vírus amarelo até o final de sua vida (6 a 8 semanas).

Procedimentos gerais

1. VE e VSA devem verificar o histórico de viagens do paciente para área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootia confirmada em primatas não humanos ou isolamento de vírus em mosquitos vetores, nos últimos 15 dias.
2. VE deve verificar a situação vacinal do paciente - não vacinado contra a doença ou com estado vacinal ignorado.
3. VE ou VSA deve comunicar imediatamente o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado.
4. Confirmação da suspeita do caso: VE deve verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das fichas do SINAN (Anexo 1).
5. VE deve solicitar a coleta da amostra biológica para confirmação de diagnóstico laboratorial e requisição no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, pelo serviço de saúde.

Material biológico	Acondicionamento	Tempo para chegada ao Lacen	Observações	Encaminhar
Soro (1 tubo)	2 a 8°C	Preferencialmente no mesmo dia da coleta; máximo 5 dias		Lacen Florianópolis Correio de 2ª a 5ª feira; A noite, finais de semana e feriados – comunicar o sobreaviso da GERSA.

6. Realizar investigação epidemiológica e ambiental do caso o quanto antes, através de visita domiciliar realizada pela VE e VSA. Preencher relatório específico (Apêndice 1).
 - 6.1 Assegurar que o paciente esteja assistido pelo serviço de saúde.
 - 6.2 Busca ativa de novos casos.
 - 6.3 Orientar quanto à doença, modo transmissão, sinais e sintomas, medidas de prevenção.
 - 6.4 Investigar as exposições de risco para a doença, tentando identificar o local provável da infecção.
7. Enviar o relatório de investigação (Apêndice 1) devidamente preenchido para o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado e para a Gerência de Vigilância em Saúde.
8. VE deve registrar o caso no SINAN NET.

9. Controle vetorial

- 9.1 As ações adotadas pela VSA visam impedir a transmissão do ciclo urbano da doença e seguem as mesmas

recomendações técnicas do Programa Nacional de Combate a Dengue (PNCD) proposta pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). As medidas de controle vetorial de transmissão da febre amarela silvestre não são realizadas.

10. Vigilância de epizootias

10.1 Primatas não humanos de qualquer espécie, encontrado morto (incluindo ossadas) ou doente, deve-se realizar coleta de amostras do animal (fígado, baço, rim, pulmão, coração e linfonodos) por profissional Médico Veterinário capacitado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica Estadual (DIVE), e estas encaminhadas para análise laboratorial (Lacen) para confirmação da doença.

10.2 Coletar o material preferencialmente no local onde o animal foi encontrado doente ou morto devido ao risco de dispersão de agentes patogênicos.

10.3 Coletar amostra biológica (sangue/soro) de animais doentes e encaminhar ao Lacen.

Resultado laboratorial

1. Obter o laudo pelo Sistema Gal.

1.1 Resultado negativo: encerrar o caso.

1.2 Resultado positivo: Elisa IgM reagente.

1.3 Amostra com resultado inconclusivo, deve-se recoletar.

2. VE deve comunicar a UBS para acompanhamento e avaliação clínica do paciente; orientar quanto à recoleta da sorologia quando necessário; informar o setor de Zoonoses sobre as condutas a serem tomadas e enviar cópia do laudo.

Esquema vacinal para a febre amarela, Ministério da Saúde

Uma dose da vacina é suficiente para imunizar-se ao longo da vida. Devem ser vacinadas as pessoas com idade entre 9 meses e 59 anos.

Contra indicações

- Crianças menores de nove meses de idade.
- Pacientes com imunodepressão de qualquer natureza.
- Pacientes infectados pelo HIV com imunossupressão grave, com a contagem de células CD4 < 200 células/mm³ ou menos de 15% do total de linfócitos para crianças menores de 6 anos.
- Pacientes submetidos a transplante de órgãos.
- Pacientes com imunodeficiência primária.
- Pacientes com neoplasia.
- Indivíduos com história de reação anafilática relacionada a substâncias presentes na vacina (gelatina bovina, ovo de galinha e seus derivados).

- Pacientes com história progressiva de doenças do timo (miastenias graves, timoma, casos de ausência do timo ou remoção cirúrgica).
- Mulheres amamentando crianças menores de seis meses.

Documentos de referência

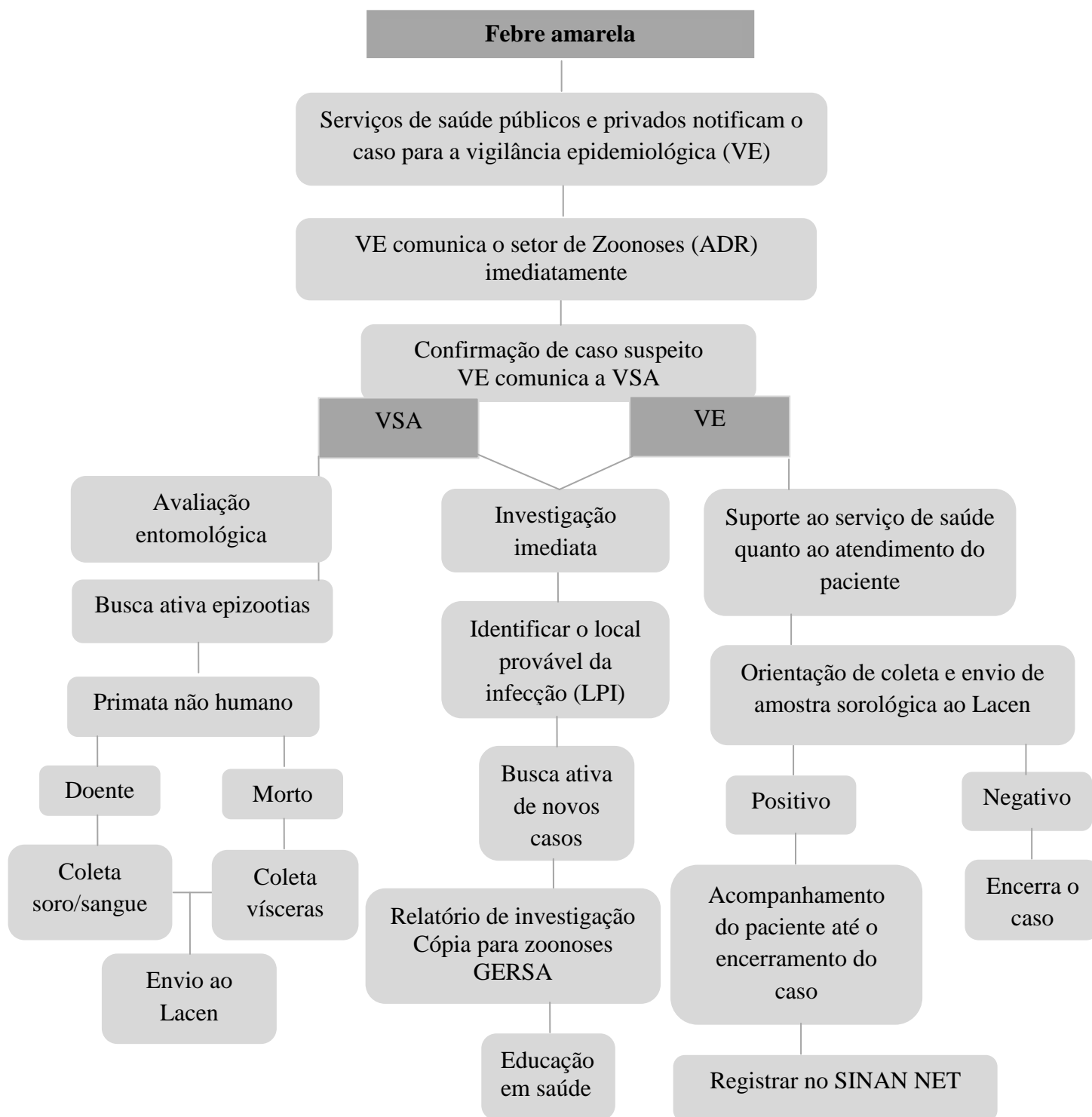
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

DIVE. Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/>>.

Elaborado por
Francis Maira Schabat

Revisado por

Aprovado por
Douglas Michel Müller
Fritzen

Figura 1 – Fluxograma de atendimento e investigação

Anexo 1 – Fichas de notificação e investigação SINAN

ESTADO DE SANTA CATARINA Secretaria de Estado da Saúde Sistema Único de Saúde – SUS		CADASTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO – SINAN	
DADOS GERAIS		Nº 4827976	
1 - Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 1 - Negativa <input type="checkbox"/> 2 - Individual <input type="checkbox"/> 3 - Surto <input type="checkbox"/> 4 - Inquérito Tracoma			
2 - Agravo/doença		3 - Data da Notificação	
4 - UF 5 - Município de Notificação Código (IBGE)			
6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código		7 - Data dos Primeiros Sinais	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL			
8 - Nome do Paciente		9 - Data de Nascimento	
10 - (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Menor <input type="checkbox"/> 2 - Adulto <input type="checkbox"/> 3 - Idoso <input type="checkbox"/> 4 - Não se aplica <input type="checkbox"/>			
11 - Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Não se aplica <input type="checkbox"/>			
12 - Gestante <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Não se aplica <input type="checkbox"/>			
13 - Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica <input type="checkbox"/>			
14 - Escolaridade <input type="checkbox"/> 0 - Analfabeto <input type="checkbox"/> 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2 - 4ª série completa do EF (anexo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4 - Ensino fundamental completo (anexo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5 - Ensino médio incompleto (anexo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6 - Ensino médio completo (anexo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7 - Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8 - Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 10 - Não se aplica <input type="checkbox"/>			
15 - Número do Cartão SUS		16 - Nome da mãe	
NOTIFICAÇÃO DE SURTO			
17 - Data da 1ª Síntese do Caso Suspeito		19 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
20 - Tipo de Caso Suspeito		21 - Hospital/Unidade de Saúde	
22 - Tipo de Caso Suspeito		23 - Creche/Escola	
23 - Tipo de Caso Suspeito		24 - Residência	
24 - Tipo de Caso Suspeito		25 - Assis	
25 - Tipo de Caso Suspeito		26 - Outras instituições (alugamento, trabalho)	
26 - Tipo de Caso Suspeito		27 - Restaurantes/Padarias	
27 - Tipo de Caso Suspeito		28 - Casas dispersas pelo município	
28 - Tipo de Caso Suspeito		29 - Casas dispersas em mais de um município	
29 - Tipo de Caso Suspeito		30 - Outros Específicos	
DADOS DE RESIDÊNCIA			
20 - UF 21 - Município de Residência Código (IBGE)		22 - Distrito	
23 - Bairro			
24 - Logradouro (rua, avenida, ...)		25 - Geo campo 1	
26 - Número		27 - Geo campo 2	
28 - Complemento (apart., casa, ...)		29 - Ponto de Referência	
30 - Geo campo 3		31 - CEP	
32 - (DDD) Telefone			
33 - Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorada		34 - País (se residente fora do Brasil)	
NOTIFICAÇÃO			
Município/Unidade de Saúde			
Nome		Assinatura	
Função		Assinatura	

ADP/09/05

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO	
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE FEBRE AMARELA		Nº	
CASO SUSPEITO: Indivíduo com quadro febril aguda (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente ou procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epidemias em primatas não humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, não vacinados contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.			
1 - Tipo de Notificação		2 - Individual	
2 - Agravo/doença		FEBRE AMARELA	
Código (CID 10)		3 - Data da Notificação	
4 - UF		5 - Município de Notificação	
Código (IBGE)		Código (IBGE)	
6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código		7 - Data dos Primeiros Sinais	
DADOS GERAIS			
8 - Nome do Paciente		9 - Data de Nascimento	
10 - (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Menor <input type="checkbox"/> 2 - Adulto <input type="checkbox"/> 3 - Idoso <input type="checkbox"/> 4 - Não se aplica <input type="checkbox"/>			
11 - Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Não se aplica <input type="checkbox"/>			
12 - Gestante <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Não se aplica <input type="checkbox"/>			
13 - Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica <input type="checkbox"/>			
14 - Escolaridade <input type="checkbox"/> 0 - Analfabeto <input type="checkbox"/> 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2 - 4ª série completa do EF (anexo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (anexo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4 - Ensino fundamental completo (anexo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5 - Ensino médio incompleto (anexo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6 - Ensino médio completo (anexo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7 - Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8 - Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 10 - Não se aplica <input type="checkbox"/>			
15 - Número do Cartão SUS		16 - Nome da mãe	
DADOS DE RESIDÊNCIA			
17 - UF		18 - Município de Residência	
Código (IBGE)		Código (IBGE)	
19 - Distrito			
20 - Bairro		21 - Logradouro (rua, avenida, ...)	
22 - Número		23 - Complemento (apto., casa, ...)	
24 - Geo campo 1		25 - Geo campo 2	
26 - Ponto de Referência		27 - CEP	
28 - (DDD) Telefone			
29 - Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorada		30 - País (se residente fora do Brasil)	
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO			
31 - Data da Investigação		32 - Ocupação	
33 - Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias			
Ocorrência de Epizootias (Montanhade macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, macos, macaco aranha, macaco prego, guigui, etc.)			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Isolamento de vírus em mosquitos			
Presença de mosquito Aedes aegypti em área urbana (Observar período de viremia do paciente)			
34 - Vacinado Contra Febre Amarela		35 - Caso Afirmativo, Data	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		UF	
36 - Município		37 - Unidade de Saúde	
Código (IBGE)		Código	
DADOS CLÍNICOS			
38 - Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Dor abdominal			
Sinais hemorrágicos (hematêmese, melena, epistaxe, gengivorragia, etc.)			
Sinal de Faget (temperatura alta e frequência cardíaca lenta)			
Distúrbios de excreção renal (oligúria ou anúria)			
39 - Ocorreu Hospitalização?		40 - Data da Interação	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		UF	
41 - Município		42 - Unidade de Saúde	
Código (IBGE)		Código	
DADOS DE LABORATÓRIO			
43 - Exames Inespecíficos (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)			
Bilirrubina Total _____ mg/dl		AST (TGO) _____ UI	
Bilirrubina Direta _____ mg/dl		ALT (TGP) _____ UI	
Febre Amarela		Sinan NET	
		SVS 17/01/2011	

Apêndice 1 – Relatório de investigação



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ
VIGILÂNCIA EM SAÚDE/EPIDEMIOLOGIA

INVESTIGAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE DOENÇA FEBRIL AGUDA

- Dengue Chikungunya Zika Febre amarela Malária Leptospirose
 Hantavirose

Identificação

Paciente: _____ N° Sinan: _____/_____
Data da investigação: ____/____/____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Telefone: () _____ / () _____
Ocupação: _____

Dados Clínicos

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Icterícia | <input type="checkbox"/> Hipotensão |
| <input type="checkbox"/> Mialgia | <input type="checkbox"/> Insuficiência renal | <input type="checkbox"/> Dor torácica |
| <input type="checkbox"/> Cefaleia | <input type="checkbox"/> Alterações respiratórias | <input type="checkbox"/> Sintomas neurológicos |
| <input type="checkbox"/> Prostração | <input type="checkbox"/> Dispnéia | <input type="checkbox"/> Choque |
| <input type="checkbox"/> Dor na panturrilha | <input type="checkbox"/> Hemorragia pulmonar | <input type="checkbox"/> Tontura/vertigem |
| <input type="checkbox"/> Congestão conjuntival | <input type="checkbox"/> Outras hemorragias | <input type="checkbox"/> Astenia |
| <input type="checkbox"/> Náuseas/Vômito | <input type="checkbox"/> Meningismo | <input type="checkbox"/> Alterações cardíacas |
| <input type="checkbox"/> Diarréia | <input type="checkbox"/> Tosse seca | <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Dor lombar (região dos rins) | <input type="checkbox"/> Petéquias | <input type="checkbox"/> Dor abdominal |

Outros, quais? _____

Início dos sinais e sintomas ____/____/____

Ocorreu hospitalização: sim Não Nome do Hospital _____

Data: ____/____/____

Doenças pré existentes: Diabetes Doença reumática Hipertensão arterial
Cardiopatia Doença vascular Outras: _____

Medicação de uso contínuo: sim Não Qual: _____

Medicações utilizadas: _____



Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Hantavirose

Descrição

Nas Américas, a hantavirose se manifesta sob diferentes formas, desde doença viral febril aguda inespecífica, até quadros pulmonares e cardiovasculares mais severos e característicos, podendo evoluir para a síndrome da angústia respiratória (SARA). Na América do Sul, foi observado importante comprometimento cardíaco, passando a ser denominada de síndrome cardiopulmonar por hantavírus (SCPH).

Sinais e sintomas

Febre, mialgia, cefaleia e insuficiência respiratória aguda de etiologia não determinada, na 1ª semana da doença OU paciente com enfermidade aguda e insuficiência respiratória aguda, com evolução para o óbito na 1ª semana da doença OU paciente com febre, mialgia, cefaleia e exposição a pelo menos uma situação de risco* até 60 dias anteriores ao início dos sintomas.

(*1. atividades de risco para a infecção por hantavírus ou 2. locais com roedores silvestres ou com condições ambientais favoráveis ao seu estabelecimento).

Diagnóstico diferencial

Leptospirose, influenza e parainfluenza, dengue, febre amarela e malária (verificar histórico de viagens) pneumonias (virais, bacterianas, fúngicas e atípicas), histoplasmose, pneumocistose, abdômen agudo de etiologia variada, SARA por outras etiologias, edema agudo de pulmão (cardiogênico), pneumonia intersticial por colagenopatias (lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide); doença broncopulmonar obstrutiva crônica (DBPOC).

Reservatórios

Roedores silvestres das espécies *Necromys lasiurus* (Lund, 1841), *Oligoryzomys nigripes* (Olfers, 1818) e *microtis* (Allen, 1916), *Calomys callidus* (Thomas, 1916) e *Holochilus sciurus* (Wagner, 1842). No roedor, a infecção pelo hantavírus não é letal, o que o torna um reservatório por longo período, provavelmente por toda a vida.

Transmissão

A infecção humana ocorre mais frequentemente pela inalação de aerossóis, formados a partir da urina, fezes e saliva de roedores infectados. Outras formas de transmissão, para a espécie humana, foram também descritas, porém pouco frequentes: por meio de escoriações cutâneas ou mordeduras de roedores; contato do vírus com

mucosa (conjuntival, boca ou nariz), mãos contaminadas com excretas de roedores.

Período de incubação

Em média, de uma a 5 semanas, com variação de 3 a 60 dias.

Procedimentos gerais

1. VE deve verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das fichas do SINAN (Anexo 1).
2. VE deve verificar se foi coletada amostra biológica para confirmação de diagnóstico laboratorial e requisição no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, pelo serviço de saúde.

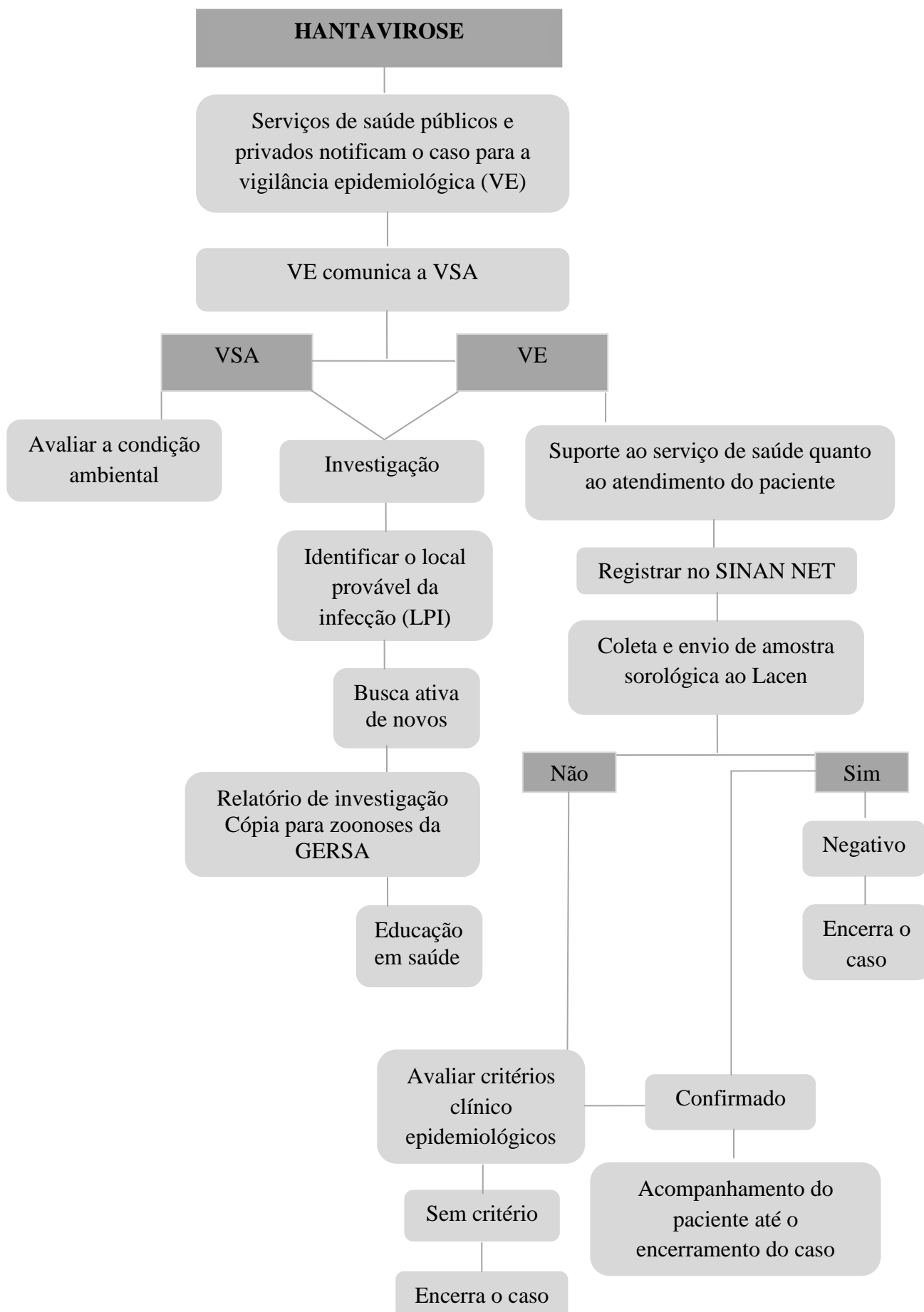
Material biológico	Acondicionamento	Tempo para chegada ao Lacen	Observações	Encaminhar
Soro (1 tubo)	2 a 8°C	5 dias		Lacen Florianópolis Correio de 2 ^a a 5 ^a feira; A noite, finais de semana e feriados – comunicar o sobrevisto da GERSA.

3. VE deve registrar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET.
4. VE deve comunicar a Vigilância em Saúde Ambiental.
5. Realizar investigação epidemiológica e ambiental do caso, através de visita domiciliar realizada pela VE e VSA. Preencher relatório específico (Apêndice 1).
 - 5.1 Assegurar que o paciente esteja assistido pela unidade de saúde.
 - 5.2 Orientar quanto à doença, modo transmissão, sinais e sintomas, medidas de prevenção.
 - 5.3 Investigar as exposições de risco para a doença, tentando identificar o local provável da infecção.
6. Enviar o apêndice 1 devidamente preenchido para o departamento de Zoonoses da 4^a Regional de Saúde do Estado e para a Gerência de Vigilância em Saúde.

Resultado laboratorial

1. Obter o laudo pelo Sistema Gal.
 - 1.1 Resultado negativo: encerrar o caso no SINAN.
 - 1.2 Resultado positivo: Elisa IgM ou PCR reagente.
 - 1.3 Amostra com resultado inconclusivo deve-se recoletar.
2. VE deve comunicar a UBS para acompanhamento e avaliação clínica do paciente; orientar quanto à recoleta da sorologia quando necessário; informar o setor de Zoonoses sobre as condutas a serem tomadas e

enviar cópia do laudo.		
Documentos de referência BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde . Brasília: Ministério da Saúde, 2017.		
DIVE. Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina. Disponível em: < http://www.dive.sc.gov.br/ >.		
Elaborado por Francis Maira Schabat	Revisado por	Aprovado por Douglas Michel Müller Fritzen

Figura 1 – Fluxograma de atendimento e investigação

Anexo 1 – Fichas de notificação e investigação SINAN

ESTADO DE SANTA CATARINA Secretaria de Estado da Saúde Sistema Único de Saúde – SUS		CADASTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO – SINAN	
DADOS GERAIS		Nº 4827976	
1 - Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 1 - Negativa <input type="checkbox"/> 2 - Individual <input type="checkbox"/> 3 - Surto <input type="checkbox"/> 4 - Inquérito Tracoma			
2 - Agravado/enfermidade			
4 - UF		5 - Município de Notificação	
6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 - Data dos Primeiros Sintomas	
8 - Nome do Paciente			
9 - Data de Nascimento			
10 - (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Sexo <input type="checkbox"/> 11 - Masculino <input type="checkbox"/> 12 - Gestante <input type="checkbox"/> 1 - 1ª trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - 4º trimestre 5 - Não se aplica 6 - Não se aplica 7 - Ignorado			
13 - Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 6 - Ignorado			
14 - Escolaridade <input type="checkbox"/> 1 - 1ª a 4ª série incompleta de EF (anexo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa de EF (anexo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta de EF (anexo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (anexo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (anexo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (anexo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
15 - Número do Cartão SUS			
16 - Nome da mãe			
NOTIFICAÇÃO DE SURTO			
17 - Data da 1ª Síntese de Caso Suspeito			
18 - Local Inicial de Ocorrência do Surto			
19 - Local de Residência			
20 - Local de Trabalho			
21 - Local de Estudo			
22 - Local de Lazer			
23 - Local de Outros			
24 - Outros			
25 - Outros			
26 - Outros			
27 - Outros			
28 - Outros			
29 - Outros			
30 - Outros			
31 - Outros			
32 - Outros			
33 - Outros			
34 - Outros			
35 - Outros			
36 - Outros			
37 - Outros			
38 - Outros			
39 - Outros			
40 - Outros			
41 - Outros			
42 - Outros			
43 - Outros			
44 - Outros			
45 - Outros			
46 - Outros			
47 - Outros			
48 - Outros			
49 - Outros			
50 - Outros			
51 - Outros			
52 - Outros			
53 - Outros			
54 - Outros			
55 - Outros			
56 - Outros			
57 - Outros			
58 - Outros			
59 - Outros			
60 - Outros			
61 - Outros			
62 - Outros			
63 - Outros			
64 - Outros			
65 - Outros			
66 - Outros			
67 - Outros			
68 - Outros			
69 - Outros			
70 - Outros			
71 - Outros			
72 - Outros			
73 - Outros			
74 - Outros			
75 - Outros			
76 - Outros			
77 - Outros			
78 - Outros			
79 - Outros			
80 - Outros			
81 - Outros			
82 - Outros			
83 - Outros			
84 - Outros			
85 - Outros			
86 - Outros			
87 - Outros			
88 - Outros			
89 - Outros			
90 - Outros			
91 - Outros			
92 - Outros			
93 - Outros			
94 - Outros			
95 - Outros			
96 - Outros			
97 - Outros			
98 - Outros			
99 - Outros			
100 - Outros			

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE INVESTIGAÇÃO HANTAVIROSE					
CASO SUSPEITO: Paciente com febre, mialgia, cefaleia e insuficiência respiratória aguda de etiologia não determinada, na 1ª semana da doença OU paciente com enfermidade aguda e insuficiência respiratória aguda, com evolução para o óbito na 1ª semana da doença OU paciente com febre, mialgia, cefaleia e exposição a pelo menos uma situação de risco* até 60 dias anteriores ao início dos sintomas (*1. atividades de risco para a infecção por hantavírus ou 2. locais com roedores silvestres ou com condições ambientais favoráveis ao seu estabelecimento).					
1 - Tipo de Notificação		2 - Individual			
2 - Agravado/enfermidade		HANTAVIROSE		Código (CID-10) 3 - Data da Notificação	
4 - UF		5 - Município de Notificação		Código (IBGE)	
6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7 - Data dos Primeiros Sintomas	
8 - Nome do Paciente					
9 - Data de Nascimento					
10 - (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Sexo <input type="checkbox"/> 11 - Masculino <input type="checkbox"/> 12 - Gestante <input type="checkbox"/> 1 - 1ª trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - 4º trimestre 5 - Não se aplica 6 - Não se aplica 7 - Ignorado					
13 - Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 6 - Ignorado					
14 - Escolaridade <input type="checkbox"/> 1 - 1ª a 4ª série incompleta de EF (anexo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa de EF (anexo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta de EF (anexo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (anexo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (anexo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (anexo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica					
15 - Número do Cartão SUS					
16 - Nome da mãe					
17 - UF					
18 - Município de Residência					
19 - Código (IBGE)					
20 - Distrito					
21 - Bairro					
22 - Logradouro (rua, avenida, ...)					
23 - Código					
24 - Número					
25 - Complemento (apto., casa, ...)					
26 - Geo campo 1					
27 - Geo campo 2					
28 - Ponto de Referência					
29 - CEP					
30 - (DDD) Telefone					
31 - Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Penurbana <input type="checkbox"/> 4 - Ignorada					
32 - País (se residente fora do Brasil)					
33 - Nome da Unidade de Saúde					
34 - Função					
35 - Assinatura					
36 - Assinatura					
37 - Assinatura					
38 - Assinatura					
39 - Assinatura					
40 - Assinatura					
41 - Assinatura					
42 - Assinatura					
43 - Assinatura					
44 - Assinatura					
45 - Assinatura					
46 - Assinatura					
47 - Assinatura					
48 - Assinatura					
49 - Assinatura					
50 - Assinatura					
51 - Assinatura					
52 - Assinatura					
53 - Assinatura					
54 - Assinatura					
55 - Assinatura					
56 - Assinatura					
57 - Assinatura					
58 - Assinatura					
59 - Assinatura					
60 - Assinatura					
61 - Assinatura					
62 - Assinatura					
63 - Assinatura					
64 - Assinatura					
65 - Assinatura					
66 - Assinatura					
67 - Assinatura					
68 - Assinatura					
69 - Assinatura					
70 - Assinatura					
71 - Assinatura					
72 - Assinatura					
73 - Assinatura					
74 - Assinatura					
75 - Assinatura					
76 - Assinatura					
77 - Assinatura					
78 - Assinatura					
79 - Assinatura					
80 - Assinatura					
81 - Assinatura					
82 - Assinatura					
83 - Assinatura					
84 - Assinatura					
85 - Assinatura					
86 - Assinatura					
87 - Assinatura					
88 - Assinatura					
89 - Assinatura					
90 - Assinatura					
91 - Assinatura					
92 - Assinatura					
93 - Assinatura					
94 - Assinatura					
95 - Assinatura					
96 - Assinatura					
97 - Assinatura					
98 - Assinatura					
99 - Assinatura					
100 - Assinatura					

Apêndice 1 – Relatório de investigação



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ
VIGILÂNCIA EM SAÚDE/EPIDEMIOLOGIA

INVESTIGAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE DOENÇA FEBRIL AGUDA

- Dengue Chikungunya Zika Febre amarela Malária Leptospirose
 Hantavirose

Identificação

Paciente: _____	Nº Sinan: _____/_____	
Data da investigação: ____/____/____	Data de nascimento: ____/____/____	Idade: ____
Endereço: _____	Bairro: _____	
Cidade: _____	Telefone: () _____ / () _____	
Ocupação: _____		

Dados Clínicos

<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Hipotensão
<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal	<input type="checkbox"/> Dor torácica
<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Alterações respiratórias	<input type="checkbox"/> Sintomas neurológicos
<input type="checkbox"/> Prostração	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Choque
<input type="checkbox"/> Dor na panturrilha	<input type="checkbox"/> Hemorragia pulmonar	<input type="checkbox"/> Tontura/vertigem
<input type="checkbox"/> Congestão conjuntival	<input type="checkbox"/> Outras hemorragias	<input type="checkbox"/> Astenia
<input type="checkbox"/> Náuseas/Vômito	<input type="checkbox"/> Meningismo	<input type="checkbox"/> Alterações cardíacas
<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Tosse seca	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca
<input type="checkbox"/> Dor lombar (região dos rins)	<input type="checkbox"/> Petéquias	<input type="checkbox"/> Dor abdominal
<input type="checkbox"/> Outros, quais? _____		
Início dos sinais e sintomas ____/____/____		
Ocorreu hospitalização: sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nome do Hospital _____		
Data: ____/____/____		
Doenças pré existentes: Diabetes <input type="checkbox"/> Doença reumática <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/>		
Cardiopatia <input type="checkbox"/> Doença vascular <input type="checkbox"/> Outras: _____		
Medicação de uso contínuo: sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual: _____		

Medicações utilizadas: _____		



Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Leishmaniose Visceral Canina (LVC)

Descrição

Doença infecciosa causada por protozoários da espécie *Leishmania infantum* (Nicole, 1908), transmitido por espécies de flebotomíneos, e acomete mamíferos domésticos e silvestres tornando-os reservatórios.

A LVC é uma doença sistêmica grave que compromete as vísceras, de início silencioso e evolução lenta. Os sinais clínicos dependem da resposta imune de cada animal. De acordo com os sinais clínicos, podemos classificar:

a) Cães assintomáticos: ausência de sinais clínicos;

b) Cães oligossintomáticos: poucos sintomas, podendo apresentar adenopatia linfóide, pequena perda de peso e pelo opaco;

c) Cães sintomáticos: podem apresentar todos ou alguns sinais mais comuns da doença. Além de adenopatia linfóide, perda de peso e pelo opaco, alterações cutâneas (alopecia, eczema furfuráceo, úlceras e hiperqueratose), onicogribose (crescimento exagerado das unhas), emagrecimento acentuado, ceratoconjuntivite paresia de membros posteriores.

Sinais e sintomas (caso suspeito)

Cão que apresente pelo menos um dos três seguintes sinais:

- descamação (região periocular e bordas da orelha);
- úlceras de pele (geralmente nas extremidades);
- onicogribose (alongamento das unhas);

Associado(s) **a dois ou mais** dos seguintes sintomas:

- ceratoconjuntivite;
- coriza;
- apatia;
- emagrecimento/caquexia;
- diarreia;
- hemorragia intestinal;
- vômitos;

- edema das patas;
- paresia das patas posteriores.

E com pelo menos 1 (um) dos seguintes vínculos epidemiológicos:

- Procedência de área enzoótica, endêmica ou de ocorrência de surto em humanos e/ou animais no Brasil ou em outros países;
- Procedência do município de Florianópolis;
- Deslocamento nos últimos 2 (dois) anos para área enzoótica, endêmica ou de ocorrência de casos em humanos ou animais;
- Deslocamento nos últimos 2 (dois) anos para o município de Florianópolis;
- Exposição à ambientes com mata (rural, silvestre, urbano ou periurbano);
- Animal com genitora procedente ou com histórico de deslocamento para uma das áreas acima descritas;
- Fêmea que tenha cruzado com macho procedente ou com histórico de deslocamento para uma das áreas acima descritas;
- Animal cuja procedência é desconhecida (errante).

Diagnóstico diferencial

Pela semelhança com outras enfermidades infecto-contagiosas que acometem os cães, o diagnóstico clínico é de difícil determinação, assim, a confirmação da doença é feita pelo diagnóstico laboratorial.

Reservatórios

Ambiente urbano: o cão é a principal fonte de infecção.

Ambiente silvestre: não existe comprovação de que haja uma espécie considerada reservatório natural da doença. No entanto, o protozoário já foi encontrado em cachorros do mato, marsupiais (gambás) e roedores silvestres.

Transmissão

A transmissão da doença se dá através da picada de fêmeas de flebotomíneos infectadas. Em Santa Catarina, os potenciais vetores envolvidos na manutenção da transmissão da doença são as espécies *Lutzomyia (Pintomyia) fischeri* (Pinto, 1926), *Lutzomyia (Migonemyia) migonei* (França, 1920), *Lutzomyia (Nyssomyia) neivai* (Pinto, 1926).

Período de incubação

Variável, de 3 meses a vários anos, com média de 3 a 7 meses.

Procedimentos gerais

1. Caso suspeito

1.1 Até a conclusão diagnóstica, a VE e/ou VSA devem orientar o uso ininterrupto de coleira impregnada com Deltametrina 4% no cão suspeito bem como os cães conviventes, e deve permanecer no local de moradia.

1.2 Coletar amostra biológica para a confirmação de diagnóstico laboratorial a qual deve ser encaminhada ao Lacen tempo oportuno, com Termo de Consentimento para a Coleta de Exame preenchido e assinado pelo proprietário/responsável/tutor (Anexo 1).

1.2.1 VE deve cadastrar a requisição no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL.

1.2.2 As duas técnicas sorológicas preconizadas pelo Ministério da Saúde são: teste imunocromatográfico (TR DPP®) e ELISA, sendo o primeiro um teste rápido para triagem e o segundo confirmatório.

1.2.2.1 O Lacen de Chapecó realiza o teste rápido, se positivo, encaminha para o Lacen Florianópolis realizar o teste confirmatório ELISA.

Material biológico	Acondicionamento	Tempo para chegada ao Lacen	Observações	Encaminhar
Soro (1 tubo)	2 a 8°C	Até 5 dias	Teste rápido	Lacen Chapecó; A noite, finais de semana e feriados – comunicar o sobreaviso da GERSA.
Soro (1 tubo)	2 a 8°C	Até 5 dias	Teste rápido positivo – encaminhar para teste confirmatório ELISA	Lacen Florianópolis; A noite, finais de semana e feriados – comunicar o sobreaviso da GERSA.

2. Proprietários/responsáveis/tutores que não autorizarem a testagem dos cães sob sua responsabilidade deverão assinar Termo de Recusa de Coleta de Amostra para Sorologia de Leishmaniose Visceral Canina (LVC) (Anexo 2) no qual expressarão ciência de que estarão sujeitos às sanções legais previstas.

3. VE deve comunicar imediatamente o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado encaminhando cópia da ficha de notificação/investigação e dos termos de autorização ou não de coleta da amostra sorológica.

4. VE e VSA devem iniciar a investigação preenchendo a Ficha de Notificação e Investigação de cão suspeito de LV (Anexo 3) buscando informações detalhadas visando identificar o LPI (local provável de infecção) do animal suspeito.

2. Caso canino sorologicamente reagente

2.1 Somente o primeiro caso autóctone de LVC do município a VE deve registrar no SINAN NET.

2.2 A Vigilância Epidemiológica das GERSA e a Divisão de Vetores/GEZOO deverão assessorar tecnicamente as Vigilâncias das SMS na execução das ações descritas, bem como auxiliá-las nos ajustes necessários.

2.3 Coletar amostra de cães conviventes para exame sorológico.

2.4 Emitir alerta e orientação aos médicos veterinários, das áreas pública e privada, para a suspeição de casos que atendam a definição de caso suspeito de LVC.

2.5 Realizar ações de educação em saúde para a população quanto ao conhecimento da doença, modo transmissão, sinais e sintomas, medidas de precaução e providências.

2.6 Realizar busca ativa de cães sintomáticos

2.6.1 A busca ativa é realizada no quarteirão de residência do cão sororreagente e nas casas dos quarteirões circunvizinhos que estão de frente para o quarteirão do caso, de modo que sejam contempladas no mínimo 40 (quarenta) casas, das quais 20 (vinte) no quarteirão do caso e 20 (vinte) distribuídas nos quatro quarteirões circunvizinhos. Esta ação deverá ser executada junto com um Médico Veterinário que é o profissional habilitado para avaliar os cães.

2.7 Caso autóctone

2.7.1 Realizar inquérito sorológico censitário canino no raio do foco, de no mínimo 100 cães e avaliar a necessidade de expandir essa área de acordo com a situação (distribuição de casos positivos em relação ao “caso índice” e a prevalência encontrada).

2.7.2 Em relação ao raio de 100 cães, este número poderá ser ajustado para mais ou para menos conforme os resultados encontrados no inquérito e a densidade de residências e de cães existentes. Por exemplo, em Zona Rural onde a densidade de cães é menor, poderá diminuir o número mínimo de animais do raio a ser trabalhado.

2.8 Caso importado

2.8.1 Avaliar em conjunto com a GERSA e Gerência de Vigilância de Zoonoses e Entomologia (GEZOO)/DIVE o resultado da busca ativa de cães sintomáticos no entorno do cão reagente.

3. Procedimento de eutanásia

3.1 O procedimento da eutanásia é a única medida direta recomendada no Manual de Vigilância, Prevenção e Controle de Zoonoses: Normas Técnicas e Operacionais do Ministério da Saúde de 2016 para o controle do reservatório canino, sendo uma decisão exclusiva do proprietário/responsável/tutor e autorizado pelo mesmo através do Termo de Ciência e Responsabilidade e Termo de Responsabilidade para a realização da eutanásia (Anexo 4 e 5).

3.2 O proprietário/responsável/tutor, a partir da ciência do resultado do exame laboratorial positivo para

LVC, tem o prazo de sete dias para responder à VE/SMS ou Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) sobre sua decisão sobre o destino do animal.

3.3 A realização da eutanásia deverá seguir o preconizado pela Resolução nº1000, de 11 de maio de 2012, do Conselho Federal de Medicina Veterinária que dispõe sobre os procedimentos e métodos de eutanásia em animais e dá outras providências. Os procedimentos de eutanásia, se mal empregados, estão sujeitos à legislação federal de crimes ambientais (Anexo 8 e 9).

3.4 A exceção à realização da eutanásia em cães com LVC será condicionada à existência de proprietário/responsável/tutor ou organização da sociedade civil responsável e deverá respeitar as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde devendo o acompanhamento destes casos ser realizado com o apoio conjunto da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Conselho Regional de Medicina Veterinária (CRMV).

3.5 Diante da recusa do proprietário/responsável/tutor em autorizar a eutanásia do cão com LVC, recomenda-se que este apresente em no **máximo 15** dias após ciência do diagnóstico positivo, o Médico Veterinário com registro ativo no Conselho Regional de Medicina Veterinária (CRMV), que se responsabilizará pelo tratamento do animal.

3.6 Assinatura do Termo de Responsabilidade para Recusa da Eutanásia e do Termo de Compromisso para Tratamento de Cão com Leishmaniose Visceral constando também se houver, a assinatura da pessoa física/organização da sociedade civil que se responsabilizarão em conjunto pelo animal (Anexo 6 e 7).

3.7 Realizar o tratamento do cão pelo tempo e periodicidade tecnicamente preconizados, com a medicação autorizada pelo Ministério da Agricultura Pecuária de Abastecimento (MAPA), a MILTEFOSINA, bem como a realização sequencial de exames de seguimento regulamentado em protocolo específico.

3.8 Apresentar a cada 6 (meses), de atestado de saúde do animal e manutenção da redução da carga parasitária, feito pelo Médico Veterinário responsável e apresentado a SMS.

3.9 O Médico Veterinário responsável pelo tratamento e acompanhamento da evolução clínica do animal poderá ser fiscalizado a qualquer tempo pelo CRMV.

3.10 Os cães submetidos a tratamento deverão **utilizar de forma ininterrupta** coleira impregnada com Deltrametrina 4% ou outro produto equivalente e tecnicamente reconhecido, sendo trocada de 4 em 4 meses ou conforme recomendação do fabricante.

3.11 Afastar o cão com LVC **no mínimo 500 metros da área silvestre (borda de mata)** limitando a circulação do mesmo ao período de menor atividade de flebotomíneo.

3.12 Caso ocorra mudança de domicílio, o proprietário/responsável/tutor deverá informar à SMS quanto ao novo destino e endereço do animal.

3.13 O proprietário/responsável/tutor que tenha animal positivo para LVC bem como outros moradores no entorno, deverão ser orientados a não introduzir/reintroduzir novos cães na área de transmissão **pelo prazo mínimo de 1 ano.**

3.14 O animal deverá ser castrado para evitar o nascimento de filhotes doentes.

3.15 A SMS deverá destinar uma equipe mínima para realizar visitas periódicas de certificação a fim de atestar a qualidade de albergagem do cão bem como se todas as medidas de controle e prevenção no local estão sendo seguidas conforme preconizado pelo Programa de Vigilância e Controle da leishmaniose visceral.

3.16 Na impossibilidade de manter integralmente o termo de exceção à eutanásia, deverá haver intervenção pelo poder público por meio administrativo ou judicial conforme o caso, para que o animal fique submetido às medidas sanitárias para controle da LV.

4. Tratamento

4.1 Não é uma medida recomendada pelo Ministério da Saúde, uma vez que mesmo tratados e com melhora dos sintomas, os animais se mantêm como reservatórios, abrigando o parasito em seus organismos, podendo transmiti-lo aos insetos vetores.

4.2 O licenciamento do medicamento MILTEFORAN foi emitido respeitando-se as determinações da Portaria Interministerial nº1.426 de 11 de julho de 2008, que regulamenta o tratamento de cães, proibindo tratamento da leishmaniose visceral (LV) com produtos de uso humano ou não registrados no MAPA. Cabe destacar que o tratamento de cães com LVC não se configura como uma medida de saúde pública para controle da doença e, portanto, trata-se única e exclusivamente de uma escolha do proprietário do animal, de caráter individual.

5.2 A vacina só está indicada para animais sadios, com sorologia negativa, para proteção individual do animal. Elas não têm efeito curativo.

6. Medidas de controle e prevenção

6.1 Eliminação do reservatório (cão sororreagente).

6.2 Manejo ambiental para a redução da proliferação de flebotomíneos

6.3 Atividades de educação em saúde.

6.4 Orientar os serviços de saúde envolvidos para o aprimoramento da identificação de outros casos com clínica semelhante/compatível na área próxima.

6.5 Capacitar os agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias para informar à população acerca da LV, seus sintomas e consequências, sua cadeia de transmissão e cuidados coletivos e individuais necessários ao bloqueio da transmissão da doença com foco principal nas condições ambientais que propiciem a proliferação do vetor.

7. Vigilância entomológica e controle vetorial

7.1 Realizar o levantamento entomológico a partir dos casos caninos e humanos de LV confirmados no intra e peridomicílio através do uso de armadilhas do tipo CDC para conhecer a fauna de flebotomíneos existente identificando as áreas de risco de transmissão de LV no município.

7.1.1 Colaborar na pesquisa entomológica (levantamento e/ou monitoramento) a ser realizada por técnicos do laboratório de entomologia da DIVE e de técnicos da GERSA.

7.2 Realizar o manejo ambiental em 100% das áreas com transmissão intensa e moderada por meio da mobilização da população e pactuações intersetoriais e interinstitucionais para medidas higiênico-sanitárias (limpeza de quintais, terrenos, destinação adequada do lixo, limpeza do local de abrigo de animais).

Documentos de referência

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Orientação para a Vigilância da Leishmaniose Visceral Canina (LVC)**. Florianópolis: 2018.

Elaborado por

Francis Maira Schabat

Revisado por:

Aprovado por:

Douglas Michel Müller
Fritzen

Anexo 1 – Termo de consentimento para coleta e análise da amostra canina



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica



ANEXO 06

Termo de Consentimento para Coleta e Análise da Amostra Canina

* uma ficha por animal sendo todos os campos de preenchimento obrigatório

Declaro que fui informado (a) e que recebi de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes para o Diagnóstico de Leishmaniose Visceral Canina (LVC) conduzido pela Secretaria de Saúde do Município de:

_____, UF: _____. Declaro também ter conhecimento e compreensão sobre

as implicações relacionadas a um possível resultado positivo para LVC.

Sendo assim, autorizo a coleta e análise do sangue do animal: _____ que se encontra sob a minha responsabilidade e propriedade:

1. Nome do proprietário/responsável/tutor: _____

2. RG: _____

3. CPF: _____

4. Endereço: _____ nº _____ Bairro: _____

5. Telefone(s) para contato: (____) _____ (____) _____

6. Local: _____ Data: ____/____/____

7. Assinatura _____

Baseado em: Termo de consentimento Livre Esclarecido, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA), 2005.

Para preenchimento posterior e exclusivo da Vigilância Epidemiológica
Situação da Amostra

8. Primeira Amostra () Segunda Amostra () Contra Prova () Outro: _____

Identificação da equipe de coleta:

9. Coletador: _____

10. Anotador: _____

11. Local de Coleta (caso a coleta ocorra em uma clínica particular): _____

Registro no GAL

12. Data do cadastro: ____/____/____

13. Nº do registro no GAL: _____

Anexo 2 - Termo de recusa de coleta de amostra biológica para diagnóstico da LVC



GOVERNO DE SANTA CATARINA
 Secretaria de Estado da Saúde
 Sistema Único de Saúde
 Superintendência de Vigilância em Saúde
 Diretoria de Vigilância Epidemiológica



MODELO DE TERMO DE RECUSA DE COLETA DE AMOSTRA BIOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO DA LVC

Venho por meio deste, DECLARAR que NÃO PERMITO REALIZAR A COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE PARA EXAME SOROLÓGICO DE LVC NO ANIMAL DE MINHA PROPRIEDADE.

Nome: _____
 Raça: _____ Espécie: _____
 Sexo: _____ Idade: _____
 Pelagem: _____

Estou ciente das consequências que esta decisão implica, em termos de Saúde Pública, e assumo os riscos das sanções legais, conforme Legislação Sanitária do Estado de Santa Catarina.

Nome: _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____
 RG: _____ CPF: _____

_____, _____ de _____ de _____.

 (Assinatura do proprietário do animal)

Anexo 3 - Ficha de Notificação e Investigação de cão suspeito de LV

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE CÃO SUSPEITO DE LV

Observação: Deverá ser utilizada uma ficha por animal, sendo todos os campos de preenchimento obrigatório.

Identificação do Animal	
1. Data da investigação: ___/___/___	
2. Tipo de entrada: () Inquérito amostral () Demanda espontânea () Busca ativa	
3. Nome do animal: _____	
4. Raça: _____	
5. Idade: _____ 6. Sexo: () Macho () Fêmea () Ignorado	
7. Pelagem: () Curta () Média () Longa 8. Cor da pelagem: _____	
9. Situação de moradia: () Domiciliado () Errante () Abrigo temporário	
10. Endereço atual: _____ nº: _____ Bairro: _____	
11. Município: _____ UF: _____	
12. Há quanto tempo reside no endereço atual? () dias () meses () anos	
13. Nome do proprietário/tutor/responsável: _____	
14. Documento do proprietário/tutor/responsável (nº): _____ Tipo: () RG () CPF () Outro: _____	
15. Telefone(s) para contato: () _____ () _____	
Histórico Familiar do Animal	
SOBRE O NASCIMENTO:	
16. País: _____ UF: _____ Município: _____	
Endereço: _____ nº: _____ Bairro/Localidade: _____	
SOBRE OS GENITORES:	
17. Possui genitor vivo? () Não () Sim () Ignorado / Caso afirmativo especificar: () Pai () Mãe.	
18. Convive (m) no mesmo endereço? () Sim () Não	
SOBRE OS IRMÃOS	
19. Possui irmãos? () Não () Sim () Ignorado	
20. Caso afirmativo, quantos irmãos? () nº fêmeas () nº machos	
21. Condição clínica dos irmãos: () sadios () suspeitos	
SOBRE OS CONVIVENTES	
22. Convive com outros cães? () Não () Sim.	
23. Caso afirmativo, quantos? _____ () nº fêmeas () nº machos	
24. São consanguíneos? () Não () Sim. Quantos são? _____	
25. Há quanto tempo convivem no mesmo endereço? _____	
26. Condição clínica dos cães conviventes: () Sadios () Suspeitos	

Histórico Clínico do Animal																					
27. Animal Sintomático? () Não () Sim																					
28. Caso sim, data do início dos sintomas: ___/___/___																					
29. Sintomas e Sinais: () Onicogribose (unhas grandes) () Descamação (região periorcular e bordas de orelhas) () Lesões/Alterações na pele (úlceras, queda de pelos, etc) () Ceratoconjuntivite () Aumento de Linfonodos () Apatia () Emagrecimento () Vômitos () Diarréia () Sinais hemorrágicos. Especificar: _____ () Edema de patas () Parésia de patas posteriores () Outros. Especificar: _____																					
30. Tomou vacina para LVC? () Não () Sim () Sem informação																					
31. Se sim, quando iniciou? ___/___/___ Quantas doses já tomou? _____																					
32. Realizou algum tratamento para LVC? () Não () Sim () Sem informação																					
Caso sim, qual esquema de tratamento realizado? _____																					
33. Possui Médico Veterinário responsável pelo tratamento? () Não () Sim																					
Caso sim, nome do profissional: _____ nºCRMV: _____																					
Telefone de contato: () _____																					
Estabelecimento: _____																					
34. Histórico de infecção/cirurgias atuais ou anteriores: _____ _____ _____																					
Histórico Epidemiológico do Animal																					
35. Houve deslocamento dentro ou fora do estado de Santa Catarina antes do aparecimento dos sintomas? () Não () Sim. Especificar: _____ _____																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Data de Ida</th> <th>Data de Retorno</th> <th>Município/Localidade/UF</th> <th>Tempo de permanência</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>___/___/___</td> <td>___/___/___</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>___/___/___</td> <td>___/___/___</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>___/___/___</td> <td>___/___/___</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>___/___/___</td> <td>___/___/___</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Data de Ida	Data de Retorno	Município/Localidade/UF	Tempo de permanência	___/___/___	___/___/___			___/___/___	___/___/___			___/___/___	___/___/___			___/___/___	___/___/___			
Data de Ida	Data de Retorno	Município/Localidade/UF	Tempo de permanência																		
___/___/___	___/___/___																				
___/___/___	___/___/___																				
___/___/___	___/___/___																				
___/___/___	___/___/___																				
36. O animal cruzou com outro animal procedente ou com histórico de deslocamento para uma das áreas																					
Investigação Ambiental do Domicílio ou Local de Permanência																					
37. Tipo de área: () Urbana () Rural () Periurbano () Assentamento () Terra indígena () Silvestre																					
38. Características da residência e entorno: () Presença de bananeiras. Distância aproximada: _____ () Presença de galinheiros. Distância aproximada: _____ () Presença de cursos d'água (cachoelras, rios, lagoas, etc). Distância aproximada: _____ () Quintal sombreado e/ou úmido () Janelas/portas teladas. Milimetragem aproximada: _____ () Presença de canil. Distância aproximada: _____ () Outros: _____																					

Exames Realizados	
39. Tipo de exame e resultado: DPP () Reagente () Não reagente Laboratório executor: _____ Data do diagnóstico: ___/___/___ ELISA () Reagente () Não reagente () Indeterminado Laboratório executor: _____ Data do diagnóstico: ___/___/___	
Situação final do cão	
40. Eutanasiado? () Não () Sim. Data da eutanásia: ___/___/___	
41. Será submetido a tratamento? () Não () Sim	
Caso sim, nome do Médico Veterinário responsável pelo tratamento: _____ Nº.CRMV: _____ Telefone para contato: _____	
Observações	
_____ _____ _____	

Anexo 4 – Termo de ciência e responsabilidade



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica



TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
 CPF _____, residente no endereço _____
 _____ declaro estar ciente sobre o diagnóstico positivo
 para Leishmaniose Visceral do cão de minha propriedade abaixo especificado, conforme exames
 laboratoriais recebidos nesta data.

Afirmo estar ciente também sobre as orientações acerca do destino do animal e dentro do
 prazo máximo de sete (7) dias informarei a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) sobre minha decisão.
 Caso opte pelo tratamento, estou ciente de que em quinze (15) dias da assinatura deste, devo levar
 a SMS atestado do Médico Veterinário responsável pelo tratamento. Durante este período mantere
 permanentemente o animal com coleira impregnada com Deltametrina 4% ou outra com eficácia
 comprovada como repelente para flebótomos.

Igualmente, declaro as especificações do referido animal, dato e assino o presente Termo de
 Responsabilidade conforme eu documento de identificação.

Nome: _____
 Raça: _____
 Sexo: _____
 Pelagem: _____
 Idade: _____

_____, ____ de _____ de _____.

 (Assinatura do proprietário do animal)

TESTEMUNHAS:

1° _____

2° _____

Anexo 5 – Termo de responsabilidade para a realização de eutanásia



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA REALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA

Venho por meio desta, DECLARAR que, por minha livre e espontânea iniciativa, autorizo a EUTANÁSIA DO ANIMAL DE MINHA PROPRIEDADE abaixo especificado, a ser realizada por Médico Veterinário conforme a Resolução nº 714 de 20 de junho de 2002 do Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV), nada havendo o que possa reclamar em qualquer oportunidade.

Igualmente, declaro as especificações do animal de minha propriedade, dato e assino o presente Termo de Responsabilidade de acordo com o meu documento de identificação.

Identificação do cão:

Nome: _____
 Raça: _____ Espécie: _____
 Sexo: _____ Idade: _____
 Pelagem: _____

Identificação do Proprietário:

Nome: _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____
 RG: _____ CPF: _____

_____, ____ de _____ de _____.

 (Assinatura do proprietário do animal)

Anexo 6 – Termo de responsabilidade para a recusa da eutanásia



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA A RECUSA DA EUTANÁSIA

Eu, _____ CPFnº. _____, residente no endereço _____ nº _____ Bairro: _____, declaro que RECUSO entregar o cão de minha propriedade/ responsabilidade para realização da eutanásia.

Estou ciente de que o animal apresentou diagnóstico positivo para Leishmaniose Visceral Canina (LVC) conforme exames laboratoriais já recebidos na data: ____/____/____.

1. O cão sororreagente deverá permanecer com uso ininterrupto de produto comprovadamente repelente para flebotomíneo, respeitando as reaplicações periódicas conforme orientações do fabricante;
2. Castrar o animal sororreagente. Enquanto a condição de saúde do animal impedir a cirurgia, o cão não poderá acasalar para evitar transmissão sexual e vertical da doença;
3. Permitir a microchipagem do cão pela autoridade sanitária municipal;
4. Manter o cão dentro do terreno, impedindo o livre trânsito do animal na via pública (o trânsito somente será permitido durante passeios no qual o animal permanecerá preso à guia);
5. Comunicar a autoridade sanitária em caso de óbito e/ou desaparecimento do animal sororreagente sob sua responsabilidade;
6. Manter o quintal limpo e livre de matéria orgânica (restos de folha, frutas, fezes de animais). Caso queira fazer compostagem, esta deverá ser somente em caixas fechadas;
7. Não fazer criação de aves de produção ou se existir, que a mesma fique afastada do domicílio por no mínimo 200m.

Estou ciente das consequências que esta decisão implica em termos de saúde pública e assumo os riscos das sanções legais que sobre mim possam ser impostas caso haja descumprimento.

Igualmente, declaro as especificações do animal de minha propriedade, dato e assino o presente termo de acordo com meu documento de identificação.

Nome do animal: _____

Raça: _____

Sexo: _____

Município: _____, _____ de _____ de _____


 (Assinatura do proprietário do animal)

TESTEMUNHAS:

1. _____

2. _____

Anexo 7 – Termo de compromisso para tratamento de cão com leishmaniose visceral

	GOVERNO DE SANTA CATARINA Secretaria de Estado da Saúde Sistema Único de Saúde Superintendência de Vigilância em Saúde Diretoria de Vigilância Epidemiológica	Data: _____
Termo de Compromisso para Tratamento de Cão com Leishmaniose Visceral		
Eu, _____,		CPF
_____, residente no endereço _____		
<p>_____ declaro estar ciente sobre o diagnóstico positivo para Leishmaniose Visceral (LVC) do cão de minha propriedade/responsabilidade. Afirmo estar ciente sobre as medidas de saúde pública dispostas na Portaria Interministerial nº 1.426 de 11 de julho de 2008 que proíbe o tratamento da LVC com produtos de uso humano ou não registrados no Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). O único medicamento aprovado para o tratamento da LVC no Brasil é a miltefosina (Milteforan®), devendo ser seguidas rigorosamente as recomendações da bula para garantia da eficácia do tratamento. Estou ciente que o animal deverá passar por avaliação veterinária periódica para comprovação da redução da carga parasitária e, conseqüentemente, da transmissibilidade da doença e que em 45 (quarenta e cinco) dias, devo apresentar atestado assinado pelo médico veterinário responsável pelo tratamento confirmando que este foi realizado com Milteforan®, acompanhado do número existente na etiqueta do produto que possibilita a rastreabilidade do medicamento. Para servir como base comparativa, deverei antes de iniciar o tratamento, apresentar laudo de exame do cão pela metodologia qPCR. Após o término do tratamento deverei apresentar os seguintes exames: hemograma, uréia, creatinina, proteína total e frações, qPCR e imunoistoquímica de borda de orelha para comprovação da eficácia do tratamento. Deverei ainda apresentar a cada 6 (seis) meses à Vigilância Epidemiológica, exames de hemograma, uréia, creatinina, proteína total e frações; e a cada 6 (seis) meses qPCR e imunoistoquímica de borda de orelha, acompanhados de atestado médico veterinário assegurando ausência de sinais clínicos. Caso necessário, um novo ciclo de administração do medicamento deverá ser iniciado. Além disso, me comprometo a manter meu cão com o uso ininterrupto de coleira repelente impregnada com Deltametrina 4% (atentando-se ao prazo de validade da mesma, disposto na bula do produto) e utilizar frequentemente produtos repelentes de flebótomos do tipo “pour on”. Todos os custos do tratamento serão de responsabilidade do proprietário do animal. As notas fiscais relativas à compra da coleira repelente impregnada com Deltametrina 4% deverão ser apresentadas juntamente com os exames a cada 6 (seis) meses.</p>		
Assinatura do proprietário do cão: _____		
Assinatura de testemunha 1: _____		
Assinatura de testemunha 2: _____		
1		

Anexo 8 – Termo de responsabilidade médico-veterinário



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica



TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICO-VETERINÁRIA

Para fins de ordem legal, autorizo a prática dos procedimentos veterinários e declaro que estou ciente dos riscos inerentes a qualquer prática anestésico-cirúrgico médico veterinária, a ser realizada no meu animal abaixo identificado.

Sendo assim, declaro as especificações do animal de minha propriedade, dato e assino o presente documento, com força de contrato de prestações de serviços médico-veterinários.

Identificação do Animal:

Nome: _____
 Raça: _____ Espécie: _____
 Sexo: _____ Idade: _____
 Pelagem: _____

Identificação do Proprietário:

Nome: _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____
 RG: _____ CPF: _____

_____, ____ de _____ de _____.

 (Assinatura do proprietário do animal)

Anexo 9 – Atestado de óbito do animal



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica



ATESTADO DE ÓBITO ANIMAL

Nome do Médico Veterinário:

Nome do Estabelecimento:

Endereço do Estabelecimento:

CRMV:

RG/CPF:

Identificação do animal:

Atesto para os devidos fins, que o animal de nome, espécie,
 raça, sexo, idade, pelagem
, foi a óbito, por meio de eutanásia, às horas do dia/...../.....
 no município de.....

Informações a respeito da causa mortis:

Animal sororreagente e/ou com exame parasitológico positivo para Leishmaniose Visceral.

Obs.: Realizada a eutanásia conforme recomendação do Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral/Ministério da Saúde.

Identificação do proprietário:

Nome:

RG:

CPF:

Endereço:

.....

....., de de

 Assinatura e carimbo do Médico Veterinário Responsável



**Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)
Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)**

Descrição

Doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoário do gênero *Leishmania*, que acomete pele e mucosas; é primeiramente, uma infecção zoonótica, que afeta outros animais que não o homem, o qual pode ser envolvido secundariamente.

Sinais e sintomas

Leishmaniose cutânea classifica-se:

Leishmaniose cutânea localizada: acometimento primário da pele. Caracterizada por apresentar lesões indolores, com formato arredondado ou ovalado, consistência firme, bordas bem delimitadas e elevadas, fundo avermelhado e com granulações grosseiras.

Leishmaniose cutânea disseminada: caracterizada pelo aparecimento de múltiplas lesões populares e de aparência acneiforme que acometem vários segmentos corporais, envolvendo com frequência a face e o tronco. O número de lesões pode alcançar centenas.

Forma recidiva cútis: ativação da lesão nas bordas, após cicatrização da lesão, mantendo-se o fundo com aspecto cicatricial.

Forma cutânea difusa: forma clínica rara e grave, que ocorre em pacientes com anergia, e deficiência específica na resposta imune celular a antígenos de *Leishmania*. Evolui de forma lenta com formação de placas e múltiplas nodulações não ulceradas recobrendo grandes extensões cutâneas.

Leishmaniose mucosa (ou mucocutânea): caracterizada pela presença de lesões destrutivas localizadas na mucosa, em geral nas vias aéreas superiores, com ou sem perfuração, podendo atingir lábios, palato e nasofaringe. Obstrução nasal, eliminação de crostas, epistaxe, disfagia, odinofagia, rouquidão, dispneia e tosse. Classifica-se:

Forma mucosa tardia: forma mais comum. pode surgir até vários anos após a cicatrização da forma cutânea.

Forma mucosa sem lesão cutânea prévia: provavelmente associada à infecção subclínica ou lesões cutâneas pequenas, não ulceradas, de evolução rápida e que teriam passado despercebidas em deixar cicatrizes perceptíveis.

Forma mucosa concomitante: ocorre ao mesmo tempo em que a lesão cutânea ativa. Investigar infecção pelo

HIV.

Forma mucosa contígua: propagação direta de lesão cutânea localizada próxima a orifícios naturais, para a mucosa das vias aerodigestivas.

Forma mucosa primária: ocorre pela picada do vetor na mucosa ou semimucosa em genitais.

Diagnóstico diferencial

Leishmaniose cutânea – sífilis, hanseníase, tuberculose, micobacterioses atípicas, paracoccidioidomicose, histoplasmose, lobomicose, esporotricose, cromoblastomicose, piodermites, rinoscleroma, granuloma facial de linha média, sarcoidose, lúpus eritematoso discoide, psoríase, infiltrado linfocítico de Jessner, vasculites, úlceras de estase venosa, úlceras decorrentes da anemia falciforme, picadas de insetos, granuloma por corpo estranho, ceratoacantoma, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, histiocitoma, linfoma cutâneo, outros tumores.

Leishmaniose mucosa – paracoccidioidomicose, carcinoma epidermoide, carcinoma basocelular, linfomas, rinofima, rinosporidiose, entomofotoromicose, hanseníase virchowiana, sífilis terciária, perfuração septal traumática ou por uso de drogas, rinite alérgica, sinusite, sarcoidose, granulomatose de Wegner e outras doenças mais raras.

Reservatórios

Foram descritas várias espécies de animais silvestres (roedores, marsupiais, edentados e canídeos silvestres), sinantrópicos (roedores) e domésticos, sendo o cão na área urbana a principal fonte de infecção.

Transmissão

As espécies de flebotomíneos (mosquitos) envolvidas na transmissão de protozoários causadores de LTA no Brasil são *Lutzomyia whitmani* (Antunes & Coutinho, 1939), *Lutzomyia intermedia* (Lutz & Neiva, 1912), *Lutzomyia umbratilis* (Ward & Fraiha, 1977), *Lutzomyia wellcomei* (Fraiha, Shaw & Lainson, 1971), *Lutzomyia flaviscutellata* (Mangabeira, 1942) e *Lutzomyia migonei* (França, 1920). A transmissão da doença se dá através da picada de fêmeas de flebotomíneos infectadas com três principais espécies de protozoários *Leishmania (Leishmania) amazonensis* (Lainson & Shaw, 1972), *Leishmania (Viannia) guyanensis* (Floch, 1954) e *Leishmania (Viannia) braziliensis* (Vianna, 1911).

Período de incubação

Em média de 2 meses, podendo apresentar períodos mais curtos (duas semanas) e mais longos (2 anos).

Procedimentos gerais

1. VE e/ou VSA devem verificar se há histórico de viagens do paciente para locais de ocorrência da doença, no período de seis meses anterior ao início dos sintomas.
2. Confirmação da suspeita do caso: VE deve verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das

fichas do SINAN (Anexo 1).

3. VE ou VSA deve comunicar imediatamente o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado.

4. Para a confirmação de caso por critérios laboratoriais

4.1 Teste de intradermoreação de Montenegro aplicado pela Vigilância Epidemiológica municipal.

4.2 Realizar a leitura do teste de Montenegro em 72 horas.

4.2.1 Resultado negativo encerra-se o caso. * Pode ser negativo nas primeiras quatro a seis semanas após o surgimento da lesão.

4.3 Na falta do teste de Montenegro, coletar amostra biológica conforme quadro abaixo.

Material biológico	Acondicionamento	Tempo para chegada ao Lacen	Observações	Encaminhar
Microscopia (parasitológico de lesão) – raspado de lesão imprint do fragmento da borda da lesão	- Lâmina de microscopia acondicionada em porta-lâmina. - Manter e enviar em temperatura ambiente	Até 72 horas		Lacen Florianópolis; A noite, finais de semana e feriados – comunicar o sobreaviso da GERSA.
Histopatologia; PCR – Fragmento de lesão, biópsia (uma amostra em álcool e uma em formol)	- Em tubo estéril com tampa rosqueada com 1 mL de álcool e formol. - Manter e enviar em temperatura ambiente	Até 72 horas		Lacen Florianópolis; A noite, finais de semana e feriados – comunicar o sobreaviso da GERSA.

4.4 Biópsia da forma cutânea: encaminhar o paciente para o médico de referência avaliar (Dr. Fabiano Winckler); mantendo-se a suspeita, acompanhar o procedimento, cadastrar a requisição no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL e encaminhar a amostra ao Lacen.

4.5 Biópsia da forma mucosa: serviço de saúde encaminha o paciente para avaliação com médico especialista de acordo com a lesão pelo SISREG com classificação de risco “prioridade”.

4.5.1 Médico comunica a data da realização da biópsia para a VE que cadastra a requisição no GAL e encaminha a amostra ao Lacen.

4.6 Pacientes internados: a pesquisa de *Leishmania* deve ser realizada pelo estabelecimento de saúde, com notificação/investigação do caso e cadastro da requisição no GAL; VE encaminha as amostras ao Lacen.

5. Comunicar a Vigilância em Saúde Ambiental.

6. Realizar investigação epidemiológica e ambiental do caso o quanto antes, através de visita domiciliar

realizada pela VE e VSA.

6.1 Assegurar que o paciente esteja assistido pelo serviço de saúde.

6.2 Busca ativa de novos casos.

6.3 Orientar quanto à doença, modo transmissão, sinais e sintomas, medidas de prevenção.

6.4 Investigar as exposições de risco para a doença, tentando identificar o local provável da infecção.

7. Enviar o relatório de investigação para o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado e para a Gerência de Vigilância em Saúde.

8. Acompanhar a liberação do laudo do exame através do GAL.

9. Confirmação diagnóstica – Vigilância Epidemiológica deve:

9.1 Preencher o relatório para Acompanhamento de Paciente com Leishmaniose Tegumentar em Santa Catarina (Anexo 2).

9.2 Comunicar o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado, Vigilância em Saúde Ambiental e a Gerência de Vigilância em Saúde.

9.3 Registrar no SINAN NET (somente casos confirmados).

9.4 No caso de leishmaniose cutânea, realizar medição do tamanho da lesão pré-tratamento, para auxiliar na evolução clínica e na escolha da via de administração do medicamento.

9.5 Comunicar a UBS de referência para acompanhamento do paciente juntamente com a VE.

10. Tratamento

10.1 A recomendação do medicamento depende da forma clínica de leishmaniose e a espécie da *Leishmania* infectante, estado clínico do paciente e comorbidades existentes.

10.2 Opções terapêuticas: antimoniato de meglumina; Desoxicolato de anfotericina B e a anfotericina B lipossomal; Pentamidina (áreas endêmicas); Pentoxifilina (associado ao antimoniato de meglumina).

10.3 Solicitar avaliação clínica antes e durante o tratamento com acompanhamento eletrocardiográfico e exames laboratoriais no pré-tratamento e mais três controles durante o tratamento- hemograma, TGO, TGP, bilirrubina, ureia, creatinina, potássio, glicose, amilase, lipase, eletrocardiograma (ECG), VHS.

10.4 Solicitar ao departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado o tratamento medicamentoso.

10.5 É recomendável o repouso físico relativo, bem como abstinência de bebidas alcoólicas durante o período de tratamento, devido às alterações hepáticas.

10.6 Lesões cutâneas não tratadas podem evoluir para a cura espontânea em período de alguns meses a poucos anos, podendo permanecer ativas e coexistir com lesões mucosas de surgimento posterior.

11. Acompanhamento

11.1 Após o término da terapêutica, o paciente deve ser acompanhado pela unidade de saúde por 12 meses

para verificação da resposta terapêutica e para detecção de possível recidiva.

11.2 Retornar mensalmente a consulta durante três meses consecutivos para avaliação de efeitos adversos, resposta terapêutica e também para a detecção de possível recidiva.

11.2.1 Pacientes coinfectados com o vírus HIV deverão ser acompanhados por seis meses.

12. Controle de cura

12.1 Primeira revisão – Durante o tratamento

12.1.1 Realizar duas avaliações clínicas para verificar a tolerância ao tratamento e avaliação laboratorial (1º e 2º controle).

12.1.2 ECG (intervalo QTc) se necessário.

12.2 Segunda revisão – Final do tratamento

12.2.1 Realizar avaliação clínica para verificar a tolerância ao tratamento e avaliação laboratorial (3º controle).

12.2.2 ECG (intervalo QTc) se necessário.

12.2.3 Medição do tamanho da lesão.

12.3 Terceira revisão – 1 mês após o tratamento

12.3.1 Condição clínica; medição do tamanho da lesão.

12.4 Quarta revisão – 3 meses após o tratamento

12.4.1 Condição clínica; medição do tamanho da lesão.

12.5 Quinta revisão – 6 meses após o tratamento

12.5.1 Condição clínica; medição do tamanho da lesão.

12.5.2 Exames otorrinolaringológico.

12.6 Sexta revisão – 1 ano após o tratamento

12.6.1 Condição clínica; medição do tamanho da lesão.

12.6.2 Exames otorrinolaringológico.

12.7 Sétima revisão – 2 anos após o tratamento

12.7.1 Condição clínica; medição do tamanho da lesão.

12.8 Critério de cura para forma cutânea: definido pela epitelização completa de todas as lesões e o desaparecimento de crosta, descamação, infiltração e eritema. Espera-se melhora progressiva e que a epitelização completa ocorra em até 90 dias após a conclusão do primeiro esquema de tratamento e que os sinais de crosta, descamação, infiltração e eritema desapareçam em até 180 dias.

12.8.1 Na falta de epitelização completa até 90 dias após o tratamento ou piora das lesões ou aparecimento de novas lesões a qualquer momento, depois do primeiro esquema, recomendando-se a aplicação do segundo

esquema de tratamento.

12.9 Critério de cura para a forma mucosa: regressão de todos os sinais e é comprovado pelo exame otorrinolaringológico, até seis meses após a conclusão do esquema terapêutico.

14 – Investigação entomológica

14.1 Instalação de armadilhas para captura de flebotomíneos.

14.2 Identificação da espécie.

15. Controle químico

15.1 Em áreas com ocorrência de mais de um caso humano de LTA, em um período máximo de seis meses do início dos sintomas, em áreas novas ou em surto, associado a evidências de que a transmissão venha ocorrendo no ambiente domiciliar; isto é, que haja a adaptação das espécies *L. intermedia*, *L. pessoai*, *L. whitmani*, *L. migonei*, *L. fischeri* ao ambiente domiciliar; ou

15.2 Em áreas com ocorrência de casos humanos de LTA na faixa etária inferior a dez anos, num período máximo de seis meses do início dos sintomas, entre a ocorrência de um caso e outro, associado a evidências de que a transmissão venha ocorrendo no ambiente domiciliar; isto é, que haja a adaptação das espécies *L. intermedia*, *L. pessoai*, *L. whitmani*, *L. migonei*, *L. fischeri* ao ambiente domiciliar.

15.3 A área a ser borrifada deverá compreender um raio inicial de 500m, em torno dos domicílios onde ocorreram os casos humanos. Em áreas rurais em que os domicílios estejam muito dispersos, essa distância deverá ser ampliada para 1Km. Quando os domicílios estiverem próximos à mata, o raio de 1Km deverá ser obedecido, excluindo-se as áreas da mata.

15.4 A aplicação de inseticida deverá ser restrita às unidades domiciliares e deverá ser realizada nas paredes internas e externas do domicílio e dos anexos, como abrigos de animais, paióis, barracões e outros, desde que possuam cobertura superior e que apresentem superfícies laterais de proteção, até uma altura máxima de 3m.

15.5 O ciclo deverá ocorrer no período que antecede as chuvas ou imediatamente após, período favorável ao aumento da densidade vetorial.

15.6 Não há indicação do controle químico para ambiente silvestre.

Documentos de referência

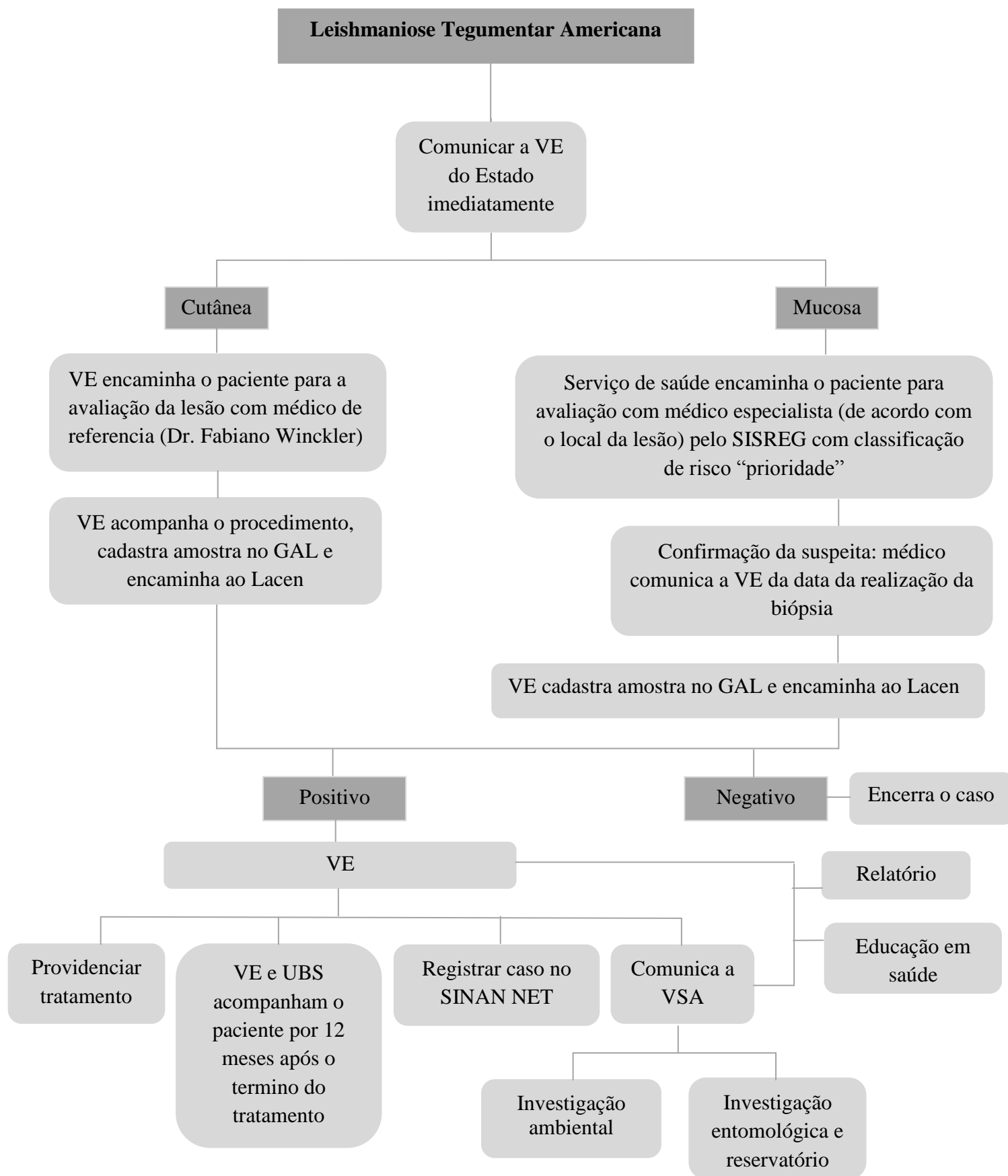
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar**. Brasília: 2017.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Orientação para a Vigilância da Leishmaniose Visceral Canina (LVC)**. Florianópolis: 2018.

Elaborado por Francis Maira Schabat	Revisado por:	Aprovado por: Douglas Michel Müller Fritzen
---	----------------------	--

Figura 1 – Fluxograma de atendimento e investigação



Anexo 1 – Fichas de notificação e investigação SINAN

ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde – SUS

CASTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO – SINAN

Nº **4827976**

DADOS GERAIS

1- Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma

2- Agravo/doença 3- Data da Notificação

4- UF 5- Município de Notificação Código (IBGE)

6- Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7- Data dos Primeiros Sintomas

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

8- Nome do Paciente 9- Data de Nascimento

10- (ou) Idade 11- Sexo M - Masculino F - Feminino 12- Gestante 1- 1ª Trimestre 2- 2ª Trimestre 3- 3ª Trimestre 13- Raça/Cor 1 - Branco 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado

14- Escolaridade 0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica

15- Número do Cartão SUS 16- Nome da mãe

NOTIFICAÇÃO DE SURTO

17- Tipo de Surto 1 - Caso Suspeito 19- Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital/Unidade de Saúde 3 - Creche/Escola 4 - Alto 5 - Outras instituições (apartamento, trabalho) 6 - Residência/Pacaria 7 - Eventos 8 - Casas dispersas no bairro 9 - Casas dispersas pelo município 10 - Casos dispersos em mais de um município 11 - Outros Especificar:

DADOS DE RESIDÊNCIA

20- UF 21- Município de Residência Código (IBGE) 22- Distrito

23- Bairro 24- Logradouro (rua, avenida,...) Código

25- Número 26- Complemento (apto., casa,...) 27- Geo campo 1

28- Geo campo 2 29- Ponto de Referência 30- CEP

31- (DDD) Telefone 32- Zona 1 - Urbana 2 - Rural 33- País (se residente fora do Brasil)

NOTIFICAÇÃO

Município/Unidade de Saúde

Nome Função Assinatura

Município/Unidade de Saúde

Nome Função Assinatura

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA**

CASO CONFIRMADO:
Leishmaniose cutânea: todo indivíduo com presença de úlcera cutânea, com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.
Leishmaniose mucosa: todo indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios e boca (palato e nasofaringe), com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravo/doença **LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA** Código (CID10) **B 5 5. 1** 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano 11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1- Ignorado 12 Gestante 1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Úlcera gestacional/ Ignorado 5- Não 6- Não se aplica 13 Raça/Cor 1- Branco 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código

22 Número 23 Complemento (apto., casa,...) 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

31 Data da Investigação 32 Ocupação

Dados Clínicos

33 Presença de Lesão 34 Em Caso de Presença de Lesão Mucosa, Há Presença de Cicatrizes Cutâneas 35 Co-infecção HIV

1 - Sim 2 - Não Cutânea 1 - Sim 2 - Não Mucosa 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dados Labor

36 Parasitológico Direto 37 IRM 38 Histopatologia

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 1 - Encontro do Parasita 2 - Compatível 3 - Não Compatível 4 - Não Realizado

Class. Clín.

39 Tipo de Entrada 40 Forma Clínica

1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Transferência 9 - Ignorado 1 - Cutânea 2 - Mucosa 9 - Ignorado

Tatamento

41 Data do Início do Tratamento 42 Droga Inicial Administrada

1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamidina 4 - Outras 5 - Não Utilizada

43 Peso Kg 44 Dose Prescrita em mg/kg/dia St⁺⁵

1 - Menor que 10 2 - Maior ou igual a 10 e menor que 15 3 - igual a 15 4 - Maior que 15 e menor que 20 5 - Maior ou igual a 20

45 Nº Total de Ampolas Prescritas 46 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial

Ampolas 1 - Anfotericina b 2 - Pentamidina 3 - Outros 4 - Não Se Aplica



Prefeitura de Chapecó
Secretaria de Saúde
Vigilância em Saúde Ambiental
e Epidemiológica

Procedimento Operacional Padrão - POP

Nº: 014 99

Data de emissão: 05/2019

Data de revisão:

Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Leishmaniose Visceral (LV)

Descrição

Doença crônica e sistêmica, que, quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos. É causada por protozoários tripanosomatídeos, sendo que nas Américas, a *Leishmania (Leishmania) chagasi* (Cunha & Chagas, 1937) é a espécie comumente envolvida, transmitidos por flebotomíneos. No Brasil, duas espécies do mosquito estão relacionadas com a transmissão da doença: *Lutzomyia longipalpis* (Lutz & Neiva, 1912) (principal), *Lutzomyia cruzi* (Mangabeira, 1938) e, é possível que uma terceira espécie, *Lutzomyia migonei* (França, 1920) também esteja envolvida.

Sinais e sintomas

É uma doença crônica, sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, perda de peso, astenia, adinamia, hepatoesplenomegalia e anemia, dentre outras.

Diagnóstico diferencial

Enterobacteriose de curso prolongado (associação de esquistossomose com salmonela ou outra enterobactéria), forma aguda da doença de Chagas e malária (verificar histórico de viagens), brucelose, esquistossomose hepatoesplênica, linfoma, mieloma múltiplo, anemia falciforme.

Reservatórios

Área urbana: o cão (*Canis familiaris* (Linnaeus, 1758)) é a principal fonte de infecção. A enzootia canina tem precedido a ocorrência de casos humanos e a infecção em cães tem sido mais prevalente que no homem.

Ambiente silvestre: os reservatórios são as raposas e os marsupiais.

Transmissão

A transmissão ocorre pela picada de fêmeas infectadas pela *Leishmania (Leishmania) chagasi* (Cunha & Chagas, 1937).

Período de incubação

No homem: é de 10 dias a 24 meses, com média entre 2 e 6 meses.

No cão: varia de 3 meses a vários anos, com média de 3 a 7 meses.

Procedimentos gerais

1. VE e/ou VSA devem verificar se há histórico de viagens do paciente para locais de ocorrência da doença.

2. Confirmação da suspeita do caso: VE deve verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das fichas do SINAN (Anexo 1).

3. VE ou VSA deve comunicar imediatamente o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado.

4. Solicitar a coleta da amostra biológica para confirmação de diagnóstico laboratorial e requisição no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, pelo serviço de saúde.

Material biológico	Acondicionamento	Tempo para chegada ao Lacen	Observações	Encaminhar
Soro (1 tubo)	2 a 8°C	Na suspeita clínica		Lacen Florianópolis. Correio de 2ª a 5ª feira; A noite, finais de semana e feriados – comunicar o sobreaviso da GERSA.

5. Realizar investigação epidemiológica e ambiental do caso o quanto antes, através de visita domiciliar realizada pela VE e VSA.

5.1 Assegurar que o paciente esteja assistido pelo serviço de saúde.

5.2 Busca ativa de novos casos.

5.3 Orientar quanto à doença, modo transmissão, sinais e sintomas, medidas de prevenção.

5.4 Investigar as exposições de risco para a doença, tentando identificar o local provável da infecção.

6. Enviar o relatório de investigação para o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado e para a Gerência de Vigilância em Saúde.

7. Acompanhar a liberação do laudo do exame através do GAL.

8. Registrar no SINAN NET os casos confirmados.

9. Confirmação diagnóstica – Vigilância Epidemiológica deve:

9.1 Comunicar o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado.

9.2 Orientar o início do tratamento segundo procedimentos terapêuticos padronizados.

9.3 Os casos de LV com maior risco de evoluir para óbito devem ser internados e tratados em hospitais; os casos leves ou intermediários devem ser assistidos no nível ambulatorial, em unidades de saúde.

9.4 Orientar que os títulos variáveis dos exames sorológicos podem persistir positivos por longo período, mesmo após o tratamento. Assim, o resultado de um teste positivo, na ausência de manifestações clínicas, não autoriza a instituição de terapêutica.

10. Tratamento

10.1 Opções terapêuticas: O antimonial pentavalente, anfotericina B (gestantes e pacientes que tenham contraindicações) e o antimoniato de N-metil glucamina.

10.2 VE deve solicitar ao departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado o tratamento medicamentoso.

11. Controle de cura

Acompanhar o paciente mensalmente (para avaliação da cura clínica).

12 – Investigação entomológica

12.1 Instalação de armadilhas para captura de flebotomíneos.

12.2 Identificação da espécie.

13. Controle químico

13.1 O controle químico por meio da utilização de inseticidas de ação residual e a medida de controle vetorial recomendada no âmbito da proteção coletiva. Esta medida é dirigida apenas para o inseto adulto e tem como objetivo evitar e/ou reduzir o contato entre o inseto transmissor e a população humana, conseqüentemente, diminuir o risco de transmissão da doença (Manual de Controle de Pragas da VSA).

13.2 Recomendação

13.2.1 Em áreas com registro do primeiro caso autóctone de LV humana, imediatamente após a investigação entomológica.

13.2.2 Em áreas com transmissão moderada e intensa, se a curva de sazonalidade do vetor for conhecida, a aplicação do inseticida de ação residual deverá ser realizada no período do ano em que se verifica o aumento da densidade vetorial. Caso contrário, o primeiro ciclo de tratamento deverá ser realizado ao final do período chuvoso e o segundo, três a quatro meses após o primeiro ciclo.

13.2.3 Em áreas com surto de LV, uma vez avaliada e delimitada a área para o controle químico, deverá ser realizado imediatamente um ciclo de tratamento com inseticida de ação residual. A programação de novo ciclo de aplicação do inseticida deverá ser de acordo com a curva de sazonalidade do vetor. Se conhecida, a aplicação do inseticida deverá ser realizada no período do ano em que se verifica o aumento da densidade vetorial. Caso contrário, o primeiro ciclo de tratamento deverá ser realizado ao final do período chuvoso e três a quatro meses após o primeiro ciclo.

13.3 Onde deve ser feita a borrifação

13.3.1 Nas paredes internas e externas do domicílio, incluindo o teto, quando a altura deste for de até três metros.

13.3.2 Nos abrigos de animais ou anexos, quando os mesmos forem feitos com superfícies de proteção (parede) e possuam cobertura superior (teto).

13.3.3 Na zona rural, o controle químico será realizado em todos os domicílios da localidade onde ocorreu a transmissão.

13.3.4 Na zona urbana, para o controle deveser considerada a área previamente delimitada conforme classificação epidemiológica.

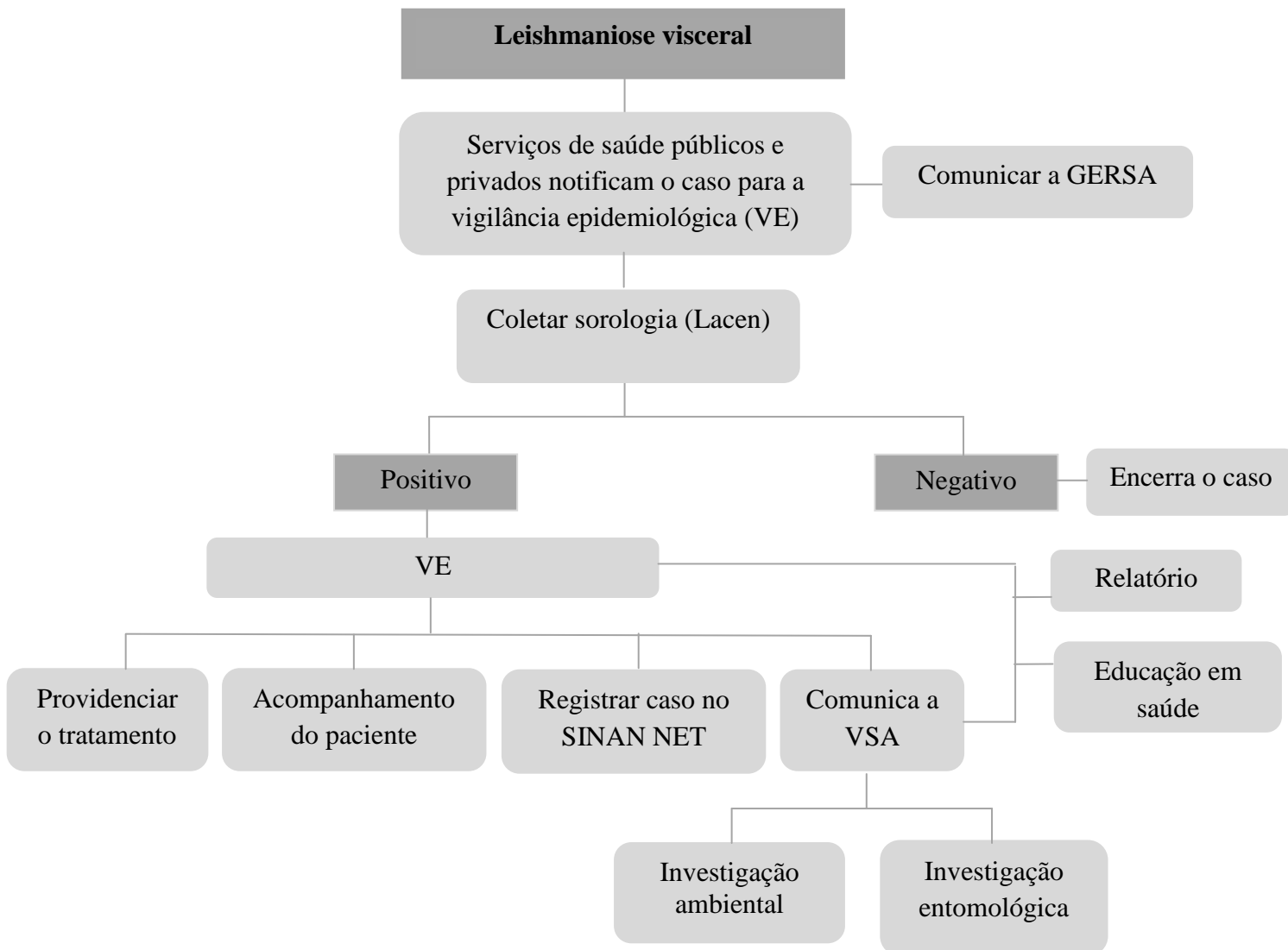
Documentos de referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Elaborado por Francis Maira Schabat	Revisado por	Aprovado por Douglas Michel Müller Fritzen
---	---------------------	---

Figura 1 – Fluxograma de atendimento e investigação



Anexo 1 – Fichas de notificação e investigação SINAN

ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde – SUS

CASTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO – SINAN

Nº **4827976**

DADOS GERAIS

1 - Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma

2 - Agravo/doença _____ 3 - Data da Notificação _____

4 - UF 5 - Município de Notificação _____ Código (IBGE) _____

6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) _____ Código _____ 7 - Data dos Primeiros Sintomas _____

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

8 - Nome do Paciente _____ 9 - Data de Nascimento _____

10 - (ou) Idade _____ 11 - Sexo M - Masculino F - Feminino 12 - Gestante 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Não sabe se aplica 5 - Ignorado

13 - Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado

14 - Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 - Número do Cartão SUS _____ 16 - Nome da mãe _____

NOTIFICAÇÃO DE SURTO

17 - Tipo de Surto 1 - Casos Suspeitos 2 - Casos Confirmados 3 - Casos Suspeitos e Confirmados

19 - Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital/Unidade de Saúde 3 - Creche/Escola 4 - Asilo 5 - Outras instituições (acomodação, trabalho) 6 - Residência/Padaria 7 - Eventos 8 - Casos dispersos no bairro 9 - Casos dispersos pelo município 10 - Casos dispersos em mais de um município 11 - Outros Especificar: _____

DADOS DE RESIDÊNCIA

20 - UF 21 - Município de Residência _____ Código (IBGE) _____ 22 - Distrito _____

23 - Bairro _____ 24 - Logradouro (rua, avenida, ...) _____ Código _____

25 - Número _____ 26 - Complemento (apart., casa, ...) _____ 27 - Geo campo 1 _____

28 - Geo campo 2 _____ 29 - Ponto de Referência _____ 30 - CEP _____

31 - (DDD) Telefone _____ 32 - Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - País (se residente fora do Brasil)

NOTIFICAÇÃO

Município/Unidade de Saúde _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____

ADB-0015

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **LEISHMANIOSE VISCERAL**

Nº _____

CASO SUSPEITO:
Todo indivíduo proveniente de área com ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia.
Todo indivíduo proveniente de área sem ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, desde que descartado os diagnósticos diferenciais mais frequentes na região.

Dados Gerais

1 - Tipo de Notificação 2 - Individual

2 - Agravo/doença **LEISHMANIOSE VISCERAL** Código (CID10) **B 5 5.0** 3 - Data da Notificação _____

4 - UF 5 - Município de Notificação _____ Código (IBGE) _____

6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) _____ Código _____ 7 - Data dos Primeiros Sintomas _____

Dados Individuais

8 - Nome do Paciente _____ 9 - Data de Nascimento _____

10 - (ou) Idade _____ 11 - Sexo M - Masculino F - Feminino 12 - Gestante 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Não sabe se aplica 5 - Ignorado

13 - Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado

14 - Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo primário ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 - Número do Cartão SUS _____ 16 - Nome da mãe _____

Dados de Residência

17 - UF 18 - Município de Residência _____ Código (IBGE) _____ 19 - Distrito _____

20 - Bairro _____ 21 - Logradouro (rua, avenida, ...) _____ Código _____

22 - Número _____ 23 - Complemento (apto., casa, ...) _____ 24 - Geo campo 1 _____

25 - Geo campo 2 _____ 26 - Ponto de Referência _____ 27 - CEP _____

28 - (DDD) Telefone _____ 29 - Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 4 - Ignorado 30 - País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

31 - Data da Investigação _____ 32 - Ocupação _____

Dados Clínicos

33 - Manifestações Clínicas (sinais e sintomas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Febre Emagrecimento Aumento do Baço Aumento do Fígado

Fraqueza Tosse e/ou diarreia Quadro infeccioso Icterícia

Edema Palidez Fenômenos hemorrágicos Outros _____

34 - Co - infecção HIV 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dados Laboratoriais e Outros

35 - Diagnóstico Parasitológico 36 - Diagnóstico Imunológico 37 - Tipo de Entrada

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 1 - Positivo IFI 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Transferência 9 - Ignorado

3 - Não Realizado Outro

Tratamento

38 - Data do Início do Tratamento _____ 39 - Droga Inicial Administrada 1 - Antimonial Pentavalente 3 - Pentamidina 5 - Outras _____

2 - Antofotercina b 4 - Antofotercina b lipossomal 6 - Não Utilizada


40 - Peso _____ Kg 41 - Dose Prescrita em mg/Kg/dia Sb⁺⁵ 42 - Nº Total de Ampolas Prescritas _____

1 - Maior ou igual a 10 e menor que 15 2 - Maior ou igual a 15 e menor que 20 3 - Maior ou igual a 20

43 - Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial

1 - Antofotercina b 2 - Antofotercina b lipossomal 3 - Outras 4 - Não se Aplica

Leishmaniose Visceral Sinan NET SVS 27/09/2005

 <p>Prefeitura de Chapecó Secretaria de Saúde Vigilância em Saúde Ambiental e Epidemiológica</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão - POP</p>	<p>Nº: 015 Data de emissão: 05/2019 Data de revisão:</p>
<p>Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)</p>		
<p>Leptospirose</p>		
<p>Descrição</p>		
<p>Doença infecciosa febril causada por uma bactéria chamada <i>Leptospira</i> presente na urina do rato.</p>		
<p>Sinais e sintomas</p>		
<p>Febre de início súbito, mialgias, cefaléia, mal estar e/ou prostração, associados a um ou mais dos seguintes sinais e/ou sintomas: sufusão conjuntival ou conjuntivite, náuseas e/ou vômitos, calafrios, alterações do volume urinário, icterícia, fenômeno hemorrágico e/ou alterações hepáticas, renais e vasculares compatíveis com leptospirose icterica (Síndrome de Weil) ou anictérica grave.</p>		
<p>Diagnóstico diferencial</p>		
<p>Dengue, influenza (síndrome gripal), toxoplasmose, hepatites virais (alteração laboratorial compatível, icterícia), hantavirose, pielonefrite aguda, malária e febre amarela (verificar viagens para área endêmica).</p>		
<p>Reservatório</p>		
<p>Os principais reservatórios são os roedores das espécies <i>Rattus norvegicus</i> (Berkenhout, 1769) (ratazana ou rato de esgoto), <i>Rattus rattus</i> (Linnaeus, 1758) (rato de telhado ou rato preto) e <i>Mus musculus</i> (Linnaeus, 1758) (camundongo ou catita). Esses animais não desenvolvem a doença quando infectados e albergam a leptospira nos rins, eliminando-a viva no meio ambiente e contaminando água, solo e alimentos. Outros reservatórios são caninos, suínos, bovinos, equinos, ovinos e caprinos.</p>		
<p>Transmissão</p>		
<p>A urina do rato pode contaminar as águas de córregos, rios, lagos. Em situações de enchentes e inundações está presente em esgotos e bueiros e mistura-se à enxurrada e à lama das enchentes. A bactéria da urina do rato penetra no corpo humano pela pele, principalmente se houver algum arranhão ou ferimento.</p>		
<p>Período de incubação</p>		
<p>Varia de 1 a 30 dias (média entre 5 e 14 dias).</p>		
<p>Procedimentos gerais</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. VE deve verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das fichas do SINAN (Anexo 1). 2. VE deve verificar se foi coletada amostra biológica para confirmação de diagnóstico laboratorial e requisição no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, pelo serviço de saúde. 		

Material biológico	Acondicionamento	Tempo para chegada ao Lacen	Observações	Encaminhar
Soro (1 tubo)	2 a 8°C	5 dias	Coleta a partir do 7º dia de sinais e sintomas	Lacen Florianópolis Correio de 2ª a 5ª feira; A noite, finais de semana e feriados – comunicar o sobreviço da GERSA.

3. Registrar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET.

4. VE deve comunicar a Vigilância em Saúde Ambiental.

5. Realizar investigação epidemiológica e ambiental do caso, através de visita domiciliar realizada pela VE e VSA. Preencher relatório específico (Apêndice 1).

5.1 Assegurar que o paciente esteja assistido pela unidade de saúde.

5.2 Orientar quanto à doença, modo transmissão, sinais e sintomas, medidas de prevenção.

5.3 Investigar as exposições de risco para a doença, tentando identificar o local provável da infecção.

5.4 Realizar manejo ambiental se necessário, controle de roedores.

6. Enviar o apêndice 1 devidamente preenchido para o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado e para a Gerência de Vigilância em Saúde.

Resultado laboratorial

1. Obter o laudo pelo Sistema Gal.

1.1. Resultado negativo: encerrar o caso no SINAN.

1.2. Resultado positivo: Elisa IgM reagente e microaglutinação (MAT) $\geq 1/800$.

2. De acordo com o Ministério da Saúde, situações em que os exames de leptospirose devem ser repetidos para a confirmação dos resultados e encerramento do caso (nova coleta com intervalo mínimo de 7 dias):

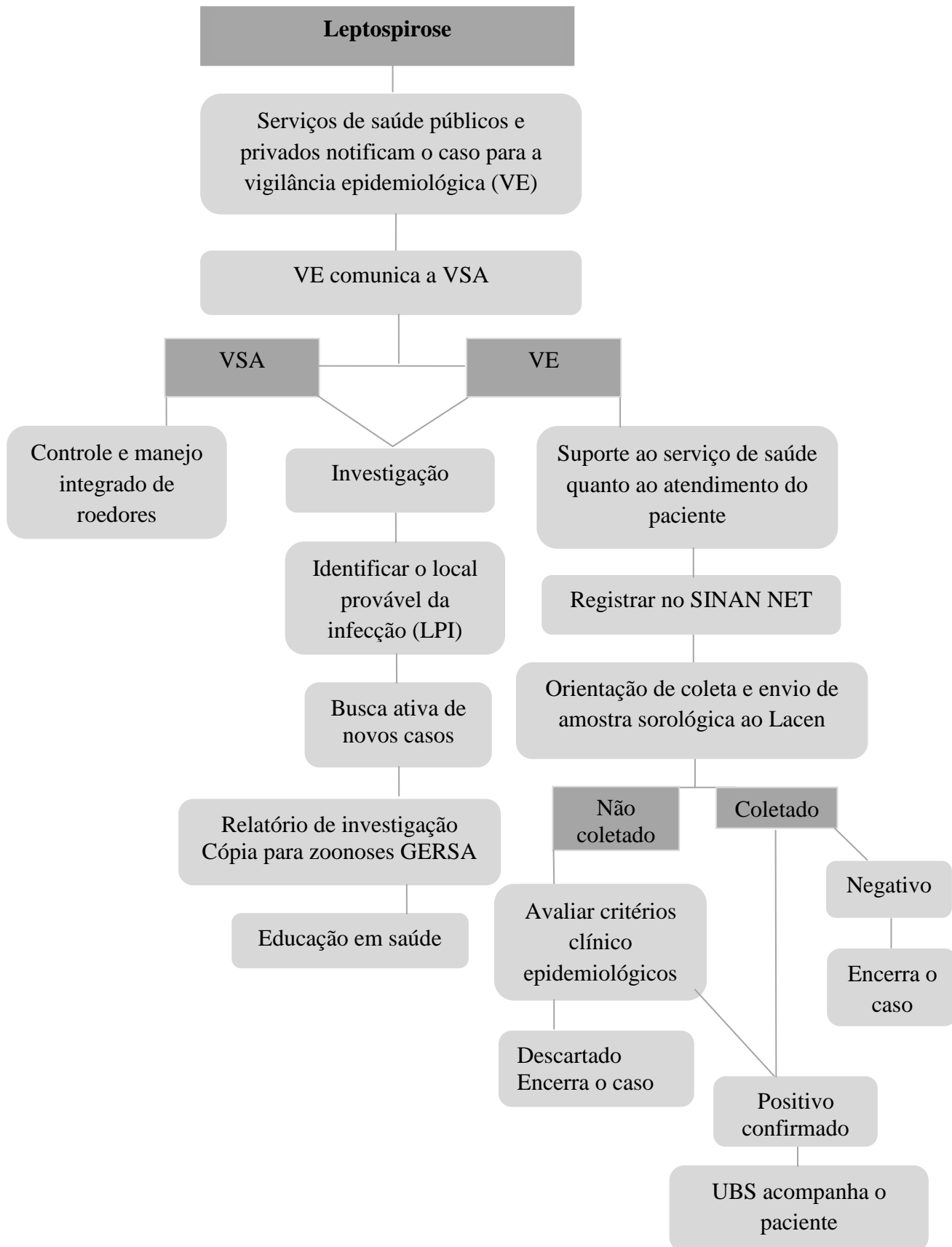
2.1. Amostra não reagente colhidas antes do 7º dia do início dos sintomas (devem ser sempre refeitas).

2.2. Amostra com resultado do Elisa IgM reagente ou inconclusiva, e MAT não reagente na primeira coleta.

2.3. Amostra com resultado do Elisa IgM reagente ou inconclusiva, mas com resultado da MAT $< 1/800$ na primeira coleta.

3. VE deve comunicar a UBS para reavaliação clínica do paciente; orientar quanto à recoleta da sorologia quando necessário; informar o setor de Zoonoses sobre as condutas a serem tomadas e enviar cópia do laudo.

Documentos de referência BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde . Brasília: Ministério da Saúde, 2017.		
DIVE. Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina. Disponível em: < http://www.dive.sc.gov.br/ >.		
Elaborado por Francis Maira Schabat	Revisado por	Aprovado por Douglas Michel Müller Fritzen

Figura 1 – Fluxograma de atendimento e investigação

Anexo 1 – Fichas de notificação e investigação SINAN

ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde – SUS

CADASTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO – SINAN

Nº **4827976**

DADOS GERAIS

1 - Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Trazoms

2 - Agravo/doença _____ 3 - Data da Notificação _____

4 - UF 5 - Município de Notificação _____ Código (IBGE) _____

6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) _____ Código _____ 7 - Data dos Primeiros Sintomas _____

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

8 - Nome do Paciente _____ 9 - Data de Nascimento _____

10 - (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mes 4 - Ano 11 - Sexo M - Masculino F - Feminino 12 - Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não gestante 13 - Raça/Cor 1 - Branco 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Não se aplica

14 - Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginsio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginsio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 - Número do Cartão SUS _____ 16 - Nome da mãe _____

NOTIFICAÇÃO DE SURTO

17 - Data dos Primeiros Sintomas _____ 18 - Caso Suspeito 19 - Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital/Unidade de Saúde 3 - Creche/Escola 4 - Asilo 5 - Outras instituições (apartamento, trabalho) 6 - Residência/Padraria 7 - Eventos 8 - Casos dispersos no bairro 9 - Casos dispersos pelo município 10 - Casos dispersos em mais de um município 11 - Outros Específicos _____

DADOS DE RESIDÊNCIA

20 - UF 21 - Município de Residência _____ Código (IBGE) _____ 22 - Distrito _____

23 - Bairro _____ 24 - Logradouro (rua, avenida, ...) _____ Código _____

25 - Número _____ 26 - Complemento (apart., casa, ...) _____ 27 - Geo campo 1 _____

28 - Geo campo 2 _____ 29 - Ponto de Referência _____ 30 - CEP _____

31 - (DDD) Telefone _____ 32 - Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - País (se residente fora do Brasil) 33 - País (se residente fora do Brasil) _____

NOTIFICAÇÃO

Município/Unidade de Saúde _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____

XDP/06/05

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **LEPTOSPIROSE** Nº _____

CASO SUSPEITO: Indivíduo com febre de início súbito, mialgias, cefaléia, mal estar e/ou prostração, associados a um ou mais dos seguintes sinais e/ou sintomas: sufusão conjuntival ou conjuntivite, náuseas e/ou vômitos, calafrios, alterações do volume urinário, icterícia, fenômeno hemorrágico e/ou alterações hepáticas, renais e vasculares compatíveis com leptospirose icterica (Síndrome de Weil) ou anictérica grave.
Indivíduo que apresente sinais e sintomas de processo infeccioso inespecífico com antecedentes epidemiológicos sugestivos nos últimos trinta dias anteriores à data de início dos primeiros sintomas.

Dados Gerais

1 - Tipo de Notificação 2 - Individual

2 - Agravo/doença **LEPTOSPIROSE** Código (CID10) **A 27.9** 3 - Data de Notificação _____

4 - UF 5 - Município de Notificação _____ Código (IBGE) _____

6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) _____ Código _____ 7 - Data dos Primeiros Sintomas _____

8 - Nome do Paciente _____ 9 - Data de Nascimento _____

Dados do Paciente

10 - (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mes 4 - Ano 11 - Sexo M - Masculino F - Feminino 12 - Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não se aplica 13 - Raça/Cor 1 - Branco 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Não se aplica

14 - Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginsio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginsio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 - Número do Cartão SUS _____ 16 - Nome da mãe _____

Dados de Residência

17 - UF 18 - Município de Residência _____ Código (IBGE) _____ 19 - Distrito _____

20 - Bairro _____ 21 - Logradouro (rua, avenida, ...) _____ Código _____

22 - Número _____ 23 - Complemento (apto., casa, ...) _____ 24 - Geo campo 1 _____

25 - Geo campo 2 _____ 26 - Ponto de Referência _____ 27 - CEP _____

28 - (DDD) Telefone _____ 29 - Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - País (se residente fora do Brasil) 30 - País (se residente fora do Brasil) _____

Dados Complementares do Caso

31 - Data da Investigação _____ 32 - Ocupação _____

Antecedentes Epidemiológicos

33 - Situação de Risco Ocorrida nos 30 dias que Antecederam os Primeiros Sintomas - Contato/ limpeza de:

Água ou lama de enchente 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Criação de animais Caixa d'água

Fossa, caixa de gordura ou esgoto Local com sinais de roedores Plantão/colheita (lavoura)

Rio, córrego, lagoa ou represa Roedores diretamente Armazenamento de grãos/alimentos

Terreno baldio Lixo/ entulho Outras _____

34 - Casos Anteriores de Leptospirrose no Local Provável de Infecção nos últimos dois meses 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Casos Humanos Casos Animais

Dados Clínicos

35 - Data de Atendimento _____ 36 - Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Febre Mialgia Cefaléia Prostração

Congestão conjuntival Dor na panturrilha Vômito Diarréia

Icterícia Insuficiência renal Alterações respiratórias Alterações cardíacas

Hemorragia pulmonar Outras hemorragias Meningismo Outros, quais? _____

Atendimento

37 - Ocorreu Hospitalização 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 38 - Data da Internação _____ 39 - Data de Alta _____

40 - UF 41 - Município do Hospital _____ Código (IBGE) _____

42 - Nome do Hospital _____ Código _____

Leptospirose Sinan NET SVS 02/02/2007

Apêndice 1 – Relatório de investigação



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ
VIGILÂNCIA EM SAÚDE/EPIDEMIOLOGIA

INVESTIGAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE DOENÇA FEBRIL AGUDA

- Dengue Chikungunya Zika Febre amarela Malária Leptospirose
 Hantavirose

Identificação

Paciente: _____	Nº Sinan: _____/ _____	
Data da investigação: ____/____/____	Data de nascimento: ____/____/____	Idade: ____
Endereço: _____	Bairro: _____	
Cidade: _____	Telefone: () _____ / () _____	
Ocupação: _____		

Dados Clínicos

<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Hipotensão
<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal	<input type="checkbox"/> Dor torácica
<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Alterações respiratórias	<input type="checkbox"/> Sintomas neurológicos
<input type="checkbox"/> Prostração	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Choque
<input type="checkbox"/> Dor na panturrilha	<input type="checkbox"/> Hemorragia pulmonar	<input type="checkbox"/> Tontura/vertigem
<input type="checkbox"/> Congestão conjuntival	<input type="checkbox"/> Outras hemorragias	<input type="checkbox"/> Astenia
<input type="checkbox"/> Náuseas/Vômito	<input type="checkbox"/> Meningismo	<input type="checkbox"/> Alterações cardíacas
<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Tosse seca	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca
<input type="checkbox"/> Dor lombar (região dos rins)	<input type="checkbox"/> Petéquias	<input type="checkbox"/> Dor abdominal
<input type="checkbox"/> Outros, quais? _____		
Início dos sinais e sintomas ____/____/____		
Ocorreu hospitalização: sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nome do Hospital _____		
Data: ____/____/____		
Doenças pré existentes: Diabetes <input type="checkbox"/> Doença reumática <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/>		
Cardiopatia <input type="checkbox"/> Doença vascular <input type="checkbox"/> Outras: _____		
Medicação de uso contínuo: sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual: _____		
Medicações utilizadas: _____		



Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Malária

Descrição

Doença infecciosa febril aguda, cujos agentes etiológicos são protozoários transmitidos por vetores (mosquito *Anopheles*). Cinco espécies de protozoários do gênero *Plasmodium* podem causar a malária humana, sendo que no Brasil, três espécies estão associadas à doença: *P. vivax* (Grassi & Feletti, 1890) *P. falciparum* (Welch, 1897) e *P. malariae* (Golgi, 1926).

Sinais e sintomas

Toda pessoa que apresente febre, seja residente em (ou tenha se deslocado para) área onde haja possibilidade de transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, acompanhada ou não dos seguintes sintomas: cefaleia, calafrios, sudorese, cansaço, mialgia. Podem surgir casos com início dos sintomas em período superior a 30 dias após contato com áreas de transmissão de malária.

Diagnóstico diferencial

Febre amarela (verificar histórico de viagens, vacinação), leptospirose, hepatite infecciosa, infecções urinárias, tuberculose miliar, salmoneloses septicêmicas, endocardite bacteriana e leucoses.

Reservatórios

O homem é o principal reservatório com importância epidemiológica para a malária humana.

Transmissão

A transmissão ocorre por meio da picada da fêmea do mosquito *Anopheles*, quando infectada pelo protozoários *Plasmodium* spp. Não há transmissão direta da doença de pessoa a pessoa.

Período de incubação

Varia de acordo com a espécie de plasmódio. Para *P. falciparum*, de 8 a 12 dias; *P. vivax*, 13 a 17; e *P. malariae*, 18 a 30 dias.

Período de transmissibilidade

Os gametócitos surgem na corrente sanguínea em período que varia de poucas horas para o *P. vivax* e de 7 a 12 dias para o *P. falciparum*, a partir do início dos sintomas. Caso não seja adequadamente tratado, o indivíduo pode ser fonte de infecção por até 1 ano para malária por *P. falciparum*; até 3 anos para *P. vivax*; e por mais de 3 anos para *P. malariae*.

Procedimentos gerais

1. VE e/ou VSA devem verificar o histórico de viagens do paciente para área de risco para a malária ou de locais com ocorrência da doença, nos últimos 30 dias que antecederam os sinais e sintomas.
2. Confirmação da suspeita do caso: VE deve verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das fichas do SINAN (Anexo 1).
3. VE ou VSA deve comunicar imediatamente o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado.
4. VE deve solicitar a coleta da amostra biológica imediatamente para a confirmação de diagnóstico laboratorial, com requisição no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL pelo serviço de saúde.

Material biológico	Acondicionamento	Tempo para chegada ao Lacen	Observações	Encaminhar
Sangue total (1 tubo)	2 a 8°C	Imediatamente		Lacen Chapecó; A noite, finais de semana e feriados – comunicar o sobreaviso da GERSA.

5. Resultado positivo pelo Lacen.
 - 5.1 VE deve solicitar o medicamento antimalárico específico para a 4ª Regional de Saúde do Estado o mais breve possível .
 - 5.2 O tratamento oportuno da malária, além de curar o indivíduo e diminuir sua incapacidade e risco de complicações, busca interromper a cadeia de transmissão.
6. Registrar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET.
7. Realizar investigação epidemiológica e ambiental do caso o quanto antes, através de visita domiciliar realizada pela VE e VSA. Preencher relatório específico (Apêndice 1).
 - 7.1 Assegurar que o paciente esteja assistido pelo serviço de saúde.
 - 7.2 Busca ativa de novos casos.
 - 7.3 Orientar quanto à doença, modo transmissão, sinais e sintomas, medidas de prevenção.
 - 7.4 Investigar as exposições de risco para a doença, tentando identificar o local provável da infecção.
9. Enviar o relatório de investigação (Apêndice 1) devidamente preenchido para o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado e para a Gerência de Vigilância em Saúde.
- 10. Controle de cura por meio da lâmina de verificação de cura (LVC)**
 - 10.1 Orientar a unidade de saúde e o paciente sobre o acompanhamento.

10.2 *Plasmodium falciparum* – em 3, 7, 14, 21, 28 e 42 dias após o início do tratamento.

10.3 *Plasmodium vivax* ou mista – em 3, 7, 14, 21, 28, 42 e 63 dias após o início do tratamento.

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

11. Controle vetorial

11.1 As ações adotadas pela VSA visam impedir a transmissão da doença e seguem as mesmas recomendações técnicas do Programa Nacional de Combate a Dengue (PNCD) proposta pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Resultado laboratorial

1. Obter o laudo pelo Sistema Gal.

1.1. Resultado negativo: encerrar o caso no SINAN.

1.2. Resultado positivo: iniciar o tratamento o mais rápido possível!

1.3 Amostra com resultado inconclusivo, deve-se recoletar.

2. VE deve comunicar a UBS para acompanhamento do paciente; informar o setor de Zoonoses sobre as condutas a serem tomadas e enviar cópia do laudo.

Documentos de referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

DIVE. Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/>>.

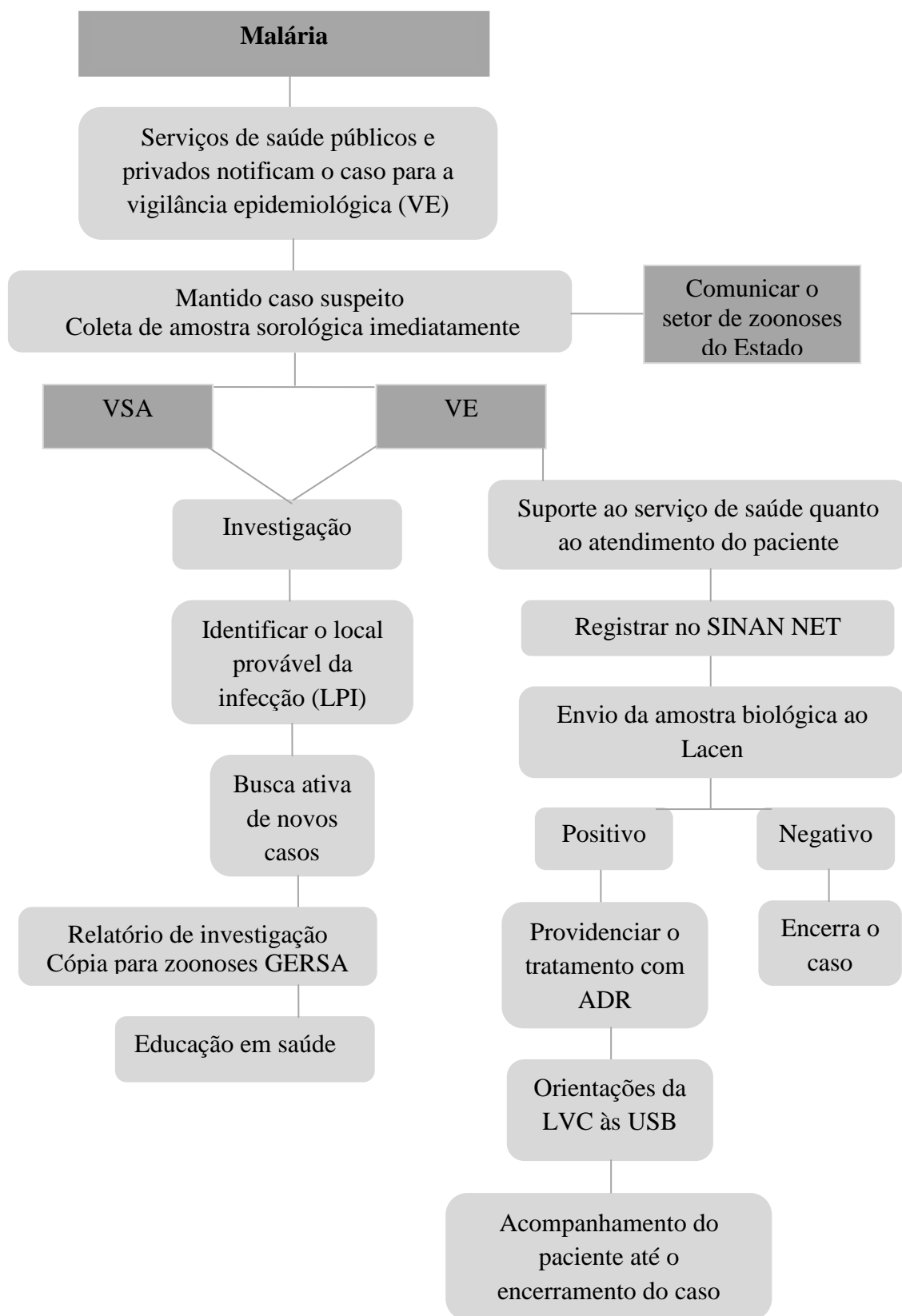
Elaborado por

Francis Maira Schabat

Revisado por

Aprovado por

Douglas Michel Müller
Fritzen

Figura 1 – Fluxograma de atendimento e investigação

Anexo 1 – Fichas de notificação e investigação SINAN

ESTADO DE SANTA CATARINA Secretaria de Estado da Saúde Sistema Único de Saúde – SUS		CADASTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO – SINAN	
1 - Tipo de Notificação		Nº 4827976	
2 - Agravo/doença		3 - Data da Notificação	
4 - UF		Código (IBGE)	
5 - Município de Notificação		7 - Data dos Primeiros Sintomas	
6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
8 - Nome do Paciente		9 - Data de Nascimento	
10 - (ou) Idade		11 - Sexo	
12 - Gestante		13 - Raça/Cor	
14 - Escolaridade		15 - Número do Cartão SUS	
16 - Nome da mãe		17 - Data dos 1ºs Sintomas	
18 - Local Inicial de Ocorrência do Surto		19 - Local Inicial de Ocorrência do Surto	
20 - UF		21 - Município de Residência	
22 - Bairro		23 - Logradouro (rua, avenida,...)	
24 - Número		25 - Complemento (apto., casa,...)	
26 - Geo campo 2		27 - Geo campo 1	
28 - Zona		29 - País (se residente fora do Brasil)	
30 - CEP		31 - (DDD) Telefone	
32 - Zona		33 - País (se residente fora do Brasil)	
34 - Município/Unidade de Saúde		35 - Função	
36 - Nome		37 - Assinatura	

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO MALARIA	
1 - Tipo de Notificação		2 - Individual	
3 - Agravo/doença		MALARIA	
4 - UF		5 - Município de Notificação	
6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 - Data dos Primeiros Sintomas	
8 - Nome do Paciente		9 - Data de Nascimento	
10 - (ou) Idade		11 - Sexo	
12 - Gestante		13 - Raça/Cor	
14 - Escolaridade		15 - Número do Cartão SUS	
16 - Nome da mãe		17 - UF	
18 - Município de Residência		19 - Distrito	
20 - Bairro		21 - Logradouro (rua, avenida,...)	
22 - Número		23 - Complemento (apto., casa,...)	
24 - Geo campo 1		25 - Geo campo 2	
26 - Ponto de Referência		27 - CEP	
28 - (DDD) Telefone		29 - Zona	
30 - País (se residente fora do Brasil)		31 - Data da Investigação	
32 - Ocupação		33 - Principal Atividade nos Últimos 15 Dias:	
34 - Tipo de lâmina		35 - Sintomas:	
36 - Data do Exame:		37 - Resultado do Exame:	
38 - Parasitemia em "cruzes":		39 - Parasitos por mm ³ :	
40 - Esquema de tratamento utilizado, de acordo com Manual de Terapêutica da Malária		41 - Data Início do Tratamento:	

Malária Sinan NET SVS 01/01/2010

Apêndice 1 – Relatório de investigação



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ
VIGILÂNCIA EM SAÚDE/EPIDEMIOLOGIA

INVESTIGAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE DOENÇA FEBRIL AGUDA

- Dengue Chikungunya Zika Febre amarela Malária Leptospirose
 Hantavirose

Identificação

Paciente: _____	Nº Sinan: _____/ _____	
Data da investigação: ____/____/____	Data de nascimento: ____/____/____	Idade: ____
Endereço: _____	Bairro: _____	
Cidade: _____	Telefone: () _____ / () _____	
Ocupação: _____		

Dados Clínicos

<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Hipotensão
<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal	<input type="checkbox"/> Dor torácica
<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Alterações respiratórias	<input type="checkbox"/> Sintomas neurológicos
<input type="checkbox"/> Prostração	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Choque
<input type="checkbox"/> Dor na panturrilha	<input type="checkbox"/> Hemorragia pulmonar	<input type="checkbox"/> Tontura/vertigem
<input type="checkbox"/> Congestão conjuntival	<input type="checkbox"/> Outras hemorragias	<input type="checkbox"/> Astenia
<input type="checkbox"/> Náuseas/Vômito	<input type="checkbox"/> Meningismo	<input type="checkbox"/> Alterações cardíacas
<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Tosse seca	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca
<input type="checkbox"/> Dor lombar (região dos rins)	<input type="checkbox"/> Petéquias	<input type="checkbox"/> Dor abdominal
<input type="checkbox"/> Outros, quais? _____		
Início dos sinais e sintomas ____/____/____		
Ocorreu hospitalização: sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nome do Hospital _____		
Data: ____/____/____		
Doenças pré existentes: Diabetes <input type="checkbox"/> Doença reumática <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/>		
Cardiopatia <input type="checkbox"/> Doença vascular <input type="checkbox"/> Outras: _____		
Medicação de uso contínuo: sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual: _____		
Medicações utilizadas: _____		



Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Raiva animal

Descrição

Doença viral que se caracteriza como uma encefalite progressiva aguda e letalidade de aproximadamente 100%. O vírus rábico, no ciclo urbano, acomete principalmente o cão e o gato. Espécies de morcegos são responsáveis pela manutenção da cadeia silvestre, sendo importantes reservatórios as raposas, canídeos silvestres, gato-do-mato, jaritataca, guaxinim e macacos.

A doença se apresenta de forma variável nas diferentes espécies de mamíferos, razão pela qual todo animal suspeito deve ter o sistema nervoso central coletado e enviado, em condições adequadas, ao Lacen para confirmação diagnóstica.

Raiva em cães e gatos

A fase prodrômica persiste, aproximadamente, por 3 dias. O animal demonstra alterações sutis de comportamento, anorexia, esconde-se, parece desatento e, por vezes, nem atende ao próprio dono. Nessa fase ocorre um ligeiro aumento de temperatura, dilatação de pupilas e reflexos corneais lentos.

Cão - há duas formas de raiva:

- **Raiva furiosa**: causa angústia, inquietude, excitação e agressividade, que se manifesta como expressão natural às sensações de dor a que o animal é submetido, devido à excitação do sistema nervoso central e à preservação da consciência (morde objetos, outros animais e o próprio dono), alterações do latido (latido bitonal), dificuldade de deglutição, sialorreia, tendência a fugir de casa, excitação das vias geniturinárias, irritação no local da agressão, incoordenação motora, crise convulsiva, paralisia, coma e morte. Na fase prodrômica da raiva, os sintomas são inaparentes, podendo ser comparados aos sintomas de qualquer infecção viral (desconforto, febre e apatia).

- **Raiva paralítica**: se manifesta de forma leve ou sem fase de excitação e manifestações de agressividade, apresentando sinais de paralisia que evoluem para a morte devido ao comprometimento respiratório central.

Gatos - com maior frequência, se manifesta sob a forma furiosa.

Período de incubação varia de alguns dias a dois meses, em média. A morte do animal ocorre, em média, entre cinco a sete dias após a apresentação dos sintomas.

Raiva em bovinos

A raiva em bovinos ocorre, predominantemente, pela transmissão por morcegos hematófagos da espécie *Desmodus rotundus* (É. Geoffroy, 1810). Os principais sinais da raiva em bovinos são: incoordenação motora, paralisias ascendentes dos membros pélvicos, posicionamento em decúbito esternal, atonia do rúmen, tremores musculares, salivação, movimentos de pedagem, opistótono, paralisia da cauda, tenesmo, nistagmo, diminuição dos reflexos palpebrais e linguais, ataxia e morte. Os sinais de paralisia aparecem entre o segundo e terceiro dia após o início dos sintomas, sendo a duração da doença, geralmente, de dois a cinco dias.

Raiva em outros animais domésticos de criação

Sintomatologia em equídeos, ovinos, caprinos e suínos é bastante semelhante à dos bovinos. Muitos animais apresentam alteração de comportamento e ingestão de objetos estranhos.

Raiva em animais silvestres

A raiva ocorre naturalmente em muitas espécies de canídeos e outros mamíferos. Lobos, raposas, coiotes, chacais, morcegos (hematófagos ou não hematófagos) são os mais suscetíveis.

Raiva em morcegos

Pode ocorrer uma fase de excitabilidade seguida de paralisia, principalmente das asas, o que faz que esses animais deixem de voar. Deve-se suspeitar, portanto, de morcegos (hematófagos ou não) encontrados em locais e horas não habituais e que não sejam capazes de se desviar de obstáculos interpostos a sua trajetória. O mais importante a considerar é o fato de que o morcego pode albergar o vírus rábico em sua saliva e ser infectante antes de adoecer, por períodos maiores que os de outras espécies.

Procedimentos gerais

1. Caso suspeito em diferentes espécies de animais

1.1 VE ou VSA deve comunicar imediatamente o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado.

1.2 Proceder imediatamente a investigação epidemiológica e ambiental do caso.

2. Diagnóstico laboratorial em diferentes espécies animais

2.1 Coletar e encaminhar ao Lacen amostras biológicas de animais suspeitos da doença, dos que evoluíram à óbito ou encontrados mortos sem outras causas, por profissional habilitado e imunizado (Quadro 1).

2.1.2 Cães e gatos vivos: coletar amostra sorológica.

2.1.3 Cães e gatos que evoluíram para óbito ou eutanásia: coletar a porção de eleição e o corno de Amon ou o hipocampo e porção da medula.

2.1.4 Animais de produção

2.1.4.1 Animal vivo: coletar amostra sorológica.

2.1.4.2 Animal morto: coletar todo o encéfalo ou, de preferência, de fragmentos do sistema nervoso (córtex, cerebelo e hipocampo ou corno de Amon) de ambos os hemisférios e porção da medula. Equídeos, enviar também o bulbo e fragmentos das porções inicial, medial e terminal da medula espinhal.

2.1.5 Animais silvestres: encaminhados os animais inteiros, de forma a permitir sua perfeita identificação;

2.2 Caso não seja possível realizar a coleta do material, pode-se enviar a cabeça ou o animal inteiro, quando de pequeno porte.

2.3 Preencher a ficha para solicitação de exame laboratorial de raiva animal (Anexo 1) e cadastro da requisição no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL (módulo animal).

3. Acondicionamento e preparo da amostra para encaminhamento ao Lacen

3.1 Colocar o material coletado em um frasco com tampa de rosca, de boca larga e de capacidade maior do que o tamanho da amostra, hermeticamente fechado e identificado de maneira clara e visível e envolto por embalagem secundária (saco plástico).

3.2 Colocar o (s) frasco (s) em caixa de isopor com gelo reciclável em quantidade suficiente para manter a amostra refrigerada durante o transporte.

3.2.1 Amostra refrigerada (2 a 8°C): envio até 24 horas.

3.2.2 Amostra congelada: envio > 24 a 48 horas.

Quadro 1 – Orientações de coleta, acondicionamento e transporte das amostras ao Lacen

Material biológico	Acondicionamento	Tempo para chegada ao Lacen	Observações	Encaminhar*
CÃO E GATO (VIVO) Soro (1 tubo)	2 a 8°C	Preferencialmente no mesmo dia da coleta; máximo 5 dias		Lacen. Florianópolis Correio de 2 ^a a 5 ^a feira.
CÃO E GATO (MORTO) SNC	2 a 8°C	Até 24 horas	> 24 a 48 horas, congelar a amostra.	Lacen Florianópolis Correio de 2 ^a a 5 ^a feira.
ANIMAL SILVESTRE Animal inteiro	2 a 8°C	Até 24 horas	> 24 a 48 horas, congelar a amostra.	Lacen Florianópolis Correio de 2 ^a a 5 ^a feira.
ANIMAIS DE PRODUÇÃO (VIVO) Soro (1 tubo)	2 a 8°C	Preferencialmente no mesmo dia da coleta; máximo 5 dias		Lacen Florianópolis Correio de 2 ^a a 5 ^a feira.
ANIMAIS DE PRODUÇÃO (MORTO) SNC	2 a 8°C	Até 24 horas	> 24 a 48 horas, congelar a amostra.	Lacen Florianópolis Correio de 2 ^a a 5 ^a feira.

* A noite, finais de semana e feriados, comunicar o sobreaviso da GERSA.

4. Resultado laboratorial

4.1 Obter o laudo pelo Sistema Gal.

5. Caso confirmado de raiva em cães e gatos

5.1 VE ou VSA deve notificar imediatamente o caso ao departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado.

5.2 Se o animal estiver vivo, não matar - garantir que seja observado com segurança, em ambiente isolado, tendo alimentação adequada, para o acompanhamento da evolução do quadro.

5.3 Se não houver possibilidades de observação do animal em local seguro, recomenda-se sua eutanásia, por profissional habilitado.

5.4 Se o proprietário se negar a seguir a recomendação de eutanásia, o animal deve ser vacinado com a aplicação de três doses de vacina antirrábica canina (VARC), nos dias 0, 7 e 30, e submetido a isolamento por 180 dias, em ambiente domiciliar, com acompanhamento médico veterinário, mediante termo de responsabilidade assinado pelo proprietário.

5.5 Para os animais agredidos, que tenham sido vacinados e estejam dentro do período de imunidade previsto para esse imunobiológico (1 ano), se houver recusa do proprietário em fazer eutanásia, o animal deve ser vacinado (1 dose e 1 reforço, no intervalo de 30 dias) e submetido a isolamento por 180 dias, em ambiente domiciliar, com acompanhamento médico veterinário, mediante termo de responsabilidade assinado pelo proprietário.

5.6 Diante da recusa do proprietário em proceder às medidas acima, os profissionais de saúde, legalmente baseados nos códigos sanitários (federal, estadual ou municipal), devem intervir.

5.7 O isolamento e reforço vacinal só poderão ser aplicados em áreas consideradas controladas para raiva canina.

5.7.1 Determinar a extensão territorial dos bloqueios de focos de cães e/ou gatos, avaliando o risco de transmissão da raiva para outros cães e/ou gatos, assim como aos seres humanos da área considerada.

5.7.2 A estratégia a ser adotada nas campanhas de vacinação em massa (bloqueio de foco) pode ser do tipo casa a casa, postos fixos ou mistos (casa acasa + postos fixos).

5.7.2.1 As informações sobre as coberturas vacinais dos animais da área, quando disponíveis, são importantes para o processo de decisão quanto à extensão inicial e seletividade do bloqueio.

5.7.3 Recomenda-se a vacinação de cães e gatos a partir dos 2 meses de idade, com a orientação de 1 dose de reforço após 30 dias.

5.7.4 O sucesso no controle da raiva canina depende de uma cobertura vacinal acima de 80% da população

canina estimada.

6. Termo de responsabilidade em recusa de eutanásia

6.1 Documento datado e assinado pelo proprietário em 2 vias, contendo:

- endereço completo do proprietário.
- dados do proprietário (nome completo, número do Registro Geral – RG, número do Cadastro Geral de Contribuintes da Receita Federal – CPF).
- dados do animal (espécie, nome, sexo, raça, idade, pelagem).
- termos textuais comprometendo o proprietário a manter o animal em isolamento completo por 180 dias, com acompanhamento periódico por médico veterinário.
- emissão de laudo semanal pelo médico veterinário que contenha informações sobre estado de saúde do animal (cão ou gato).

7. Casos de raiva em morcegos positivos

7.1 VE ou VSA deve notificar imediatamente o caso ao departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado e às autoridades da agricultura.

7.2 Encaminhar, de imediato, as pessoas que tiveram contato direto com morcegos ou que sofreram agressão, para unidades básicas de saúde ou unidades de referência, para que as medidas profiláticas sejam aplicadas de acordo com norma técnica de profilaxia antirrábica vigente (nota técnica nº 006 DIVE/SUV/SES/2017).

7.3 Não é recomendado o bloqueio vacinal em cães e gatos, nem a busca ativa de outros morcegos (colônias) para envio ao laboratório.

8. Casos de raiva em animais de produção

8.1 VE ou VSA deve notificar imediatamente o caso ao departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado.

8.2 VE ou VSA deve notificar imediatamente às autoridades da agricultura para o desencadeamento das ações de controle: indicação de vacinação nos rebanhos, captura e controle de morcegos hematófagos e educação sanitária.

8.3 Encaminhar de imediato, para unidades básicas de saúde ou unidades de referência, as pessoas que tiveram contato direto com animais de produção, para que as medidas profiláticas sejam aplicadas de acordo com norma técnica de profilaxia antirrábica vigente e intensificar a busca ativa de pessoas contatantes do caso.

9. Vigilância em saúde

9.1 A identificação da área onde ocorreu a transmissão é de fundamental importância para direcionar a continuidade do processo de investigação e a extensão das medidas de vigilância e controle imediatas.

9.2 Buscar, no LPI, pessoas e outros animais que foram expostos ao mesmo animal agressor ou a outros animais suspeitos.

9.3 Verificar o acesso dos expostos aos serviços de saúde e realizar busca ativa dos pacientes faltosos e/ou que abandonaram a profilaxia da raiva humana.

9.4 Em caso suspeito ou confirmado de raiva em morcegos devem ser avaliados ainda, quando possível, a espécie, hábitos alimentares, localização de possíveis abrigos, risco de infecção para outras espécies animais, mudanças climáticas, alterações no meio ambiente, mudanças de processos produtivos e empreendimentos imobiliários, entre outros aspectos.

9.5 Nos casos de suspeita de raiva humana transmitida por morcegos hematófagos, recomenda-se observar presença de esfoliação em animais e/ou humanos; aparecimento de casos de encefalites em humanos, anteriormente ao evento relatado; existência de animais de criação (bovinos, equídeos, caprinos, entre outros); presença de áreas de desmatamento ou reflorestamento; mudança de processos produtivos (rotatividade em culturas e/ou na agropecuária); presença de moradias sem proteção adequada, ou seja, que permitam a entrada dos morcegos; novos assentamentos urbanos e rurais, regiões de garimpo, áreas com projetos de exploração de madeira e outras culturas; proximidade de povoados com matas florestais.

Documentos de referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

SANTA CATARINA. **Nota Técnica nº 006 de 25 de setembro de 2017**. Florianópolis, Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Raiva Animal: Manual de diagnóstico laboratorial da Raiva**. Ministério da Saúde, edição 2008.

Elaborado por

Francis Maira Schabat

Revisado por

Aprovado por:

Douglas Michel Müller
Fritzen

Anexo 1 – Ficha para solicitação de exame laboratorial de raiva animal



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA DE ZOOSE E ENTOMOLOGIA



FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME LABORATORIAL DE RAIVA ANIMAL

Identificação do proprietário ou responsável	1. Município: _____	2. Nº do Protocolo: _____
	3. Nome: _____	
	4. Endereço: _____	5. Telefone: (____) _____ - _____
	6. Local de referência: _____	

Identificação da amostra	7. Espécie: _____	8. Sexo: () M () F	9. Idade: _____
	10. Tipo de material: () Fragmentos do Sistema Nervoso Central () Animal inteiro (somente silvestres)		
	11. Data da coleta do material: ____/____/____	12. Data do envio do material: ____/____/____	
	13. Animal Vacinado: () Sim () Não	14. Data da Vacinação: ____/____/____	

Agressões	15. Houve agressões em humanos: () Sim () Não
	16. Nome da(s) pessoa(s) agredida(s): _____ _____
	17. Houve agressões em animais: () Sim () Não
	18. Conduta: _____ _____

Outras informações	MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO DA AMOSTRA: _____ _____ _____ _____ _____
--------------------	--

Responsável pela coleta: _____ Telefone: (____) _____ - _____

Responsável pelo envio: _____ Telefone: (____) _____ - _____

***OBS.: O MESMO NÚMERO DO PROTOCOLO DEVE ESTAR IDENTIFICADO NA AMOSTRA.**



Executante: Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) e Epidemiológica (VE)

Raiva humana

Descrição

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%.

Sinais e sintomas

Após um período variável de incubação, surgem os pródromos, que duram em média de 2 a 10 dias, e os sinais clínicos são inespecíficos. O paciente apresenta 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 à palpação, hiperestesia e parestesia no trajeto de nervos periféricos, próximos ao local da mordedura, bem como alterações de comportamento. A infecção progride, surgindo manifestações de 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, são, em geral, de 2 a 7 dias.

Diagnóstico diferencial

Não existem dificuldades para estabelecer o diagnóstico quando o quadro clínico vier acompanhado de sinais e sintomas característicos da raiva, precedidos por mordedura, arranhadura ou lambedura de mucosas provocadas por animal raivoso. Esse quadro clínico típico ocorre em cerca de 80% dos pacientes.

No caso da raiva humana transmitida por morcegos hematófagos, cuja forma é predominantemente paralítica, o diagnóstico é incerto e a suspeita recai em outros agravos que podem ser confundidos com raiva humana: 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 rbdovírus; e tularemia. No exame físico, frente à suspeita clínica, observar atentamente o fâcies, presença de hiperacusia, hiperosmia, fotofobia, aerofobia, hidrofobia e alterações do comportamento.

Reservatórios

Apenas os mamíferos transmitem e são acometidos pelo vírus da raiva.

No Brasil, caninos e felinos constituem as principais fontes de infecção nas áreas urbanas. Os quirópteros (morcegos) são os responsáveis pela manutenção da cadeia silvestre, entretanto, outros mamíferos, como canídeos silvestres (raposas e cachorro do mato), felídeos silvestres (gatos do mato), outros carnívoros silvestres (jaritatacas, mão pelada), marsupiais (gambás e saruês) e primatas (saguís), também apresentam importância epidemiológica nos ciclos enzoóticos da raiva.

Na zona rural, a doença afeta animais de produção, como bovinos, equinos e outros, transmitida pelo morcego hematófago *Desmodus rotundus* (É. Geoffroy, 1810).

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 doentes. A cadeia epidemiológica da doença apresenta quatro ciclos de transmissão: urbano, rural, silvestre aéreo e silvestre terrestre.

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. Está diretamente relacionado à localização, extensão e profundidade da mordedura, arranhadura, lambedura ou contato com a saliva de animais infectados; distância entre o local do ferimento, do cérebro e troncos nervosos; concentração de partículas virais inoculadas e cepa viral. Para cada espécie animal, o período de incubação é diferente, variando de 15 dias a 4 meses, exceto para os quirópteros, cujo período pode ser maior.

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.

Procedimentos gerais

1. VE deve verificar se o serviço de saúde realizou o preenchimento das fichas de notificação e investigação do SINAN (Anexo 1).
2. VE deve comunicar imediatamente o departamento de Zoonoses da 4ª Regional de Saúde do Estado.
3. Proceder imediatamente a investigação epidemiológica do caso.
4. Solicitar a coleta da amostra biológica para confirmação de diagnóstico laboratorial e requisição no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, pelo serviço de saúde.

Material biológico	Acondicionamento	Tempo para chegada ao Lacen	Observações	Encaminhar*
Raspado de mucosa lingual (<i>Swab</i>)	Manter e enviar em temperatura ambiente	Imediatamente após a coleta	Utilizar <i>swab</i> estéril. Acondicionar o <i>swab</i> em tubo hermeticamente fechado.	Lacen Florianópolis Correio de 2ª a 5ª feira.
Folículo piloso (biópsia de pele da região cervical – nuca)	Manter e enviar congelada -20°C.	Imediatamente após a coleta		Lacen Florianópolis Correio de 2ª a 5ª feira.
Soro e sangue (1 tubo de cada)	Manter e enviar de 2 a 8 °C	Imediatamente após a coleta		Lacen Florianópolis Correio de 2ª a 5ª feira.

* A noite, finais de semana e feriados, comunicar o sobreaviso da GERSA.

3. Tratamento

- 3.1 Deve ser aplicado o mais precocemente possível.
- 3.2 O Protocolo de Recife deve ser adotado frente a casos confirmados da doença.
- 3.3 Os casos suspeitos de raiva humana, principalmente aqueles que serão submetidos ao tratamento pelo Protocolo do Recife, não devem receber vacina ou soro antirrábico. A vacina é indicada para a profilaxia da raiva humana.

4. VE e VSA

- 4.1 A identificação da área onde ocorreu a transmissão é de fundamental importância para direcionar a continuidade do processo de investigação e a extensão das medidas de vigilância e controle imediatas.
- 4.2 Buscar, no LPI, pessoas e outros animais que foram expostos ao mesmo animal agressor ou a outros animais suspeitos.
- 4.3 Verificar o acesso dos expostos aos serviços de saúde e realizar busca ativa dos pacientes faltosos e/ou

que abandonaram a profilaxia da raiva humana.

4.4 Em caso de morcegos, devem ser avaliados ainda, quando possível, a espécie, hábitos alimentares, localização de possíveis abrigos, risco de infecção para outras espécies animais, mudanças climáticas, alterações no meio ambiente, mudanças de processos produtivos e empreendimentos imobiliários, entre outros aspectos.

4.5 Nos casos de suspeita de raiva humana transmitida por morcegos hematófagos, recomenda-se observar presença de esfoliação em animais e/ou humanos; aparecimento de casos de encefalites em humanos, anteriormente ao evento relatado; existência de animais de criação (bovinos, equídeos, caprinos, entre outros); presença de áreas de desmatamento ou reflorestamento; mudança de processos produtivos (rotatividade em culturas e/ou na agropecuária); presença de moradias sem proteção adequada, ou seja, que permitam a entrada dos morcegos; novos assentamentos urbanos e rurais, regiões de garimpo, áreas com projetos de exploração de madeira e outras culturas; proximidade de povoados com matas florestais.

Resultado laboratorial

1. Obter o laudo pelo Sistema Gal.

1.1 Resultado negativo: encerrar o caso.

1.2 Resultado positivo

1.2.1 VE deve comunicar imediatamente o setor de Zoonoses da GERSA.

Documentos de referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

SANTA CATARINA. **Nota Técnica nº 006 de 25 de setembro de 2017**. Florianópolis, Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

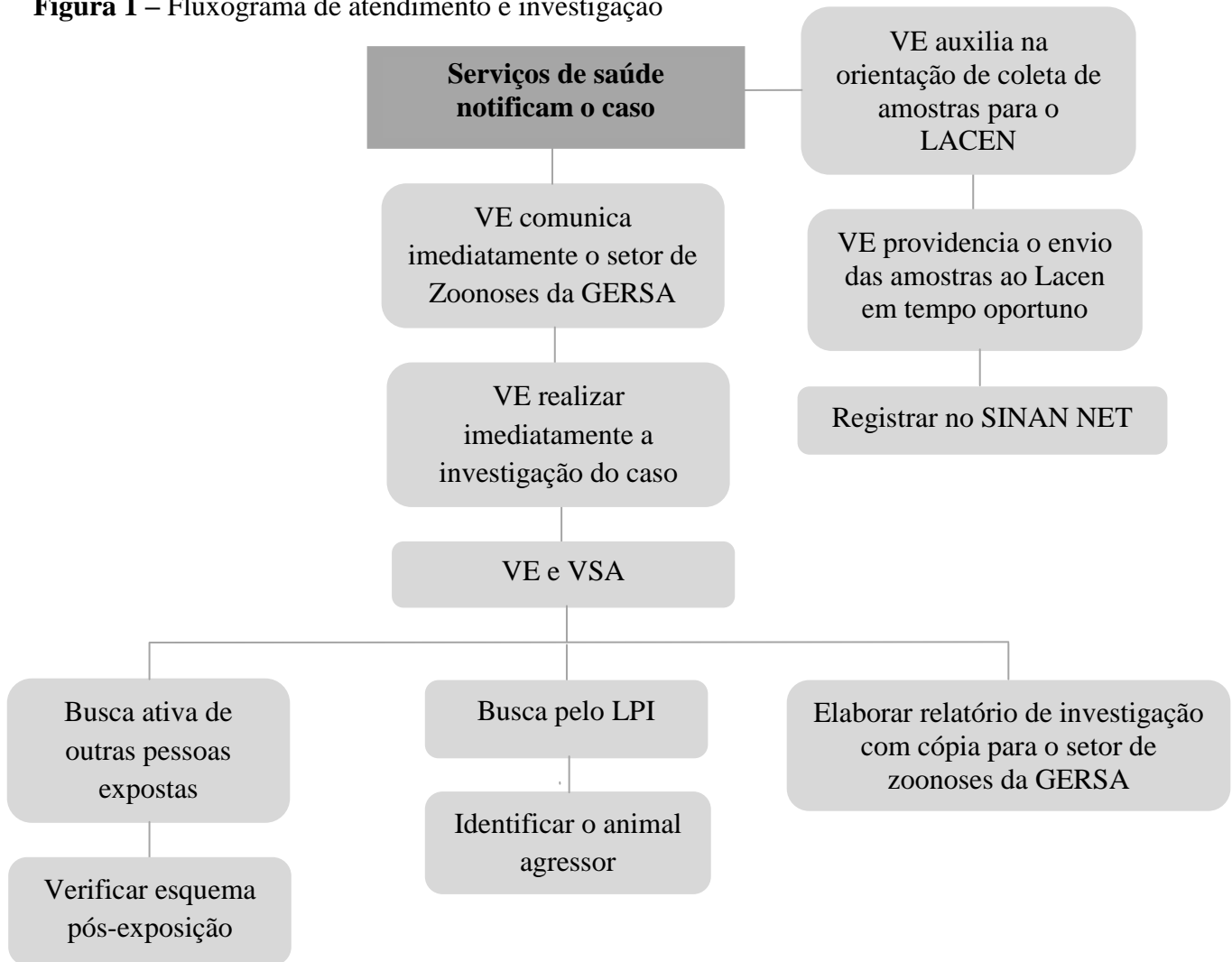
Elaborado por

Francis Maira Schabat

Revisado por

Aprovado por:

Douglas Michel Müller
Fritzen

Figura 1 – Fluxograma de atendimento e investigação

Anexo 1 – Fichas de notificação e investigação SINAN

ESTADO DE SANTA CATARINA Secretaria de Estado da Saúde Sistema Único de Saúde – SUS		CADASTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO – SINAN	
1 - Tipo de Notificação		Nº 4827976	
2 - Agravo/doença <input type="checkbox"/> 1 - Negativa <input type="checkbox"/> 2 - Individual <input type="checkbox"/> 3 - Surto <input type="checkbox"/> 4 - Inquérito Tracoma			
4 - UF		5 - Município de Notificação	
6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 - Data dos Primeiros Sintomas	
8 - Nome do Paciente			
10 - (ou) Idade		11 - Sexo	
12 - Gestante		13 - Raça/Cor	
14 - Escolaridade			
15 - Número do Cartão SUS			
16 - Nome da mãe			
17 - Local Inicial de Ocorrência do Surto			
18 - Nº de Casos Suspeitos			
19 - Local Inicial de Ocorrência do Surto			
20 - UF			
21 - Município de Residência			
22 - Distrito			
23 - Bairro			
24 - Logradouro (rua, avenida, ...)			
25 - Número			
26 - Complemento (apart., casa, ...)			
27 - Geo campo 1			
28 - Geo campo 2			
29 - Ponto de Referência			
30 - CEP			
31 - (DDD) Telefone			
32 - Zona			
33 - País (se residente fora do Brasil)			
Município/Unidade de Saúde			
Nome		Assinatura	

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO	
FICHA DE INVESTIGAÇÃO		RAIVA HUMANA	
CASO SUSPEITO: Todo paciente com quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico.			
1 - Tipo de Notificação		2 - Individual	
3 - Agravo/doença		RAIVA HUMANA	
4 - UF		5 - Município de Notificação	
6 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 - Data dos Primeiros Sintomas	
8 - Nome do Paciente			
10 - (ou) Idade		11 - Sexo	
12 - Gestante		13 - Raça/Cor	
14 - Escolaridade			
15 - Número do Cartão SUS			
16 - Nome da mãe			
17 - UF		18 - Município de Residência	
19 - Bairro		20 - Logradouro (rua, avenida, ...)	
21 - Número		22 - Complemento (apto., casa, ...)	
23 - Geo campo 1		24 - Geo campo 2	
25 - Ponto de Referência		26 - CEP	
27 - (DDD) Telefone		28 - Zona	
29 - País (se residente fora do Brasil)		30 - País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso			
31 - Data da Investigação		32 - Ocupação	
33 - Tipo de Exposição ao Vírus Rábico			
34 - Localização			
35 - Ferimento			
36 - Tipo de Exposição			
37 - Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?			
38 - Número de Doses Aplicadas			
39 - Data da Última Dose			
40 - Espécie do Animal Agressor			
41 - Animal Vacinado			
42 - Ocorreu Hospitalização?			
43 - Data da Internação			
44 - UF			
45 - Município do Hospital		46 - Nome do Hospital	
47 - Principais Sinais/Sintomas			
48 - Principais Sinais/Sintomas			

Raiva Humana

Sinan NET

SVS 08/05/2006