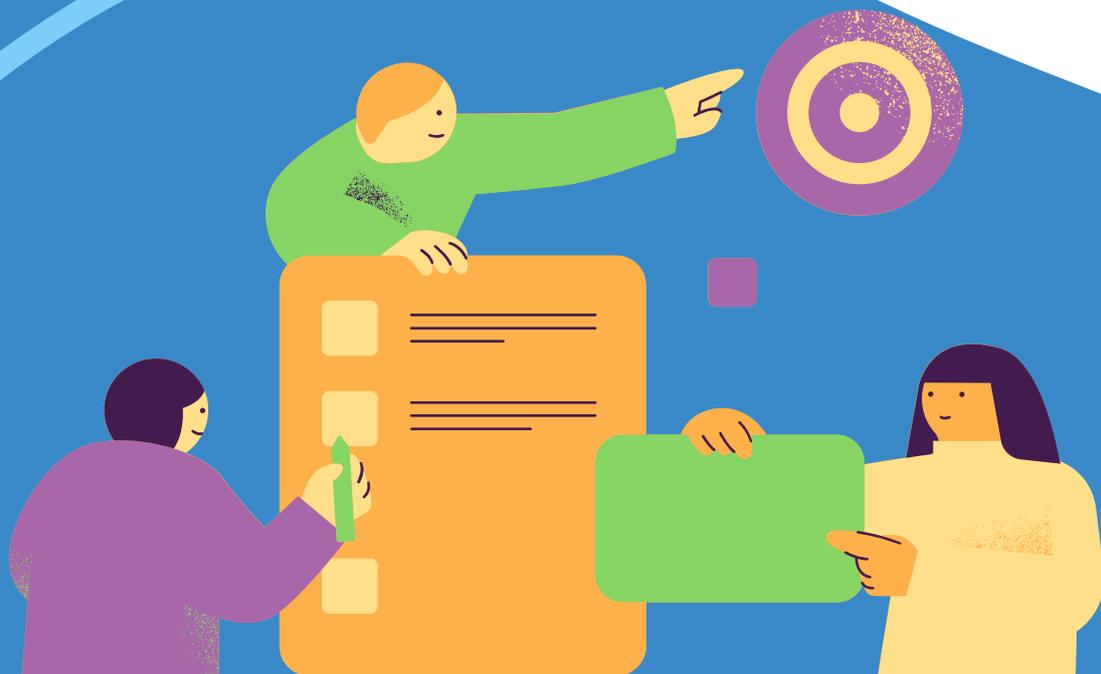


1º EDIÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GUIA ORIENTATIVO

PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE
MUNICIPAL DA SERRA



SERRA
2025

1º EDIÇÃO

CAPÍTULO 1

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SERRA
2025

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE: **Fernanda Coimbra Mota da Silva**
SUBSECRETÁRIA DE GESTÃO EM SAÚDE: **Juliana Rocha Rangel**
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: **Paulo Jussim de Souza Junior**
GERENTE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: **Michelle Santos de Oliveira Salles**
SUPERVISORA DE AGRAVOS DE DOENÇAS NÃO CRÔNICAS: **Suellen Machado Sabino**
SUPERVISORA DA REDE DE FRIO: **Juliana Rodrigues de Almeida Brandão**
SUPERVISORA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: **Julia Cotto Bonella**

Equipe Técnica:

Alexandre Coutinho Sattler - Epidemiologista
Amanda Santuzzi da Silva - Investigadora do SIM e membro do CMMI
Ana Maria Rodrigues de Souza Ferreira - Referência Técnica Municipal das Endemias
Andreia Cristina Miranda L. de Souza - Agente de Saúde Pública e Apoiadora do CIEVS
Bianca Silva Oliveira Munaldi - Referência Técnica Municipal da Esporotricose
Camila de Rezende Coelho - Referência Técnica Municipal da Tuberculose
Clarice Sampaio Cunha - Referência Técnica Municipal da Saúde do Trabalhador
Dacyara Leonora Messias - Referência Técnica Municipal do SIM
Denise Martins de Oliveira - Programa Municipal de Imunizações
Elzeny Gama Carlos - Referência Técnica e Coordenadora do CIEVS
Érika Martins Braga - Referência Técnica Municipal da Sífilis e membro do CTV
Fernando Antônio Alves de Jesus - Referência Técnica Municipal do SIM e Apoiador do CIEVS
Gabriela Borges de Oliveira - Referência Técnica Municipal da Profilaxia do Tétano Acidental, Tétano neonatal, Covid, Influenza, Sarampo, Rubéola, Paralisia Flácida Aguda e Apoiadora do CIEVS
Isabela Cavatti Vieira - Referência Técnica do Núcleo de Prevenção a Violências
Janayna Pereira de Souza - Referência Técnica do Programa Municipal de Profilaxia da Raiva Humana
Jennifer Caroline Ferreira da Vitória Carneiro - Referência Técnica do Núcleo de Prevenção a Violências
Joalina Karla Venturim N. Scardua - Referência Técnica da Rede Frio/Programa Municipal de Imunização
Józima Januário de Souza - Referência Técnica das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, Síndrome Congênita e Toxoplasmose
Maria Isabel de Carvalho Delmaestro Claeys - Referência Técnica Municipal das Meningites, Varicela, Caxumba, Coqueluche, Difteria, e Apoiadora do CIEVS
Marcia Lourdes Ferreira Meira - Referência Técnica de Hepatites Virais, HIV e membro do CTV
Micheline Neves do Nascimento Loureiro - Referência Técnica do Programa Municipal da Hanseníase
Patricia Benevesuth Lima - Referência Técnica do SINASC
Paulo Rodrigues Weigert - Referência Técnica Municipal Intoxicação Exógena
Samira Ferreira Paiva Moure - Referência Técnica da Rede Frio/Programa Municipal de Imunização
Simone Dias Clarindo Coutinho - Referência Técnica do Programa Municipal de Profilaxia da Raiva Humana
Sônia Pedrosa Faria - Comitê Mortalidade Materno Infantil
Vitor Rosa de Oliveira - Programa Municipal das Arboviroses

Agentes de Saúde Pública

Eudesmar Barbosa dos Santos
Juliane Alves da Silva
Rachel Cardoso Loksinger
Regiane Gaede Ohnesorge
Sandra Marta Alves Siman

Agentes de Endemias

Gabrielle Endringer Ribeiro
Marta Edna Fávaro
Palubya Pereira da Silva

Técnico de Enfermagem

Joyce dos Santos Ribeiro

Equipe Administrativa

Terezinha de Jesus Pimentel

AGRADECIMENTOS

Agradecimento à Equipe da Vigilância Epidemiológica

Gostaria agradecer cada um de vocês pelo trabalho incrível na construção do Guia Orientativo para a nossa rede de saúde. Esse projeto não teria sido possível sem o esforço, a dedicação e o comprometimento de todos.

Cada um de vocês trouxe seu conhecimento, experiência e cuidado para garantir que este guia seja uma ferramenta útil e de qualidade, que fará a diferença na nossa atuação junto à comunidade.

Sei o quanto cada um se dedicou para garantir que todos os detalhes fossem bem pensados, e o quanto o trabalho de vocês é essencial para o sucesso da nossa missão. É um privilégio contar com profissionais tão competentes e comprometidos.

Cada passo dado neste projeto é um reflexo do trabalho de excelência que desenvolvemos. Estou certa de que esse guia será um marco importante para a nossa rede de saúde e para a melhoria do atendimento à população.

Muito Obrigada!

Suellen Machado Sabino

Organizadora do Guia Orientativo

Supervisora de Agravos Não Crônicos

LEGENDA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS-Avaliação Neurológica Simplificada
Anti-HBc IgM- anticorpos da classe IgM contra o antígeno do capsídeo do HBV
Anti-HBc total-anticorpos totais anti-hepatite B core
Anti-HBe-anticorpo específico contra o antígeno “e” do vírus da hepatite B
Anti-HBs-anticorpos contra o antígeno de superfície do HBV
Anti-HCV- anticorpo contra o HCV
Anti-HDV total- anticorpos contra HDV
Anti-HEV total-Marcador sorológico de escolha para o diagnóstico de infecção aguda por HEV
APAE- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS- Atenção Primária à Saúde
ASP-Agente de Saúde Pública
BAAR- Bacilo Álcool - ácido Resistente - BAAR (escarro)
BCG- Bacila de Calmette-Guérin
BO- Boletim de Ocorrência
CAT-Comunicação de Acidente de Trabalho
CDC-Centro de Controle de Doenças
CDP- Centro de Detenção Provisória
CEDAB-Centro de Diagnóstico da Apae de Vitória
CENTRO POP- Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CIAT-Comunicação Interna de Acidente de Trabalho
CIATOX-Centro de Informação e Assistência Toxicológica
CID-Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIEVS-Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CMMI-Comitê de Estudo da Mortalidade Materno-Infantil
COMIDS-Conselho Municipal de Direitos e Defesa da Pessoa Idosa da Serra
CRAS-Centro de Referência de Assistência Social
CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRIE-Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais
CRM- Conselho Regional de Medicina
CTV-Comitê de Transmissão Vertical de Sífilis, HIV, Hepatites B e C
DEAM-Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DENV- Vírus da Dengue
DML- Departamento Médico Legal
DNV-Declaração de Nascidos Vivos
DO- Declaração de Óbito
DPCA-Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente
DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRT-Doença relacionada ao Trabalho
dT- Vacina dupla bacteriana do tipo adulto
DTP + HB + Hib- Vacina Pentavalente-Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada)
DTP- Tríplice Bacteriana Infantil- Vacina adsorvida Difteria, tétano, coqueluche
dTpa- Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis
EAG- Evento Adverso Grave
EAPV- Evento Adverso Pós-Vacinação
ECA-Estatuto da Criança e do Adolescente
ELISA-Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay (Teste sorológico imunoenzimático)
EPF-Exame Parasitológico de Fezes
EPI-Equipamento de Proteção Individual
ES- Espírito Santo
ESAVI-Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização
ESF-Estratégia Saúde da Família
e-SUS- VS- Sistema de Informação em Saúde e-SUS Vigilância em Saúde
GAL- Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GOV- Governamental

HAB- Vírus da Hepatite B
HAV- Vírus da Hepatite A
HBeAG-detecta o antígeno HBeAg, uma proteína do vírus da hepatite B
HBsAg-Antígeno de superfície do HBV
HBV-Vírus da Hepatite B
HCV- Vírus da Hepatite C
HDV- Vírus da Hepatite D
HEV- Vírus da Hepatite E
HINSG-Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória
HIV-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HPV-Papilomavírus Humano
HUCAM- Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
ID-Intradérmico
IgG-Imunoglobulina G
IGHAHB-Imunoglobulina anti Hepatite B
IGHAR-Imunoglobulina Antirrábica Humana
IGHAT- Imunoglobulina Humana Antitetânica
IgM-Imunoglobulina M
IGRA- Interferon-gama release assay (ensaio de detecção de interferon-gama em amostras de sangue)
ILTB- Infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis
IL-TB- Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento da ILTB
IM-Intramuscular
IML- Instituto Médico Legal
IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis
LACEN ES- Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo
LGBTQIAP+- lésbicas, gays, bissexuais, transexuais,transgêneros,travestis, queer, assexual,intersexo, pansexual,demais orientações sexuais e identidades de gênero, não-binário, drag queen.
LVC-Coleta de lâmina de Verificação de Cura
MOTT- Micobactéria Não Tuberculosa
MS- Ministério da Saúde
NS1-Proteína não estrutural do vírus da dengue
OMS- Organização Mundial de Saúde
OROV- Vírus da Oropouche
PAISC-Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PC-Perímetro Cefálico
PEC- Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP- Pós-Exposição
PERFIL + PA-Raio X
PNI-Programa Nacional de Imunização
PPD- Purified protein derivated (derivado proteico purificado)
PQT-U-Poliqumioterapia Única da Hanseníase
PREP- Pré-Exposição
PT- Prova Tuberculínica
PVHIV- Pessoa vivendo com HIV
RESP- Registro de Eventos em Saúde Pública
RNA-Ácido Ribonucleico
RT-PCR-Transcrição Reversa seguida de Reação em cadeia da Polimerase
RT-Referência Técnica
SAD- Soro Antidiftérico
SAE/CTA- Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Testagem e Aconselhamento
SAR- Soro Antirrábico Humano
SASV-Serviço de Atenção a pessoa em Situação Violência Sexual

SAT- Soro Antitetânico
SCIH- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SCZ- Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika
SEDU-Secretaria de Estado da Educação
SEPPOM-Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres
SIM-Sistema de Informações Sobre Mortalidade
SINASC- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SI-PNI-Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SRC-Síndrome de Rubéola Congênita
STORCH-Sífilis congênita, Toxoplasmose congênita, Rubéola congênita, Citomegalovirose congênita, Herpes simples congênita
SUS- Sistema Único de Saúde
SVO-Serviço de Verificação de Óbito
TB- Tuberculose
TCC-Tomografia Computadorizada de Crânio
TB-Tuberculose
TCC-Tomografia Computadorizada de Crânio
T-CD4-Linfócitos T são células do sistema imunológico e também um grupo de glóbulos brancos (leucócitos) responsáveis pela defesa do organismo contra agentes desconhecidos (antígenos). CD4 (Grupamento de diferenciação 4 ou cluster of differentiation, em inglês) é uma molécula que se expressa na superfície de algumas células T, macrófagos, monócitos, célula dendrítica [1] e nos neutrófilos
TDO- Tratamento diretamente observado
TP-Teste do Pezinho
TRM-TB-Teste Rápido Tuberculose - TB
US- Unidade de Saúde
UBS-Unidade Básica de Saúde
UPA-Unidade de Pronto Atendimento à Saúde
URS- Unidade Regional de Saúde
USG-Ultrassonografia
US-TF -Ultrassonografia Transfontanela
UTI- Unidade de Terapia Intensiva
VAS- Vigilância Ambiental da Serra
VE- Vigilância Epidemiológica
VHB-Vacina adsorvida Hepatite B
VOP-Vacina Oral Poliomielite
VO-Via Oral
YFV-Vírus da Febre Amarela
ZIKV- Vírus Zika

ÍNDICE

ARBOVIROSES	
CHIKUNGUNYA	14
DENGUE	16
FEBRE AMARELA	18
OROPOUCHE	20
ZIKA	22
SÍNDROME CONGÊNITA RELACIONADA AO VÍRUS DA ZIKA	24
ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS	29
ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO	31
BOTULISMO	43
CAXUMBA	49
COQUELUCHE	51
DIFTERIA	53
DOENÇA DIARREICAS AGUDAS	57
ESPOROTRICOSE HUMANA	61
ESQUISTOSSOMOSE	69
FEBRE MACULOSA	71
HANSENÍASE	73
HEPATITES VIRAIS	79
HIV	87
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	92
LEISHIMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	95
LEPTOSPIROSE	97
MALÁRIA	99
MENINGITES	101
MONKEYPOX	103
POLIOMIELITE/ PARALISIA FLÁCIDA AGUDA	105
RUBÉOLA	108
SARAMPO	112
SÍFILIS	116
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA	
COVID	122
INFLUENZA	128
TÉTANO ACIDENTAL	132

ÍNDICE

TOXOPLASMOSE	138
TOXOPLASMOSE GESTACIONAL	139
TOXOPLASMOSE CONGÊNITA	143
TUBERCULOSE	147
INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE	155
VARICELA (CATAPORA)	161
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA	163
VIGILÂNCIA SAÚDE DO TRABALHADOR	170
SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	174
e-SUS - VS	175
GAL	181
SINASC	184
SIM	188
CIEVS	190
COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNO INFANTIL	191
PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO	192
SALA DE VACINA	193
CADASTRO e-SUS NOTIFICA	195
ERRO DE IMUNIZAÇÃO	200
EVENTOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍVEIS À VACINAÇÃO OU	
IMUNIZAÇÃO	202
DOSE SUPERVISIONADA	205
SOLICITAÇÃO E LIBERAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA	
ANTI HEPATITE B	206
PLANTÃO VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	209
REFERÊNCIAS	211

AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA E SUA IMPORTÂNCIA NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SERRA-ES

Os agravos de notificação compulsória são doenças, agravos ou eventos de saúde de relevância para a saúde pública, que devem ser informados obrigatoriamente às autoridades de saúde nos níveis municipal, estadual e nacional. A notificação desses eventos é essencial para o monitoramento, controle e planejamento de ações de saúde pública, além de possibilitar a implementação de medidas de prevenção e controle, colaborando para a proteção da população e a redução de surtos e epidemias.

A Vigilância Epidemiológica (VE) desempenha papel crucial na identificação precoce e no acompanhamento dessas doenças. No município da Serra, o mais populoso do Espírito Santo e localizado na Região Metropolitana da Grande Vitória, a VE é fundamental para a proteção da saúde pública, especialmente devido à alta densidade populacional e à diversidade de situações de saúde. A notificação de doenças, particularmente aquelas com potencial de disseminação rápida, é essencial para a coordenação de respostas eficazes e ágeis.

A Importância da Notificação Compulsória

A Vigilância Epidemiológica envolve um processo contínuo de coleta, análise, consolidação e disseminação de dados relacionados a eventos de saúde, com o objetivo de planejar e implementar medidas de saúde pública. Além disso, auxilia na detecção, prevenção e controle de fatores que impactam a saúde coletiva e individual, recomendando ações de controle e prevenção, e avaliando a efetividade das estratégias adotadas.

A notificação compulsória é a principal ferramenta para o controle de doenças e agravos na Vigilância Epidemiológica. Atualmente, 57 agravos e doenças estão listados na **Portaria Ministerial nº 3.148, de 6 de fevereiro de 2024**, como de notificação obrigatória em todo o Brasil, além das doenças de interesse estadual no Espírito Santo, conforme a **Portaria nº 115-r, de 4 de agosto de 2022**. Desde a implantação do sistema **e-SUS/VS** em 2020, as notificações no município de Serra passaram a ser descentralizadas, abrangendo todos os serviços de saúde municipais. Isso permite um monitoramento em tempo real da situação epidemiológica, facilitando a adoção de medidas de controle e resposta rápida em diferentes níveis de gestão.



Como Funciona a Notificação Compulsória

Profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e outros, devem notificar imediatamente à autoridade competente quando identificam casos suspeitos ou confirmados de doenças de notificação compulsória.

Nos últimos quatro anos, a Vigilância Epidemiológica recebeu e processou mais de 6.000.000 de notificações no sistema **e-SUS/VS**, provenientes de mais de 50 fontes notificadoras, como unidades de saúde, hospitais, UPA's, escolas e serviços de assistência social. Todos os dados foram analisados e qualificados pelas Referências Técnicas da VE.

As **notas técnicas e protocolos** mudam a medida em que os estudos sobre as doenças avançam e a situação epidemiológica se altera e a vigilância acompanha esse processo, se mantendo atualizada e repassando para as equipes os dados a cerca da situação epidemiológica das doenças no município com informes e notas técnicas, comunicados e boletins epidemiológicos municipais e desta forma realizando papel fundamental na produção de dados que subsidiam as tomadas de decisões pelos gestores municipais.

Conclusão

A **notificação compulsória de doenças** é uma ferramenta crucial para a Vigilância Epidemiológica e para **proteção da saúde pública na Serra** e em todo o estado do Espírito Santo e território nacional. A **colaboração de todos os profissionais** é fundamental para o sucesso do sistema de notificação, garantindo a adoção de medidas rápidas e eficazes de controle e prevenção. Com a implementação de políticas públicas baseadas em **dados confiáveis e atualizados**, é possível proteger a saúde da população e minimizar o impacto de surtos e epidemias.

Com o avanço tecnológico e a rapidez com que as informações chegam aos profissionais de saúde em diferentes níveis de gestão, é essencial manter as equipes constantemente atualizadas. Para isso, consolidamos as informações sobre os agravos e doenças de notificação compulsória neste guia municipal, proporcionando um acesso rápido e prático às informações para consulta.

IMPORTÂNCIA DOS FLUXOGRAMAS NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Fluxogramas são representações gráficas de processos, mostrando as etapas e decisões de um fluxo de trabalho de maneira visual. **Um fluxograma facilita a compreensão de processos complexos, tornando-os mais acessíveis e fáceis de seguir.**

Para garantir a eficiência e a eficácia dos processos de investigação e resposta, a utilização de fluxogramas é fundamental. Estes diagramas visuais facilitam a compreensão dos passos a serem seguidos em cada situação, proporcionando clareza na tomada de decisões, além de otimizar o tempo e os recursos disponíveis.

Os fluxogramas ajudam a sistematizar procedimentos, garantindo que os profissionais de saúde sigam um caminho lógico e padronizado diante de eventos epidemiológicos. Ao mapear claramente os processos envolvidos, os fluxogramas também contribuem para a capacitação contínua das equipes e para a comunicação eficiente entre os diferentes níveis de gestão da saúde.

Portanto, os fluxogramas não são apenas uma ferramenta organizacional, mas um elemento estratégico para a implementação de medidas de controle, prevenção e resposta a surtos e epidemias, garantindo a proteção da saúde pública de forma coordenada e integrada.

Em resumo, fluxogramas apresentados nesse capítulo deverão ser utilizados nos atendimentos aos usuários dos serviços de saúde do município da Serra. Estabelecendo assim, uma poderosa ferramenta de padronização para orientar os profissionais de saúde e melhorar a qualidade da assistência e segurança do paciente/usuário.

Equipe Técnica da Vigilância Epidemiológica

ARBOVIROSES

- Chikungunya
- Dengue
- Febre Amarela
- Oropouche
- Zika
- Síndrome Congênita relacionada ao vírus da Zika

CHIKUNGUNYA

CID10: A920

A Chikungunya é uma doença viral febril aguda, causada pelo vírus chikungunya (CHIKV), pertencente à família *Togaviridae*. É transmitida principalmente pela picada dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* infectados. Assim como a dengue, a chikungunya pode causar febre alta e dores articulares intensas, podendo evoluir para formas crônicas com sintomas persistentes.

Notificação de Casos Suspeitos

Todo caso suspeito de Chikungunya, atendido em unidades de saúde públicas ou privadas, deve ser notificado através da plataforma e-SUS VS, disponível em <https://esusvs.saude.es.gov.br/>.

É essencial que a notificação seja realizada em tempo oportuno e que todos os campos da ficha de notificação compulsória sejam preenchidos corretamente, pois a notificação incompleta prejudica a investigação epidemiológica.

Diagnóstico Laboratorial

O diagnóstico da Chikungunya é realizado, utilizando as seguintes metodologias:

- RT-PCR em Tempo Real: Detecta o RNA viral na fase aguda da infecção, sendo mais indicado **até o 8º dia de sintomas**.
- Sorologia (IgM e IgG): Detecta anticorpos produzidos em resposta ao vírus chikungunya. O teste IgM é mais indicado **após o 6º dia de sintomas**.
- Isolamento Viral: Exame utilizado principalmente para vigilância epidemiológica e estudos científicos.

Períodos Recomendados para Coleta:

- RT-PCR: O Lacen recomenda do 1º ao 8º dia após o início dos sintomas.

Para informações detalhadas sobre coleta e acondicionamento das amostras, acesse o link: [Clique aqui](#)

PARA SOLICITAÇÃO DO EXAME SEGUIR FLUXO DE COLETA DE AMOSTRA PARA ARBOVIROSES DO MUNICÍPIO DA SERRA



Atualizado em
26/01/2024

SECRETARIA DE SAÚDE DA SERRA
Gerência de Vigilância Epidemiológica
Referência Técnica Arboviroses



Fluxo atualizado

ARBOVIROSES: ORIENTAÇÕES PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Chikungunya

Amostra/Exame/Período de coleta		
	Biologia Molecular (RT-qPCR)	Sorologia (IgM/IgG)
Soro	Até o 5º dia de início de sintomas	A partir do 6º dia de início de sintomas

- **Documentação necessária:** Ficha de Notificação/Investigação do e-SUS-VS (impressa) e Cadastro no GAL;
 - Até o 5º dia de início de sintomas: notificar para o agravo suspeito e será realizado o RT-qPCR de Dengue/Zika/Chikungunya
 - Após o 6º dia de início de sintomas: notificar para o agravo suspeito e será realizado a Sorologia do agravo notificado.
- **Público-alvo para exame de Zika:** gestante, recém-nascido e/ou paciente em estado grave;
- **Resultados dos exames:** Site do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL);
- **Local de Coleta:** Unidades Básicas e Regionais de Saúde dentro da rotina de funcionamento do laboratório.



DENGUE

CID10: A37.9

A dengue é uma doença viral febril aguda, causada pelo vírus da dengue (DENV), pertencente à família *Flaviviridae*. É transmitida principalmente pela picada do mosquito *Aedes aegypti* infectado. A dengue pode se apresentar de forma assintomática, sintomática leve ou causar quadros graves, podendo levar ao óbito.

Todo caso suspeito de dengue, atendido em unidades de saúde públicas ou privadas, deve ser notificado através da plataforma e-SUS VS, disponível em <https://esusvs.saude.es.gov.br/>. É essencial que a notificação seja realizada em tempo oportuno e que todos os campos da ficha de notificação compulsória sejam preenchidos corretamente, pois a notificação incompleta prejudica a investigação.

Diagnóstico Laboratorial

O diagnóstico é realizado, por meio das seguintes metodologias:

- RT-PCR em Tempo Real: Detecta o RNA viral na fase aguda da infecção, sendo mais indicado **até o 5º dia de sintomas**.
- Teste de Sorologia (IgM e IgG): Detecta anticorpos produzidos em resposta à infecção pelo vírus da dengue.
- Teste NS1 (antígeno): Detecta a presença do vírus no sangue, sendo indicado nos primeiros dias de sintomas.
- Isolamento Viral: Exame usado para vigilância epidemiológica.

Períodos Recomendados para Coleta:

- RT-PCR: O Lacen recomenda do 1º ao 5º dia após o início dos sintomas.

Para informações detalhadas sobre coleta e acondicionamento das amostras, acesse o link: [Clique aqui](#)

PARA SOLICITAÇÃO DO EXAME SEGUIR FLUXO DE COLETA DE AMOSTRA PARA ARBOVIROSES DO MUNICÍPIO DA SERRA.



Atualizado em
26/01/2024

SECRETARIA DE SAÚDE DA SERRA
Gerência de Vigilância Epidemiológica
Referência Técnica Arboviroses



Fluxo atualizado

ARBOVIROSES: ORIENTAÇÕES PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Dengue

Amostra/Exame/Período de coleta			
	Biologia Molecular (RT-qPCR)	Antígeno, NS1	Sorologia (IgM/IgG)
Soro	Até o 5º dia de início de sintomas	Até o 5º dia de início de sintomas	A partir do 6º dia de início de sintomas

- **Documentação necessária:** Ficha de Notificação/Investigação do e-SUS-VS (impressa) e Cadastro no GAL;
- Até o 5º dia de início de sintomas: notificar para o agravo suspeito e será realizado o RT-qPCR de Dengue/Zika/Chikungunya
- Após o 6º dia de início de sintomas: notificar para o agravo suspeito e será realizado a Sorologia do agravo notificado.
- **Público-alvo para exame de Zika:** gestante, recém-nascido e/ou paciente em estado grave;
- **Resultados dos exames:** Site do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL);
- **Local de Coleta:** Unidades Básicas e Regionais de Saúde dentro da rotina de funcionamento do laboratório.

vig.dengue.serra@gmail.com

FEBRE AMARELA

CID10: A95

A febre amarela é uma doença viral aguda, causada pelo vírus da febre amarela (YFV), pertencente à família *Flaviviridae*. A transmissão ocorre pela picada de mosquitos infectados, como o *Haemagogus* e o *Sabethes* nas áreas silvestres, e pelo *Aedes aegypti* nas áreas urbanas. A febre amarela pode causar desde quadros leves até formas graves, com insuficiência hepática e hemorragias, podendo evoluir para óbito.

Notificação de Casos Suspeitos

- Todo caso suspeito de febre amarela, atendido em unidades de saúde públicas ou privadas deve ser notificado imediatamente, através da plataforma e-SUS VS, disponível em <https://esusvs.saude.es.gov.br/>.
- A notificação deverá ser realizada obrigatoriamente em até 24 horas após a suspeita clínica, para garantir a rápida resposta em saúde pública. Todos os campos da ficha de notificação devem ser preenchidos corretamente.

Diagnóstico Laboratorial

- O diagnóstico da febre amarela pode ser realizado por metodologias laboratoriais, incluindo sorologia, isolamento viral e biologia molecular, considerando os dados clínicos e epidemiológicos para a interpretação dos resultados.

Principais Metodologias:

- RT-PCR em Tempo Real (RT-qPCR): Detecta o genoma viral na fase aguda da infecção, sendo mais indicado até o 10º dia após o início dos sintomas. Pode ser realizado em amostras de sangue, urina, líquido, soro ou tecidos. As amostras devem ser mantidas a -70°C.
- Sorologia (IgM): Realizada pela técnica de ELISA a partir do 6º dia de sintomas. Os resultados reagentes devem ser avaliados com atenção devido à possibilidade de reações cruzadas com outros Flavivírus (como dengue e Zika) e à vacinação recente contra febre amarela.

FEBRE AMARELA

Orientações quanto a coleta de material biológico para o diagnóstico laboratorial de Febre Amarela.

(disponível em: <https://saude.es.gov.br/manuais-lacen>).

EXAME/ MÉTODO	MATERIAL BIOLÓGICO	PERÍODO DE COLETA	ACONDICIONAMENTO TEMPERATURA	TRANSPORTE
Isolamento Viral	Soro ¹ Sangue total sem anticoagulante ² Criança: 2 mL a 5 mL Adulto: 10mL	Até o 5º dia a partir do início dos sintomas Após a coleta, armazenar imediatamente o tubo com a amostra sob refrigeração	Tubo estéril hermeticamente fechado Manter em nitrogênio líquido ou freezer a -70 °C	Nitrogênio líquido ou caixa isotérmica com gelo seco ou reciclável No caso de transporte com gelo reciclável, encaminhar ao LACEN em, no máximo, até 6h
	Fragmentos de, no mínimo, 1 cm ³ de tecidos: fígado, rim, coração, baço, linfonodo	Logo após o óbito ou dentro das primeiras 8h e, no máximo, 24h após o óbito	Recipientes estéreis separados (1 recipiente para cada fragmento de tecido)	
RT- PCR em Tempo Real (RT-qPCR)	Soro ¹ : 2 mL	Até o 10º dia a partir do início dos sintomas	Tubo estéril hermeticamente fechado As amostras poderão ser acondicionadas em geladeira entre 2 a 8°C até no máximo 24 horas após a coleta ou em freezer a -20 °C até 7 dias; após este período, manter a -70 °C	
Pesquisa de IgM por Imunoensaio	Soro ¹ : 2 mL	A partir do 6º dia do início dos sintomas	Tubo de ensaio 12x75mm hermeticamente fechado Manter em geladeira Entre 2 a 8 °C por até 48 horas após a coleta ou em freezer a - 20 °C até o momento do envio	Caixa isotérmica com gelo seco ou gelo reciclável
Imuno-histoquímica	Fragmentos de pele com vasculite, músculos, rim, fígado e pulmão (mínimo, 1 cm ³) ^c	Material de biópsia: antes do início do tratamento Material de necropsia: até 24h após o óbito	Frasco estéril com solução de formalina 10% tamponada ou incluídos em blocos de parafina Temperatura ambiente	Caixa isotérmica sem gelo

ORPOUCHE

CID10: A930



A febre oropouche é uma arbovirose causada pelo vírus Oropouche (OROV), pertencente à família *Peribunyaviridae*. A transmissão ocorre pela picada do inseto *Culicoides paraensis* (maruim).

Quadro Clínico:

Os sinais e sintomas da febre oropouche incluem: febre abrupta (38°C a 39,5°C); cefaleia intensa, especialmente occipital; mialgia; artralgia; náusea; vômito; diarreia; tontura; calafrios; fotofobia e exantema maculopapular. O quadro é autolimitado, com duração média de 5 a 7 dias, podendo ocorrer recidiva após um período de melhora.

Notificação:

Todo caso suspeito deve ser notificado no e-SUS VS para dengue e solicitado coleta de RT-PCR para arboviroses. Caso suspeito é caracterizado por febre aguda, sintomas compatíveis com a doença e histórico de exposição em áreas endêmicas ou com transmissão recente.

A febre oropouche deve ser notificada imediatamente no e-SUS VS, dentro de 24 horas após a confirmação laboratorial.

Link de acesso e- SUS VS: <https://esusvs.saude.es.gov.br/>

Diagnóstico laboratorial:

É realizado por meio da metodologia:

- RT-PCR em Tempo Real : Detecta o RNA viral na fase aguda da infecção.

Para solicitação do exame, seguir fluxo de coleta de amostra para arboviroses.

Link de acesso fluxo de coleta: <https://encurtador.com.br/eH0cG>

Períodos recomendados para coleta:

- RT-PCR: Do 1º ao 5º dia do início dos sintomas .

Para informações detalhadas sobre coleta e acondicionamento das amostras, acesse o link: [Clique aqui](#)

PARA SOLICITAÇÃO DO EXAME SEGUIR FLUXO DE COLETA DE AMOSTRA PARA ARBOVIROSES DO MUNICÍPIO DA SERRA.



Atualizado em
26/01/2024

SECRETARIA DE SAÚDE DA SERRA
Gerência de Vigilância Epidemiológica
Referência Técnica Arboviroses



Fluxo atualizado

ARBOVIROSES: ORIENTAÇÕES PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Dengue

Amostra/Exame/Período de coleta			
	Biologia Molecular (RT-qPCR)	Antígeno, NS1	Sorologia (IgM/IgG)
Soro	Até o 5º dia de início de sintomas	Até o 5º dia de início de sintomas	A partir do 6º dia de início de sintomas

Chikungunya

Amostra/Exame/Período de coleta		
	Biologia Molecular (RT-qPCR)	Sorologia (IgM/IgG)
Soro	Até o 5º dia de início de sintomas	A partir do 6º dia de início de sintomas

Zika

Amostra/Exame/Período de coleta		
	Biologia Molecular (RT-qPCR)	Sorologia (IgM/IgG)
Soro	Até o 5º dia de início de sintomas	A partir do 6º dia de início de sintomas
Urina	do 1º ao 15º dia de início dos sintomas (Ao coletar urina nas UAPS/URS, entregar a amostra ao técnico do laboratório terceirizado e ligar para o Laboratório Municipal informando sobre a coleta para ser encaminhada ao Lacen/ES)	

- **Documentação necessária:** Ficha de Notificação/Investigação do e-SUS-VS (impressa) e Cadastro no GAL;
- Até o 5º dia de início de sintomas: notificar para o agravo suspeito e será realizado o RT-qPCR de Dengue/Zika/Chikungunya
- Após o 6º dia de início de sintomas: notificar para o agravo suspeito e será realizado a Sorologia do agravo notificado.
- **Público-alvo para exame de Zika:** gestante, recém-nascido e/ou paciente em estado grave;
- **Resultados dos exames:** Site do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL);
- **Local de Coleta:** Unidades Básicas e Regionais de Saúde dentro da rotina de funcionamento do laboratório.

ZIKA

CID10: A92.8

A Zika é uma doença viral febril aguda, causada pelo vírus Zika (ZIKV), pertencente à família *Flaviviridae*. Assim como a dengue e a chikungunya, é transmitida pela picada dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* infectados. Embora a maioria dos casos sejam assintomática ou apresente sintomas leves, a Zika ganhou relevância por estar associada a complicações neurológicas, como a síndrome de Guillain-Barré e microcefalia congênita em recém-nascidos de mães infectadas durante a gravidez.

Notificação de Casos Suspeitos

Todo caso suspeito de Zika, atendido em unidades de saúde públicas ou privadas, deve ser notificado através da plataforma e-SUS VS, disponível em <https://esusvs.saude.es.gov.br/>.

É essencial que a notificação seja realizada em tempo oportuno e que todos os campos da ficha de notificação compulsória sejam preenchidos corretamente, pois a notificação incompleta prejudica a investigação epidemiológica.

Diagnóstico Laboratorial

O diagnóstico da zika é realizado pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (Lacen/ES), utilizando as seguintes metodologias:

- RT-PCR em Tempo Real: Detecta o RNA viral na fase aguda da infecção, sendo mais indicado até o 5º dia de sintomas.
- Sorologia (IgM e IgG): Detecta anticorpos produzidos em resposta ao vírus zika. O teste IgM é indicado após o 5º dia de sintomas.
- Isolamento Viral: Exame utilizado principalmente para vigilância epidemiológica e estudos científicos.

Períodos Recomendados para Coleta:

- RT-PCR: Do 1º ao 5º dia após o início dos sintomas.

Orientação de Coleta e Acondicionamento das Amostras:

Para informações detalhadas sobre coleta e acondicionamento das amostras, acesse o link: [Clique aqui](#)

PARA SOLICITAÇÃO DO EXAME SEGUIR FLUXO DE COLETA DE AMOSTRA PARA ARBOVIROSES DO MUNICÍPIO DA SERRA.



Atualizado em
26/01/2024

SECRETARIA DE SAÚDE DA SERRA
Gerência de Vigilância Epidemiológica
Referência Técnica Arboviroses



Fluxo atualizado

ARBOVIROSES: ORIENTAÇÕES PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Zika

Amostra/Exame/Período de coleta		
	Biologia Molecular (RT-qPCR)	Sorologia (IgM/IgG)
Soro	Até o 5º dia de início de sintomas	A partir do 6º dia de início de sintomas
Urina	do 1º ao 15º dia de início dos sintomas (Ao coletar urina nas UAPS/URS, entregar a amostra ao técnico do laboratório terceirizado e ligar para o Laboratório Municipal informando sobre a coleta para ser encaminhada ao Lacen/ES)	

- **Documentação necessária:** Ficha de Notificação/Investigação do e-SUS-VS (impressa) e Cadastro no GAL;
 - Até o 5º dia de início de sintomas: notificar para o agravo suspeito e será realizado o RT-qPCR de Dengue/Zika/Chikungunya
 - Após o 6º dia de início de sintomas: notificar para o agravo suspeito e será realizado a Sorologia do agravo notificado.
- **Público-alvo para exame de Zika:** gestante, recém-nascido e/ou paciente em estado grave;
- **Resultados dos exames:** Site do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL);
- **Local de Coleta:** Unidades Básicas e Regionais de Saúde dentro da rotina de funcionamento do laboratório.

vig.dengue.serra@gmail.com

SÍNDROME CONGÊNITA RELACIONADA AO VÍRUS DA ZIKA

Síndrome Congênita

A Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ) compreende um conjunto de anomalias congênitas que podem incluir alterações visuais, auditivas e neuropsicomotoras que ocorrem em indivíduos (embriões ou fetos) expostos à infecção pelo vírus durante a gestação. A SCZ pode ser diagnosticada durante o pré-natal ou após nascimento.

Agente etiológico: O vírus Zika (ZIKV) é um arbovírus composto de RNA da família Flaviviridae (gênero Flavivirus).

Modo de transmissão: a principal forma de transmissão da infecção pelo vírus Zika em gestantes é através da picada pela fêmea do mosquito *Aedes aegypti*, mas a transmissão também pode ocorrer através de relação sexual com indivíduos infectados ou através de transfusão sanguínea, a qual apresenta baixo risco devido à triagem de doadores e testes hematológicos.

O ZIKV possui a capacidade de atravessar a barreira placentária e infectar o embrião. O embrião/ feto é suscetível durante todo o período gestacional, e quanto mais precoce for a infecção gestacional, mais graves tendem a ser as evoluções dos casos. Desse modo, tem-se o primeiro trimestre gestacional como o período mais crítico para ocorrência de anomalias congênitas decorrentes da infecção pelo Zika vírus. O ZIKV já foi detectado na saliva, urina e leite materno, entretanto a transmissão por meio desses fluidos corporais ainda não foi evidenciada.

As gestantes infectadas, na forma assintomática, também podem transmitir o vírus ao feto, podendo ocasionar aborto espontâneo, óbito fetal ou malformações congênitas.

Manifestações Clínicas da SCZ: é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, sendo a microcefalia o sinal clínico mais comum. A microcefalia é uma anomalia congênita caracterizada pela redução do perímetro cefálico.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a microcefalia com base nos seguintes critérios:

- **Microcefalia:** recém-nascidos com perímetro cefálico inferior a 2 desvios-padrão, ou seja, mais de 2 desvios-padrão abaixo da média para idade gestacional e sexo;
- **Microcefalia grave:** recém-nascidos com perímetro cefálico inferior a 3 desvios-padrão, ou seja, mais de 3 desvios-padrão abaixo da média para idade gestacional e sexo.

Exames físicos e neurológicos dos casos confirmados ou suspeitos de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika:

- Hipertonia
- Persistência ou exageros dos reflexos arcaicos
- Desproporção craniofacial
- Alteração de PC/hidrocefalia pela expansão da fontanela anterior
- Epilepsia/espasmos
- Irritabilidade/Hiperexcitabilidade
- Alterações visuais
- Alterações auditivas
- Dificuldades de deglutição
- Atraso do desenvolvimento

Exames de Imagem

Os exames de imagem são importantes para confirmação diagnóstica em crianças com microcefalia e outras anomalias congênitas. Os resultados dos exames poderão ajudar a determinar a causa subjacente da microcefalia e outras alterações do sistema nervoso central. Principais exames utilizados:

- Ultrassonografia Transfontanela (US-TF)
- Tomografia Computadorizada de Crânio (TCC)
- Fundoscopia

Exames Laboratoriais

O diagnóstico laboratorial específico do vírus Zika baseia-se principalmente na detecção de RNA viral a partir de espécimes clínicos. O período virêmico ainda não está completamente estabelecido, mas acredita-se que seja de curta duração. Desta forma, é possível a detecção direta do vírus em um período de 4 a 7 dias após do início dos sintomas. Com isso, recomenda-se que o exame do material (soro) seja realizado, preferencialmente, até o 5º dia do início dos sintomas. Na amostra de urina é possível detectar o RNA viral até o 15º dia de sintomas. O exame preconizado para confirmação de vírus Zika é a reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa (RT-PCR) e está disponível no LACEN/ES. A sorologia para detecção de anticorpos contra o vírus Zika (IgM e IgG) pode ser coletada a partir do 6º dia do início de sintomas.

Material biológico (soro e/ ou urina): os RNs que apresentem anomalia(s) congênita(s) ou que são filhos de gestantes confirmadas para Zika, indica-se a coleta até o 8º dia, preferencialmente nas primeiras 48h após nascimento.

O resultado positivo para vírus Zika não elimina a possibilidade de infecção por outros agentes pois a coinfeção de vírus Zika com o vírus da dengue ou chikungunya pode ocorrer, mesmo sendo rara. Assim, é importante investigar os outros arbovírus mais frequentes no nosso território (dengue e chikungunya).

Recomenda-se ao serviço hospitalar realizar a investigação de todos os casos de infecções congênicas para os vírus zika e outros agentes etiológicos do STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simplex), pois são os patógenos mais frequentemente relacionados às infecções uterinas com potencial risco ao feto.

É importante orientar que as gestantes com suspeita de Zika devem ser acompanhadas na atenção primária conforme protocolos de Pré-natal do Ministério da Saúde, e reforçamos aos serviços de saúde a atenção quanto as notificações de todo caso suspeito de arbovirose, assim como, a realização de coleta dos exames dentro do prazo oportuno, e por último, a notificação e o acompanhamento minucioso de crianças em investigação para Síndrome Congênita conforme o Protocolo do Ministério da Saúde disponível no link https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_integradas_vigilancia_atencao_em_ergencia_saude_publica.pdf.

Ações da Vigilância Epidemiológica:

Investigar todos os casos e óbitos suspeitos de SCZ

Monitorar o perfil epidemiológico da SCZ

Detectar precocemente surtos de SCZ

Produzir e disseminar informações epidemiológicas sobre a SCZ

Recomendar medidas de prevenção e controle da SCZ

Notificação de SCZ:

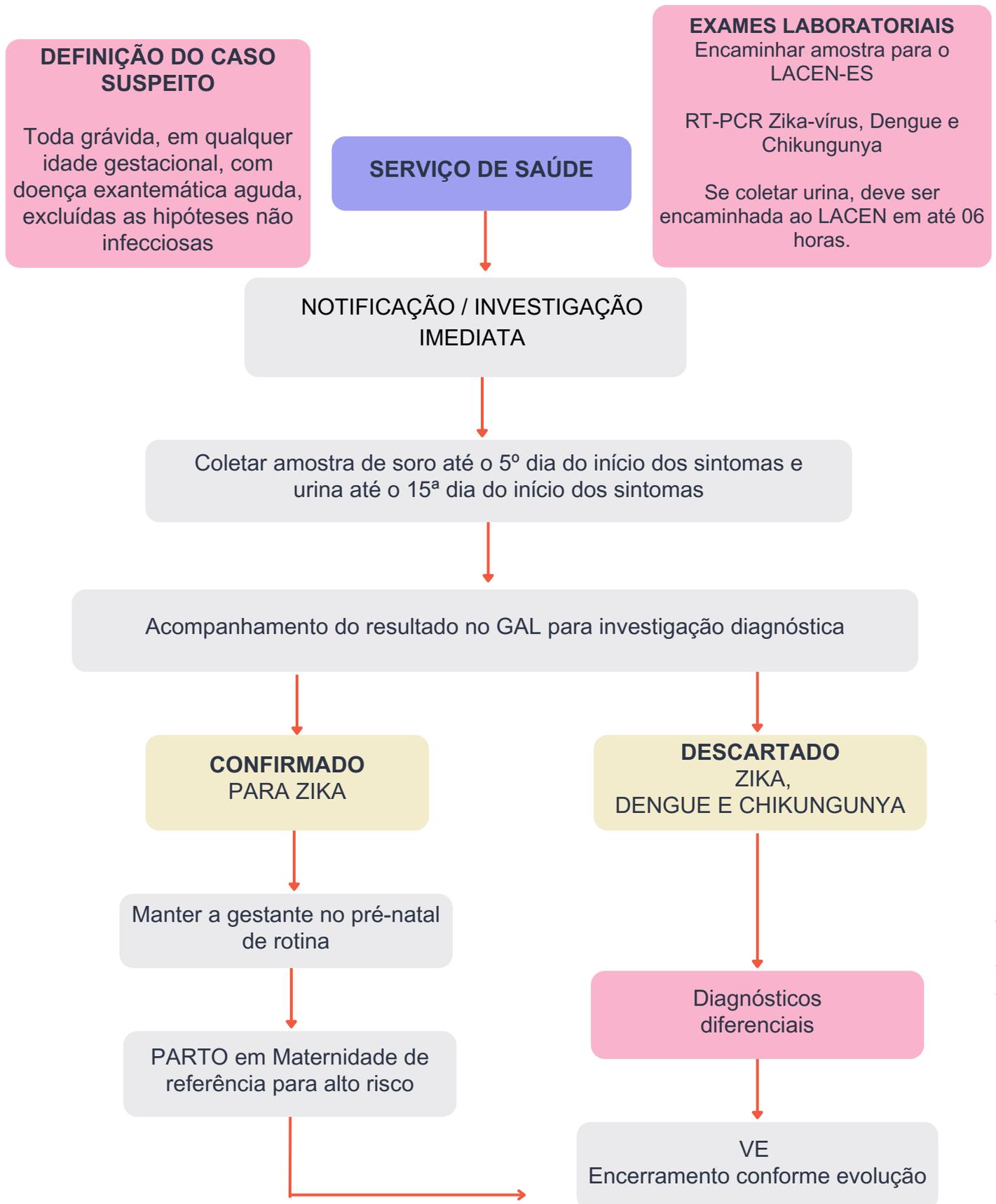
Conforme disposto na Portaria nº 420, 2 de março de 2022, a SCZ é um agravo de notificação compulsória em todo o território nacional. Todos os casos que atenderem às definições de caso previamente citadas deverão ser registrados no formulário eletrônico, Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP).

O sistema de notificação é online e não precisa de cadastro, basta entrar no site e realizar a notificação com todos os dados necessários.

Link de acesso ao RESP: <http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel>



FLUXOGRAMA PARA INVESTIGAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE ZIKA VÍRUS EM GESTANTES



ACIDENTE COM ANIMAIS

PEÇONHENTOS

CID10: X29

São aqueles causados por alguns animais com condições de produzir um veneno tóxico e a capacidade de inoculá-lo. Essas toxinas causam alterações locais e em muitos casos, sistêmicas.

Os principais são : serpentes, escorpião, aranhas, lagartas, abelhas, vespas, formigas

Observação: Todo paciente deve ser atendido em serviço de Urgência/Emergência, por um médico, para o diagnóstico e tratamento adequado. Os pacientes submetidos à soroterapia devem ser hospitalizados para monitoramento da evolução e de possível aparecimento de reações adversas ao antiveneno, avaliação da eficácia da soroterapia e verificação da ocorrência de complicações locais e/ou sistêmicas.

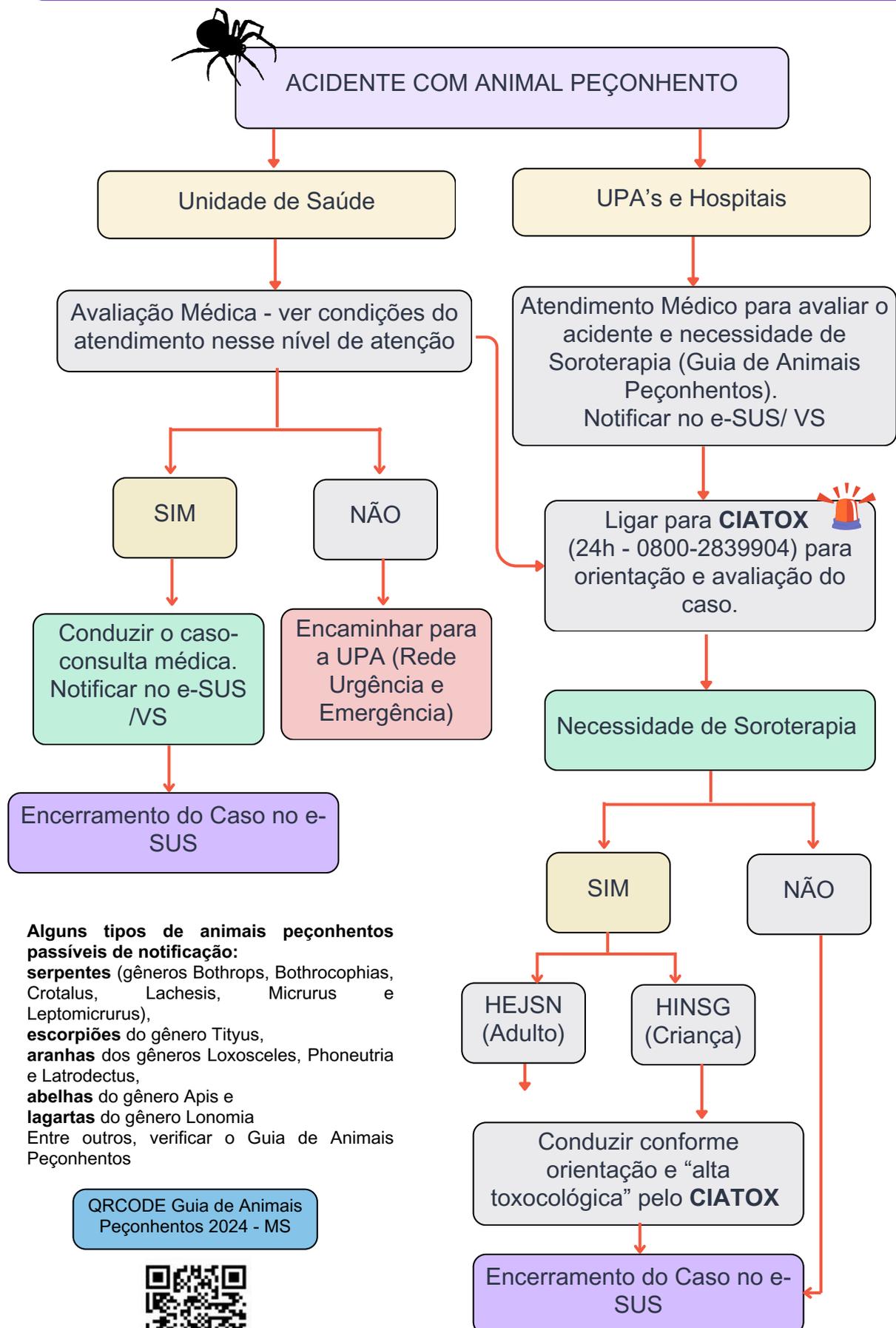
Notificação: Paciente com evidências clínicas compatíveis com envenenamento por animal peçonhento, com ou sem a identificação do animal causador do acidente.

Para a Vigilância Epidemiológica, são considerados confirmados todos os casos que se enquadrem nesta definição, independentemente da realização de tratamento soroterápico, devendo ser notificado no e-SUS VS pelo serviço que estiver realizando o atendimento.

Importante o preenchimento do campo 56 para identificação de Acidente de trabalho /RT Saúde do trabalhador.



FLUXOGRAMA PARA ACIDENTES ANIMAIS PEÇONHENTOS



ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO

CID10: W64

A raiva é uma doença infecciosa viral aguda, que acomete mamíferos, inclusive o homem, e caracteriza-se como uma encefalite progressiva e aguda com letalidade de aproximadamente 100%.

É causada pelo Vírus do gênero Lyssavirus, da família Rabdoviridae. É um gênero de Vírus RNA de cadeia negativa.

A raiva apesar de ser uma doença antiga, ainda se faz presente em muitas regiões e países, o que justifica as medidas de prevenção, principalmente, considerando-se os fatores de risco, de acordo com as atividades profissionais desenvolvidas.

Sendo assim, surge a necessidade da identificação, estabelecimento de medidas de contenção e notificação de casos de agressão de forma rápida para que ocorra a prevenção adequada.

Modo de transmissão: a raiva é transmitida ao homem pela saliva de animais infectados, principalmente por meio da mordedura, podendo ser transmitida também pela arranhadura e/ou lambedura desses animais.

Período de incubação: é variável entre as espécies, desde dias até anos, com uma média de 45 dias no ser humano, podendo ser mais curto em crianças. O período de incubação está relacionado à localização, extensão e profundidade da mordedura, arranhadura, lambedura ou tipo de contato com a saliva do animal infectado; da proximidade da porta de entrada com o cérebro e troncos nervosos; concentração de partículas virais inoculadas e cepa viral.

Sintomas: mal-estar geral; pequeno aumento de temperatura; anorexia; cefaleia; náuseas; dor de garganta; entorpecimento; irritabilidade; inquietude; sensação de angústia; hiperestesia e parestesia no trajeto de nervos periféricos, próximos ao local da mordedura, e alterações de comportamento.

Complicações: 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 (“hidrofobia”).

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 e fotofobia.

Definição de caso para atendimento antirrábico: indivíduo de qualquer idade que tenha sido agredido por mamífero com potencial para a transmissão da raiva (mesmo os domiciliados), exceto os roedores domésticos; profissionais com risco de exposição permanente ao vírus da raiva, durante atividades ocupacionais e pessoas com risco de exposição ocasional ao vírus, como turistas que viajam para áreas de raiva não controlada que devem ser avaliados individualmente.

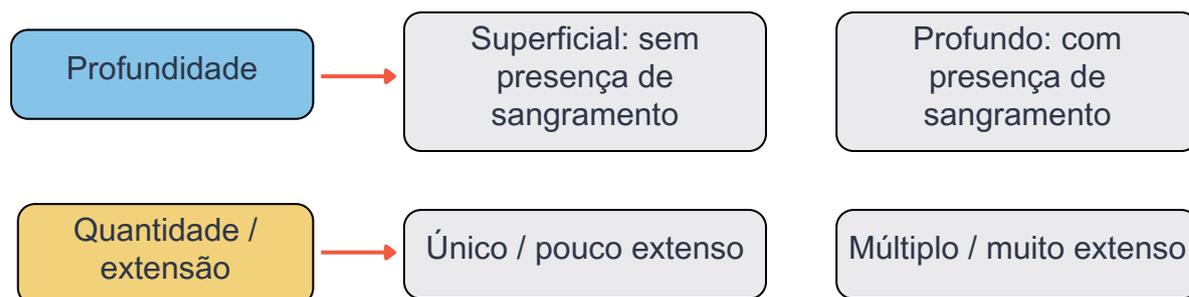
e sempre avaliar a ferida juntamente com o tipo de animal agressor (classificação), nunca separadamente. Isso se faz necessário para evitarmos tratamentos desnecessários ou a falta do mesmo.

Para uma boa análise do caso, deve-se avaliar o animal em conjunto com a ferida e nunca separadamente.

O animal é classificado de acordo com sua condição, descrita abaixo:



Com relação à ferida temos a seguinte classificação:



Obs 1.: A limpeza deve ser realizada em todos os ferimentos, de maneira cuidadosa e visando eliminar as sujidades sem agravar o ferimento.

Obs 2.: Avaliar a necessidade de atualização de esquema vacinal contra o tétano. Realizar curativo com aproximação das bordas no ferimento profundo, se necessário, evitando suturas.

A partir da agressão procedem-se os seguintes tratamentos:

PÓS-EXPOSIÇÃO: Acidente com animais com potencial para a transmissão da raiva.

Sempre que houver indicação, tratar o paciente em qualquer momento, independentemente do tempo transcorrido entre a exposição e o acesso à unidade de saúde.

O tratamento varia de acordo com o animal e ferimento. Podendo variar entre: observação animal ou vacina ou vacina e soro.

PRÉ – EXPOSIÇÃO: para profissionais com risco de exposição permanente ao vírus da raiva, durante atividades ocupacionais.

O tratamento seria com duas doses de vacina e exame sorológico específico, 15 dias após a segunda dose de vacina.

Caso o paciente não complete o tratamento indicado ou a observação animal foi considerada impossível; é de responsabilidade do serviço, que atendeu o paciente, realizar busca ativa imediata daqueles que não comparecerem nas datas agendadas, para a aplicação de cada dose da vacina ou alteração de tratamento conforme o caso.

Em toda a agressão por animal com potencial para a transmissão da raiva deve-se verificar e atualizar o esquema vacinal antitetânico.

Abaixo temos os fluxos de tratamento de acordo com o animal agressor/tratamento.



FLUXOGRAMA DA PRÉ-EXPOSIÇÃO - ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO

PROFISSIONAIS COM RISCO DE EXPOSIÇÃO PERMANENTE AO VÍRUS DA RAIVA

NUNCA VACINADO

Tratamento com **duas doses de vacina**; nos dias 0
e 7

Encaminhar para sala de vacina para administração
do imunobiológico

Coleta de material para sorologia - 15 dias após a última dose de
vacina

Encaminhar paciente para o Laboratório Municipal juntamente com formulário do
LACEN + Ficha de notificação

LABORATÓRIO CENTRAL MUNICIPAL

Encaminhar amostra ao Laboratório Central - LACEN, juntamente com formulário
do LACEN, GAL e FICHA DE NOTIFICAÇÃO impressas.

ANTERIORMENTE VACINADO

Coleta de sorologia

ALGUMAS ORIENTAÇÕES QUANTO A COLETA:

A coleta deverá ser realizada após 14º dia da vacina;

A amostra deverá ser mantida em geladeira em temperatura entre 2 a 8°C por até 48 horas após a coleta ou em freezer a - 20°C até o momento do envio;

O transporte da amostra deverá ser feito dentro de caixa isotérmica com gelo reciclável;
O preenchimento do formulário do LACEN será realizado pela Unidade de Saúde;

RESULTADO SOROLÓGICO

$\geq 0,5$ UI/ml - registrar resultado no prontuário e/ou ficha de notificação e cartão de vacina

$\leq 0,5$ UI/ml - encaminhar sala de vacina para fazer mais 01 dose de vacina, fazer nova coleta de sangue após 14 dias e anotar resultado no PEC, ficha de notificação e registrar resultado



FLUXOGRAMA ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO

ANIMAL PASSÍVEL DE OBSERVAÇÃO E SEM SINAIS SUGESTIVOS DE RAIVA (CÃO E GATO)

Observação animal por 10 dias -
Vigilância Ambiental (VAS)

Serviço de saúde envia ficha
para Vigilância Ambiental (VAS)

ANIMAL SADIO

Unidade de Referência: encerrar o
caso na ficha e-SUS-VS

ANIMAL DESAPARECIDO OU SEM
condições de análise
laboratorial

Alteração de tratamento
(Conforme fluxo de animal não passível de
observação)

NÃO iniciar esquema vacinal em animal observável.
AGUARDAR resultado de observação animal.

ANIMAL NÃO PASSÍVEL DE OBSERVAÇÃO

ACIDENTE LEVE

ACIDENTE GRAVE

REEXPOSIÇÃO

Lavar ferimento com água
e sabão

Esquema de tratamento
(Conforme fluxo de reexposição)

04 Doses de **VACINA**,
administradas nos dias: 0,
3, 7 e 14

Iniciar esquema
IMEDIATAMENTE

SAR: PESO X 0,2
IGHAR: PESO X 0,133

VACINA E SORO

04 Doses de **VACINA**, administradas
nos dias: 0, 3, 7 e 14

SORO: quantidade a ser
administrada de acordo com o peso

Aplicar a dose de soro, no máximo em "até 07 dias" após a aplicação da 1ª dose de vacina



FLUXOGRAMA ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO - ACIDENTE COM MORCEGO





FLUXOGRAMA ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO - ACIDENTE COM ROEDOR URBANO

ROEDOR URBANO

(ratazana de esgoto, rato de telhado, camundongo, cobaia ou porquinho-da-índia, hamster e coelho)

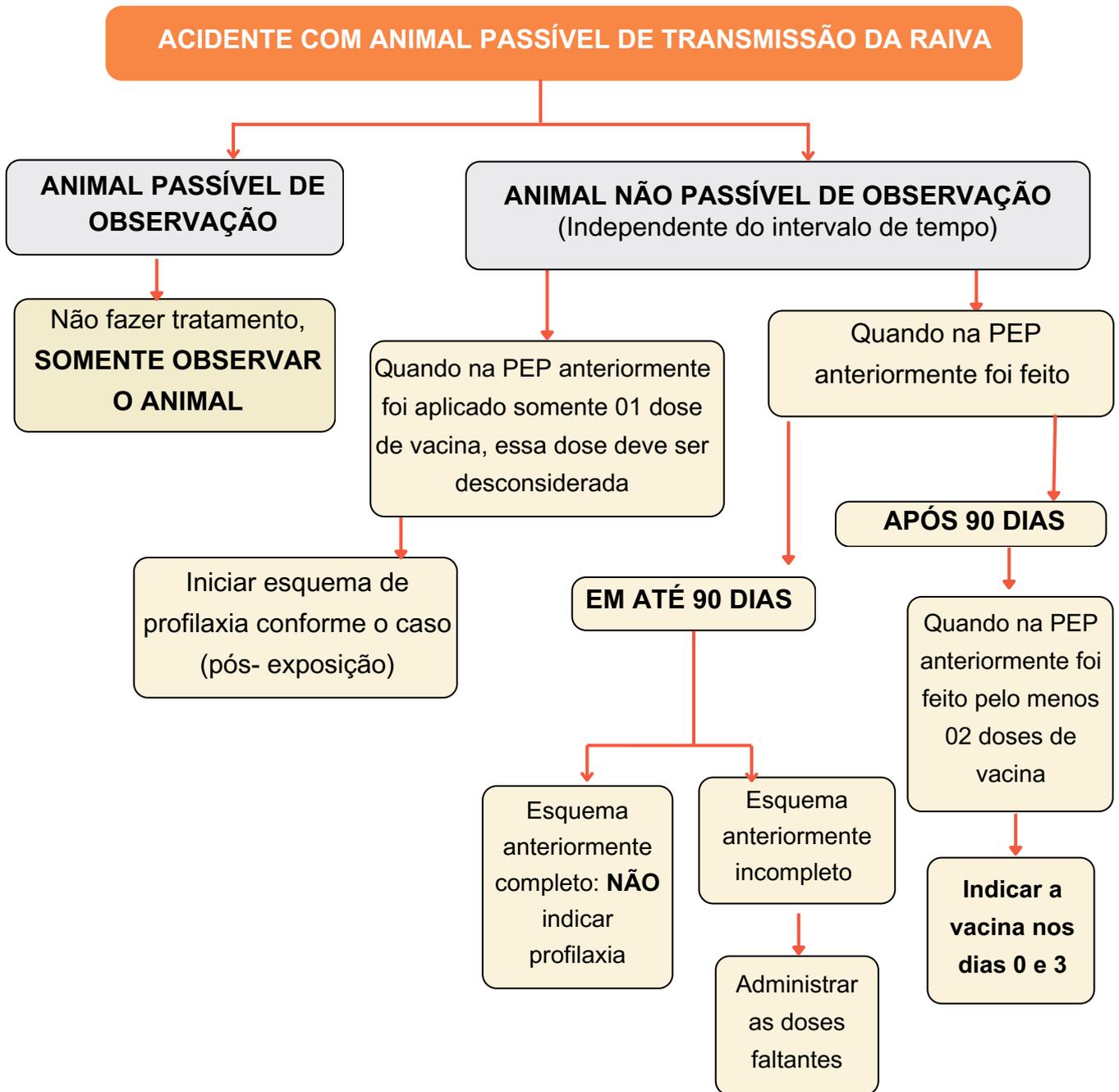
Realizar a limpeza do ferimento com água corrente e abundante

Dispensar o tratamento profilático antirrábico, salvo em casos excepcionais (agressão por roedores que são utilizados em laboratório de virologia e anatomopatologia para raiva - Questionar esquema de pré - exposição e avaliar sorologia)

Proceder a vacina anti-tetânica quando necessário, isso após avaliação das doses anteriormente tomadas (para evitar evento adverso por excesso de doses ou respeitar o tempo de intervalo da administração do imunobiológico)



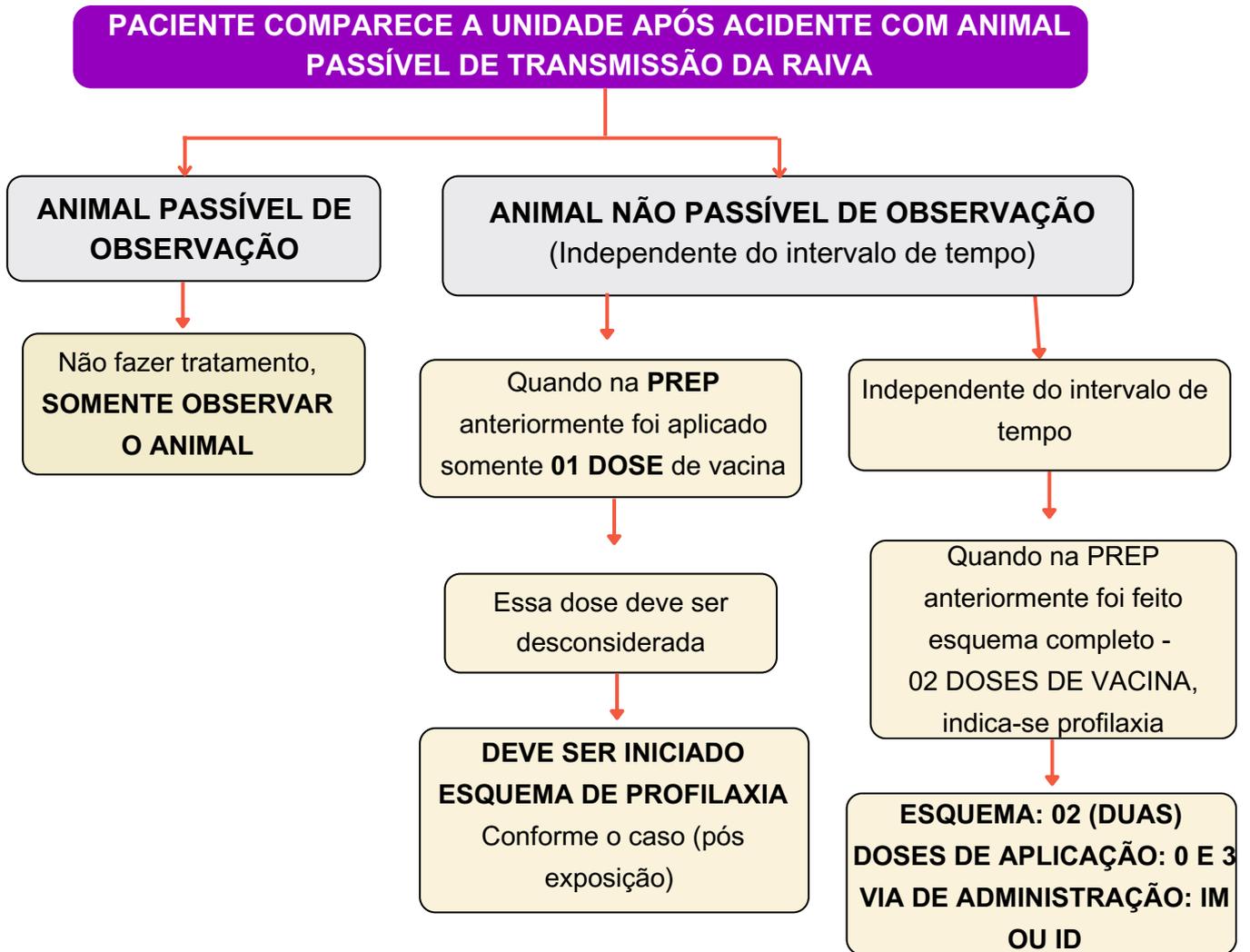
FLUXOGRAMA DE REEXPOSIÇÃO EM PACIENTES QUE FIZERAM PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) ANTERIORMENTE



**TODO CASO DE PEP TEM QUE SER NOTIFICADO!
SORO ANTIRRÁBICO (SAR) OU A IMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA HUMANA
(IGHAR) NÃO ESTÃO INDICADOS**



FLUXOGRAMA DE REEXPOSIÇÃO EM PACIENTES QUE FIZERAM PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP)

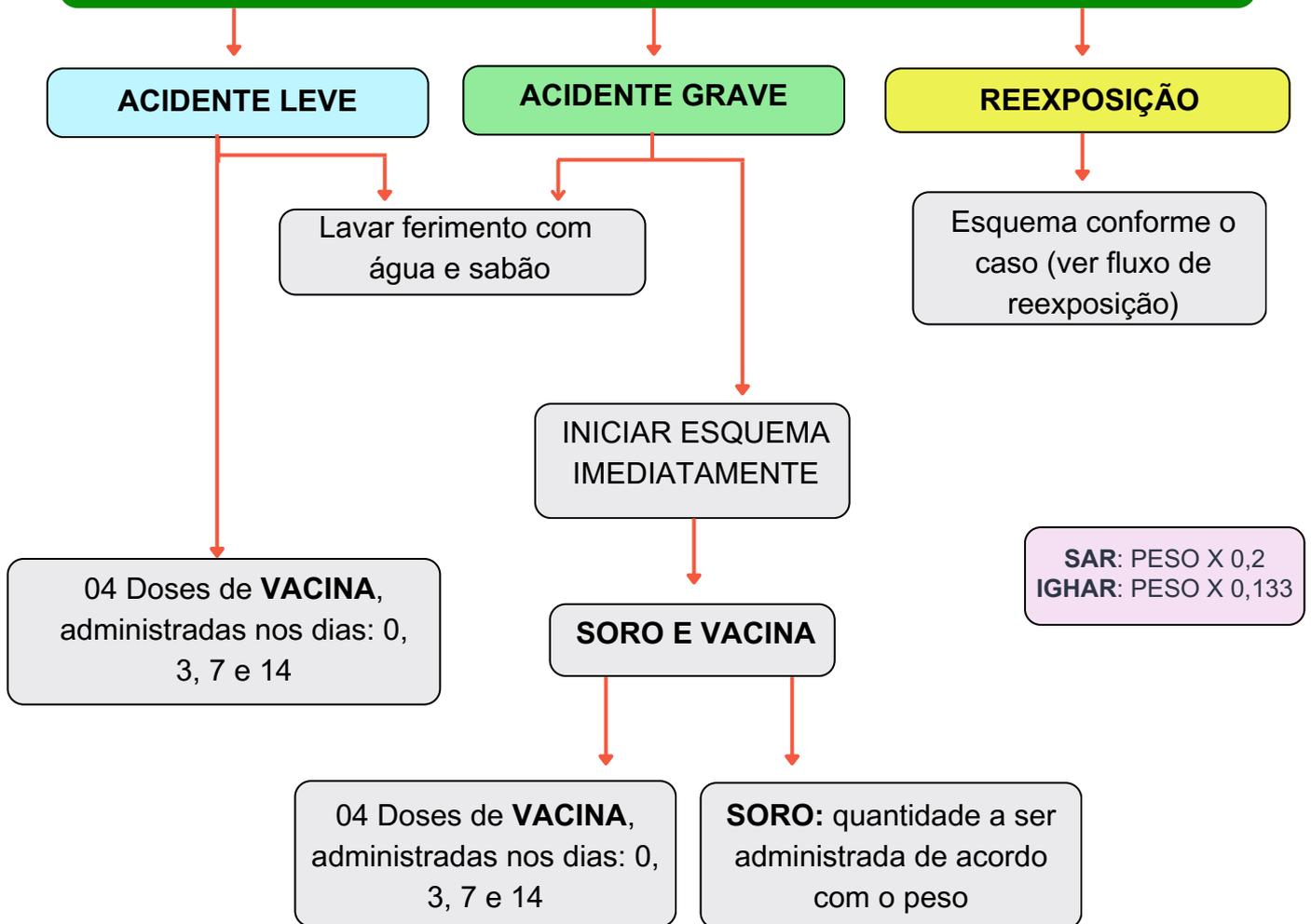


TUDO O CASO PREP TEM QUE SER NOTIFICADO E O SORO ANTIRRÁBICO(SAR) OU A IMUNOGLOBULINA ANTIRRABICA HUMANA (IGHAR) NÃO ESTÃO INDICADOS



FLUXOGRAMA PARA ACIDENTE COM ANIMAL DE PRODUÇÃO OU DOMÉSTICO DE INTERESSE ECONÔMICO

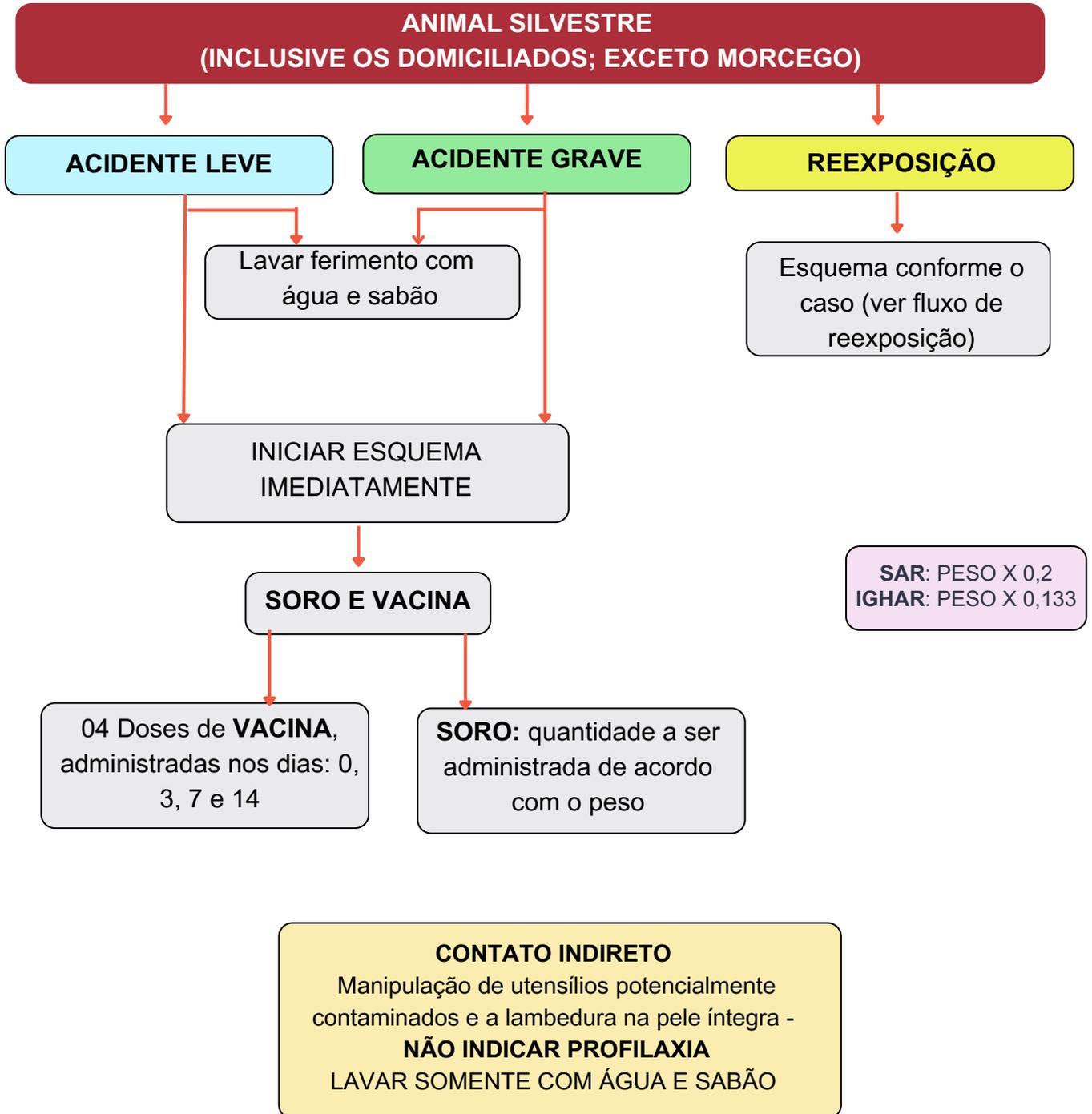
MAMÍFERO DOMÉSTICO DE INTERESSE ECONÔMICO (BOVÍDEOS, EQUÍDEOS, CAPRINOS, SUÍNOS, OVINOS E OUTROS)



APLICAR A DOSE DE SORO, NO MÁXIMO EM “ATÉ 07 DIAS” APÓS A APLICAÇÃO DA 1ª DOSE DE VACINA



FLUXOGRAMA PARA ACIDENTE COM ANIMAL SILVESTRE



APLICAR A DOSE DE SORO, NO MÁXIMO EM “ATÉ 07 DIAS” APÓS A APLICAÇÃO DA 1ª DOSE DE VACINA

SOLICITAÇÃO DE SOROLOGIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO
SANTOLABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RÁBICOS

I. Dados gerais

1-Unidade requisitante	2-Município
3-Profissional requisitante	

II. Dados do paciente

4-Nome completo do paciente											
5-Data de nascimento:	6-Idade:	7-Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem.	8-Gestante: <input type="checkbox"/> 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3º Trimestre <input type="checkbox"/> Não se aplica								
9. Nome da mãe:											
10. Endereço: rua ou avenida										11. Nº	
12. Complemento:			13. Bairro:				14. Município:				
16. Ponto de referência						18. Fone					
17. Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural			18. CEP			19. UF		20. País (se residente fora do Brasil)			

III. Solicitação de análises

21- Data da coleta	22- Amostra <input type="checkbox"/> Sangue total <input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Líquor
--------------------	--

IV. Antecedentes epidemiológicos

23- Portador de doença crônica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar:	24- Faz uso contínuo de medicação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar:	25- Sofreu acidente com risco de exposição à raiva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
28- Exerce atividade de risco de exposição à raiva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar:	27- Em qual idade/estado?	

V. Motivo da solicitação do exame

<input type="checkbox"/> Primeira sorologia após conclusão de esquema pré-exposição <input type="checkbox"/> Sorologia de controle periódico (esquema pré-exposição) <input type="checkbox"/> Sorologia após reforço recente <input type="checkbox"/> Sorologia pós-acidente de paciente já submetido a esquema pós-exposição <input type="checkbox"/> Sorologia pós acidente de paciente já submetido a esquema pré-exposição <input type="checkbox"/> Sorologia de paciente suspeito de raiva
--

VI. Histórico das vacinações contra a raiva

DATA DA PRIMEIRA VACINAÇÃO	DATA DA REVACINAÇÃO:
28- Esquema: <input type="checkbox"/> Pré-exposição <input type="checkbox"/> Pós-exposição	29- Esquema: <input type="checkbox"/> Pré-exposição <input type="checkbox"/> Pós-exposição
30- Via de administração: <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Intradérmica Número de doses:	31- Via de administração: <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Intradérmica Número de doses:
32- Fez uso de soro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo de vacina: <input type="checkbox"/> Fuenzalidas&Palácios <input type="checkbox"/> Cultivo celular (VERO, HDCV)	33- Tipo de vacina: Tipo de vacina: <input type="checkbox"/> Fuenzalidas&Palácios <input type="checkbox"/> Cultivo celular (VERO, HDCV)
34- Observações:	

BOTULISMO

CID10: A05.01

Todo caso suspeito deve ser notificado no e-SUS VS.

Caso suspeito de botulismo alimentar e/ ou por ferimentos

Paralisia flácida aguda, simétrica, descendente, com preservação do nível de consciência, caracterizado por um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: visão turva, diplopia, ptose palpebral, boca seca, disartria, disfagia ou dispnéia. A exposição a alimentos potencialmente suspeitos para presença da toxina botulínica nos últimos dez dias ou história de ferimentos nos últimos 21 dias reforça a suspeita.

Caso suspeito de botulismo intestinal

Criança menores de 1 ano com paralisia flácida aguda de evolução insidiosa e progressiva que apresente um ou mais dos seguintes sintomas: constipação, sucção fraca, disfagia, choro fraco, dificuldade de controle dos movimentos da cabeça. Adulto que apresente paralisia flácida aguda, simétrica, descendente, com preservação do nível de consciência, caracterizado por um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: visão turva, diplopia, ptose palpebral, boca seca, disartria, disfagia ou dispnéia na ausência de fontes prováveis de toxina botulínica como: alimentos contaminados, ferimentos ou uso de drogas. A exposição a alimentos com risco para presença de esporo de *C. botulinum* (ex. mel, xaropes de milho), reforça a suspeita em menores de um ano de idade.

Etiologia

O botulismo é causado por uma toxina produzida pelo *Clostridium botulinum*, um bacilo Gram positivo, anaeróbio, esporulado. São conhecidos oito tipos de toxinas botulínicas: A, B, C1, C2, D, E, F e G, das quais as do tipo A, B, E e F são patogênicas para o homem.

Os esporos do *C. botulinum* resistem a temperaturas de 120°C por 15 minutos. Estão amplamente distribuídos na natureza, no solo e em sedimentos de lagos e mares. São encontrados em produtos agrícolas como legumes, vegetais, mel, vísceras de crustáceos e no intestino de mamíferos e peixes. As condições ideais para que a bactéria assuma a forma vegetativa, produtora de toxina são: anaerobiose, pH alcalino ou próximo do neutro (4,8 a 8,5), atividade de água de 0,95 a 0,97 e temperatura ótima de 37°C.

Os tipos A e B se desenvolvem em temperaturas próximas das encontradas no solo (acima de 25° e até 40°C), enquanto o tipo E é capaz de proliferação a partir de 3°C. A toxina botulínica é termolábil, sendo inativada pelo calor em uma temperatura de 80°C por, no mínimo, 10 minutos.

Modos de transmissão

O modo de transmissão tem importância na apresentação clínica e nas ações de vigilância epidemiológica.

Botulismo alimentar

Ocorre por ingestão de toxinas presentes em alimentos previamente contaminados e que foram produzidos ou conservados de maneira inadequada. Os alimentos mais comumente envolvidos são: conservas vegetais, principalmente as artesanais (palmito, picles, pequi); produtos cárneos cozidos, curados e defumados de forma artesanal (salsicha, presunto, carne frita conservada em gordura – “carne de lata”); pescados defumados, salgados e fermentados; queijos e pasta de queijos e, raramente, em alimentos enlatados industrializados.

Botulismo por ferimentos

Ocasionado pela contaminação de ferimentos com *Clostridium botulinum*, que em condições de anaerobiose, assume a forma vegetativa e produz toxina in vivo. As principais portas de entrada para os esporos são úlceras crônicas com tecido necrótico, fissuras, esmagamento de membros, ferimentos em áreas profundas mal vascularizadas, ou ainda, aqueles produzidos por agulhas em usuários de drogas injetáveis e lesões nasais ou sinusais em usuários de drogas inalatórias. É uma das formas mais raras de botulismo.

Botulismo intestinal

Resulta da ingestão de esporos presentes no alimento, seguida da fixação e multiplicação do agente no ambiente intestinal, onde ocorre a produção e absorção de toxina. A ausência da microbiota de proteção permite a germinação de esporos e a produção de toxina na luz intestinal. Ocorre com maior frequência em crianças com idade entre 3 e 26 semanas, e por isso foi inicialmente denominado de botulismo infantil. Em adultos, são descritos alguns fatores predisponentes como cirurgias intestinais, acloridria gástrica, doença de Crohn e/ou uso de antibióticos por tempo prolongado, que levaria à alteração da flora intestinal.

Coletas de amostras

As coletas de amostras clínicas e bromatológicas devem ser realizadas com assepsia e em condições de segurança para o técnico responsável pela mesma. A coleta de amostras clínicas (soro, lavado gástrico, fezes/conteúdo intestinal) deve ser realizada o mais precocemente possível e anteceder a administração do soro antitoxinogênico (SAB), para evitar que a toxina ativa seja neutralizada antes da coleta.

Amostras clínicas

Soro

- A coleta de sangue para diagnóstico laboratorial deve ser feita nos primeiros dias da doença, com no máximo sete dias após o início dos sintomas, em quantidade suficiente para obter 11 ml de soro.
- Usar recipiente sem anticoagulante e fracionar o soro nas primeiras duas horas após a coleta. Pode-se utilizar centrífuga, preferencialmente refrigerada, a 2.000-2.500 rpm por 10-15 minutos, ou até que o soro esteja livre de hemácias. A amostra de soro deve ser conservada sob refrigeração.

Fezes/conteúdo intestinal e vômito/lavado gástrico

- Para a realização do diagnóstico completo, coletar no mínimo 15g ou ml. Estas amostras têm valor diagnóstico desde que coletadas precocemente.
- Para obter lavado gástrico ou intestinal, utilizar solução fisiológica a 0,9%.

Amostras clínicas	Botulismo alimentar	Botulismo intestinal	Botulismo por ferimento
Para detecção de toxina botulínica			
Soro	Sim	Sim ¹	Sim ¹
Fezes ou conteúdo intestinal	Sim	Sim	Não
Lavado gástrico	Sim	Não	Não
Exsudato do ferimento	Não	Não	Não
Para cultura de <i>Clostridium botulinum</i>			
Soro	Não	Não	Não
Fezes ou conteúdo intestinal	Não	Sim	Não ²
Lavado gástrico	Não	Não	Não ²
Exsudato do ferimento	Não	Não	Sim

Amostras bromatológicas: Toda suspeita de botulismo com vínculo epidemiológico, o CIEVS aciona a Vigilância Sanitária para fornecimento das orientações e coleta das amostras alimentares.

Diagnóstico diferencial do Botulismo

Muitas doenças neurológicas podem manifestar-se com fraqueza muscular súbita e paralisia flácida aguda. O quadro abaixo mostra os principais critérios utilizados para diferenciá-las do botulismo.

Condição	Fraqueza muscular	Sensibilidade	Características do liquor
Botulismo	Inicia pela face Descendente e simétrica	Normal	Normal
Síndrome de Guillain-Barré	O envolvimento da face é menos comum que no botulismo Ascendente e simétrica	Em alguns casos pode haver déficit sensitivo	Dissociação proteínocitológica Hiperproteínorraquia Celularidade normal ou discretamente elevada (≤ 50 células/mm ³) Na primeira semana pode ser normal
Síndrome de Müller Fisher (variante da Síndrome Guillain Barré)	Fraqueza simétrica da face Diplegia facial Ptose palpebral Dificuldade de mastigação e de deglutição Não há comprometimento de membros superiores e inferiores	Parestesias ou diminuição da sensibilidade da face e da língua.	Dissociação proteínocitológica Hiperproteínorraquia Celularidade normal ou discretamente elevada (≤ 50 células/mm ³)
Miastenia Gravis	Flutuante no transcorrer do dia, piora com atividade física e melhora com repouso A maioria dos casos se inicia por ptose palpebral e diplopia	Normal	Normal

Tratamento específico

Visa a eliminar a toxina circulante e a sua fonte de produção, o *C. botulinum*, pelo uso do soro antibotulínico (SAB) e de antibióticos. Antes de iniciar o tratamento específico, todas as amostras clínicas para exames diagnósticos devem ser coletadas.

O soro antibotulínico atua contra a toxina circulante que ainda não se fixou no sistema nervoso, por isso recomenda-se que o tratamento com SAB seja realizado o mais precocemente possível (até sete dias) ou poderá não mais ser eficaz. Apresenta-se em forma de soro heterólogo, eqüino, geralmente em apresentação bi ou trivalente (contra os tipos A e B ou A, B e E de toxina botulínica). A dose é de uma ampola de antitoxina botulínica bi ou trivalente por via intravenosa, diluída em solução fisiológica a 0,9%, na proporção de 1:10, para infundir em aproximadamente uma hora.

A solicitação do SAB para as unidades de tratamento deve ser feita pelo médico que diagnosticou o caso ou pelo pessoal de vigilância epidemiológica sempre que a mesma é acionada inicialmente. Sua liberação estará condicionada ao preenchimento da ficha de notificação do caso suspeito junto à prescrição e ao relatório sucinto do quadro clínico. A indicação da antitoxina deve ser criteriosa, pois não é isenta de riscos uma vez que 9 a 20% das pessoas tratadas podem apresentar reações de hipersensibilidade. O teste cutâneo de sensibilidade antes do uso de soros heterólogos foi excluído da rotina, conforme normas do Programa Nacional de Imunização, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (PNI/SVS/MS). Para prevenir a ocorrência de reações de hipersensibilidade, proceder da seguinte forma:

- instalar soro fisiológico;
- administrar hidrocortisona (10mg/kg) por via endovenosa (máximo de 1g), 10 a 15 minutos antes de iniciar a soroterapia.



FLUXOGRAMA PARA INVESTIGAÇÃO/ ATENDIMENTO DE CASO SUSPEITO DE BOTULISMO

SERVIÇOS DE SAÚDE COM CASO SUSPEITO DE BOTULISMO

Botulismo alimentar/ Botulismo por ferimento:

Indivíduo com paralisia flácida aguda, simétrica, descendente, com preservação do nível de consciência, caracterizado por um ou mais dos seguintes sinais e sintomas:

visão turva
diplopia
ptose palpebral
boca seca
disartria
disfagia
dispneia

A exposição a alimentos suspeitos para a presença da toxina botulínica, nos últimos dez dias ou com histórico de fermentos nos últimos 21 dias, reforça a suspeita.

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA EM ATÉ 24 HORAS

Preencher a ficha de notificação (e-SUS VS) e comunicar imediatamente ao CIEVS Serra - 2798166-1450/
E-mail CIEVS: cievs.serra-es@serra.es.gov.br

Material biológico a ser enviado ao LACEN

3.64. PESQUISA DE TOXINA BOTULÍNICA				
EXAME/ MÉTODO	MATERIAL BIOLÓGICO	PERÍODO DE COLETA	ACONDICIONAMENTO TEMPERATURA	TRANSPORTE
Pesquisa de toxina botulínica / Cultura / Bioensaio em camundongos	Soro: 20 mL	No máximo 7 dias após o início dos sintomas.	Coletar em Tubo de ensaio 12 x 75mm hermeticamente fechado com gel separador Manter em geladeira entre 2 a 8 °C por até 48h após a coleta ou em freezer a - 20 °C até o momento do envio	Caixa isotérmica com gelo reciclável
	Fezes "in natura"		Coletar em frasco coletor universal 25 g Manter em geladeira entre 2 a 8 °C por até 48h após a coleta ou em freezer a - 20 °C até o momento do envio	

Documentação: cadastro impresso do GAL e listagem GAL de exames encaminhados, ficha de notificação, ficha de investigação de Botulismo (e-SUS VS).

Soro antibotulínico AB (bivalente)

> A solicitação do soro deverá ocorrer por telefone do CIEVS Serra e por E-mail. Prescrição+ Notificação (e-SUS VS) por e-mail.

> Diluído em solução fisiológica a 0,9%, na proporção de 1:10, para infundir em aproximadamente uma hora.

> Infusão em até 7 dias o início dos sintomas.

Obs: CIEVS Serra solicitará ao CIEVS Estadual que avaliará a liberação junto ao Ministério da Saúde.

CAXUMBA

(PAROTIDITE EPIDÊMICA)

CID10: B26

- Doença viral aguda, caracterizada por febre, dor, sensibilidade e aumento de volume de uma ou mais glândulas salivares, com predileção pelas parótidas (bochechas e área da mandíbulas) e, às vezes, pelas sublinguais ou submandibulares (CDC, 2021 a 2018).

A evolução é benigna.

Modo de transmissão: de pessoa a pessoa por meio de contato direto com a saliva ou gotículas respiratórias de uma pessoa infectada. Ela pode espalhar o vírus ao tossir, respirar ou falar, itens que podem conter saliva: garrafas, copos, dançar, beijar.

Diagnóstico: É iminentemente clínico-epidemiológico.

Notificação: Obrigatória, no E-SUS VS em até 24 horas, em toda suspeita clínica.

Referência Técnica da Parotidite Epidêmica



FLUXOGRAMA CAXUMBA (PAROTIDITE EPIDÊMICA)

CASO SUSPEITO

Indivíduo com febre, dor, sensibilidade e aumento de volume de uma ou mais glândulas salivares que dura 2 ou mais dias, com predileção pelas parótidas (bochecha e áreas da mandíbula, e às vezes, pelas sublinguais ou submandibulares (CDC, 2021a, 2018)



NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA

Notificar no ESUS VS;
Inserir telefones de contatos atualizados e pequena história clínica na observação da ficha



PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

De 07 dias até 05 dias após o surgimento da parotidite.



Contatos telefônicos da Vigilância Epidemiológica - (27) 3252-9520
Plantão finais de semana e feriados - (27) 98166-1035
e-mail: vig.epidemiologica@serra.es.gov.br

COQUELUCHE

CID10: A37

Doença infecciosa aguda, de alta transmissibilidade.

Compromete especificamente o aparelho respiratório (traquéia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca.

É causada pela bactéria Bordetella pertussis.

Modo de Transmissão: contato direto entre pessoa doente e a pessoa susceptível, por meio de gotículas de secreção de orofaringe durante a fala, tosse ou espirro.

Diagnóstico: quadro clínico compatível com definição de caso suspeito (vide fluxograma) e coleta de material de nasofaringe que será submetido à técnica de PCR e Cultura.

Notificação: imediata frente a uma suspeita clínica.

Quimioprofilaxia: será feita pela equipe e/ou sob supervisão restrita da Vigilância Epidemiológica.

Referência Técnica da Coqueluche



FLUXOGRAMA COQUELUCHE (TOSSE COMPRIDA)

CASO SUSPEITO

A) menores de 6 meses: todo indivíduo independente do estado vacinal que apresente tosse de qualquer tipo, há 10 (dez) dias ou mais associada a um ou mais dos seguintes sintomas:

- tosse paroxística (tosse súbita incontrolável com tossidas rápidas e curtas (5 a 10 em uma única expiração)
 - guincho inspiratório
 - vômitos pós-tosse
 - cianose
 - apneia
 - engasgo

B) idade igual ou superior a 6 meses: todo indivíduo, independentemente do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo, há 14 (quatorze) dias ou mais associada a um ou mais dos seguintes sintomas:

- tosse paroxística (tosse súbita incontrolável com tossidas rápidas e curtas (5 a 10 em uma única expiração)
 - guincho inspiratório
 - vômitos pós-tosse

C) todo indivíduo que apresente tosse em qualquer período com história de contato próximo com caso confirmado de coqueluche pelo critério laboratorial.

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA

Notificar no ESUS VS;

Inserir telefones de contatos atualizados e pequena história clínica na observação da ficha

Coleta swab até 3º dia de antibiótico (de preferência antes do início do tratamento)

Azitromicina

Outras opções: Claritromicina, Eritromicina, Sulfametoxazol + trimetopim (no caso de intolerância a macrolídeo)

Contatos telefônicos da Vigilância Epidemiológica - (27) 3252-9520
Plantão finais de semana e feriados - (27) 98166-1035
e-mail: vig.epidemiologica@serra.es.gov.br

DIFTERIA

CID10: A36.9

- Doença tosse infecciosa aguda, contagiosa, potencialmente letal, causada pelo bacilo Corynebacterium diphtheriae, que, frequentemente se aloja nas amígdalas, faringe, laringe, fossas nasais e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. É caracterizada por apresentar placas pseudo-membranosas típicas.

Modo de transmissão: contato direto de pessoa doente ou portadora com pessoal susceptível, por meio de gotículas de secreção respiratória (tosse, respirar ou ao falar).

Diagnóstico: A presença de placas pseudo-membranosas branco-acinzentadas, aderentes que se instalam e invadem estruturas vizinhas, é a manifestação clínica típica. Nos casos mais graves há intenso edema do pescoço com grande aumento dos gânglios linfáticos (pescoço taurino).

O diagnóstico laboratorial é feito pelo isolamento e identificação do bacilo diftérico, por meio de cultura e PCR.

Notificação: imediata frente a uma suspeita clínica.

Quimioprofilaxia: será feita pela equipe e/ou sob supervisão restrita da equipe da Vigilância Epidemiológica.



FLUXOGRAMA DIFTERIA

CASO SUSPEITO

Manifestação clínica típica: presença de placas pseudomembranosas branco - acinzentada, aderente, que se instalam nas amígdalas e invadem, estruturas vizinhas (Taraus Marinho, 2012)

Essas placas podem se localizar na faringe, laringe e fossas nasais e, em outras áreas do corpo.

Sintomas / Sinais adicionais: Comprometimento do estado geral do paciente, febre variando de 37,5°C a 38,5°C. E ainda: intenso edema do pescoço com grande aumento dos gânglios linfáticos (pescoço taurino) e edema periganglionar nas cadeias cervicais e submandibulares

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA

Notificar no ESUS VS;

Inserir telefones de contatos atualizados e pequena história clínica na observação da ficha
AVISAR AO CIEVS (27) 98166-1450

Coleta de material para cultura (anexo 1)

Uso de soro anti-diftérico (SAD) fornecido pelo Estado (anexo 2)

Uso de antibiótico por 14 dias

1. Eritromicina 40-50mg/kg/dia (dose máxima de 2g/dia por V.O).
2. Penicilina G cristalina: 100.000 UI a 15.000 UI/kg/dia, em frações iguais, 6h em 6h, EV
3. Penicilina G procaina: 50.000 UI/kg/dia (dose máxima de 1.200.000 UI/dia) em duas frações iguais, 12h em 12h por via IM.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

Em média, até 2 semanas após o início dos sintomas. A antibioticoterapia adequada elimina, na maioria dos casos, o bacilo diftérico da orofaringe 24-48h após seu uso.

Contatos telefônicos da Vigilância Epidemiológico - (27) 3252-9520
Plantão finais de semana e feriados - (27) 98166-1035
e-mail: vig.epidemiologica@serra.es.gov.br



ANEXO 1

EXAME / MÉTODO	MATERIAL BIOLÓGICO	PERÍODO DE COLETA	ACONDICIONAMENTO TEMPERATURA	TRANSPORTE
Isolamento bacteriano: Cultura	Exsudatos de nasofaringe e orofaringe e lesões de pele (1 swab de cada)	Início dos sintomas e, preferencialmente, antes de iniciar o uso de antimicrobianos	Meio de transporte de PAI ou LÖEFFLER Temperatura ambiente	Caixa isotérmica sem gelo (envio imediato)
Microscopia Azul de Metileno de Loeffler				

Documentação: ficha de investigação/notificação (eSUS VS), cadastro impresso do GAL e listagem GAL de exames encaminhados.

Modo de coleta:

Coletar secreção com swab estéril, ao redor da superfície da garganta, amígdalas, úvula e toda região da garganta. O swab deve ser passado cuidadosamente ao redor das lesões para evitar o deslocamento da placa. No caso de secreção nasal, utilizar o mesmo swab para as duas narinas, introduzindo-o suavemente até a nasofaringe e girando-o posteriormente.

Após a coleta proceder à semeadura do material no meio PAI ou LÖEFFLER, imediatamente.



ANEXO 2

Administração do SAD

As doses do SAD não dependem do peso e da idade do paciente, e sim da gravidade e do tempo da doença (Quadro 1). A administração do SAD deve ser feita, preferencialmente, por via endovenosa, sendo diluído em 100ml de soro fisiológico, em dose única.

QUADRO 1 - Esquema de administração do SAD

FORMA CLÍNICA	DOSAGEM
Leve (nasal, cutânea, amigdaliana)	20.000UI a 40.000UI, endovenoso
Laringoamigdaliana ou mista	40.000UI a 60.000UI, endovenoso
Graves ou tardias (4 dias de doença)	80.000UI a 100.000UI, endovenoso

FONTE: adaptado de Center for Disease Control, 2016

DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS

CID10: A.09

As Doenças Diarreicas Agudas (DDA) são causadas por bactérias, vírus e parasitas e correspondem a um grupo de doenças infecciosas gastrointestinais caracterizadas por uma síndrome, na qual ocorre a diminuição da consistência das fezes e aumento do número de evacuações (mínimo de 3 episódios em 24 horas).

Transmissão

A transmissão ocorre principalmente pela via fecal-oral, de forma direta ou indireta.

- Forma direta: contaminação de pessoa a pessoa;
- Forma indireta: ingestão de água e alimentos contaminados.

Prevenção

- Lavar sempre as mãos com água e sabão antes e após as refeições, e após ir ao banheiro;
- Lavar bem as frutas e verduras antes do consumo;
- Beber água filtrada.

Objetivos do Monitoramento das Doenças Diarreicas (MDDA)

- Monitorar o comportamento das DDAs para traçar o seu perfil epidemiológico no município;
- Investigar os surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar(DTHA) adotando medidas de intervenção na cadeia produtiva de alimentos;
- Monitorar os casos suspeitos de Rotavírus;
- Monitorar os casos suspeitos de Cólera.

Rotina de Monitoramento das Doenças Diarreicas pelos serviços de saúde (Unidades de saúde e UPAS 24h)

Toda Unidade de Saúde deve ter um profissional (enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem) definido para a consolidação e envio dos dados semanalmente.

Este profissional deverá recolher às informações junto às fontes disponíveis no serviço: busca ativa na produção, no acolhimento, consultórios médicos, enfermagem, agentes comunitários de saúde.

1) Registrar os casos na “PLANILHA DE CASOS DE DIARRÉIA” (que permanece na Unidade), preenchendo todos os campos, colocando as iniciais do paciente, idade em

(meses/anos na coluna correspondente à faixa etária), com endereço completo e plano de tratamento.

2) Lembrar sempre de perguntar se existem outros casos no domicílio, creche, escola ou local de trabalho, para identificar a ocorrência de SURTO.

3) Toda segunda-feira, transcrever os dados da semana anterior, consolidando-os na Planilha Semanal “Programa MDDA - Consolidado semanal”, colocando o endereço completo e o número de casos ocorridos no mesmo e enviar para a Vigilância Epidemiológica pelo email toxozica.agrivos@serra.es.gov.br ou vig.epidemiologica@serra.es.gov.br.

4) Se não ocorrer nenhum caso de diarreia na semana, o evento deverá ser comunicado à VE, da mesma forma, como “Semana Negativa” pelos telefones 3252-9520 ou para o e-mail vig.epidemiologica@serra.es.gov.br.

5) Ocorrência de surto (dois ou mais casos no mesmo endereço, família ou instituição): deve ser comunicado imediatamente à Vigilância epidemiológica da Serra por e-mail ou por telefone. A VE fará a investigação e encaminhará para os setores responsáveis a investigação de água e alimentos.

Critério de SURTO de DTHA

- Quando duas ou mais pessoas apresentam sintomas iguais ou semelhantes, após a ingestão de alimentos e/ou água da mesma origem. Podem ocorrer em residências, escolas, ambiente de trabalho, dentre outras;
- Existência de um caso confirmado de Cólera: 1 caso é considerado surto devido ao risco de reintrodução da doença no país.

Cólera

A cólera é uma doença de origem bacteriana infecciosa intestinal aguda que faz parte do grupo de doenças diarreicas agudas (DDA). É caracterizada pela diarreia líquida, de início súbito e com rápida e intensa desidratação

Definição de caso suspeito de Cólera

Indivíduo, proveniente de áreas com ocorrência de casos confirmados de cólera, que apresente DDA até o décimo dia de sua chegada.

Indivíduo com mais de 5 anos de idade que apresente diarreia súbita, líquida e abundante. A presença de desidratação grave, acidose e colapso circulatório reforça a suspeita;

Indivíduo contactante de caso suspeito ou confirmado de cólera que apresente DDA em até dez dias após o contato, independentemente da faixa etária. É importante que o contato tenha ocorrido durante o período de transmissibilidade, ou seja, em no máximo 20 dias do início dos sintomas do caso primário (suspeito ou confirmado).

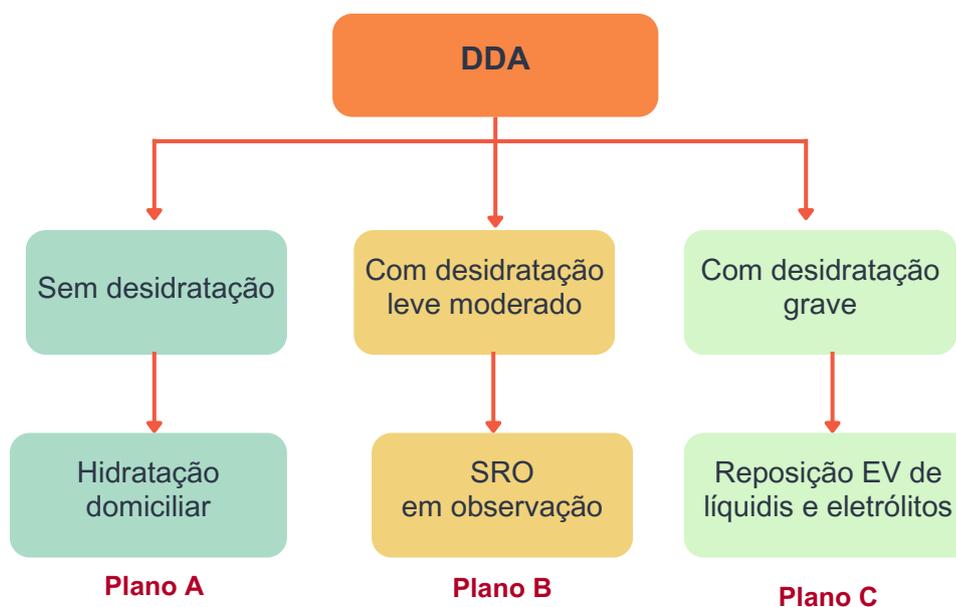
Medidas a serem tomadas pelos serviços de saúde diante de caso suspeitos de Cólera

Coleta de swab fecal/anal e fezes in natura de todo caso suspeito;

Notificação no e-SUS VS como agravo Cólera

Comunicar imediatamente a VE/ CIEVS Serra

Plano de Tratamento Doenças Diarreicas Agudas





FLUXOGRAMA SURTO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS HÍDRICA ALIMENTAR



Caso suspeito: em que há aumento, acima do esperado, na ocorrência de casos de evento ou doença em uma área ou entre um grupo específico de pessoas, em determinado período. Ressalta-se que, para doenças raras, um único caso pode representar um surto.

Iniciar investigação com coleta de dados do paciente durante o atendimento.
Realizar a notificação do surto no e-SUS / VS.

Coletar amostra em tempo oportuno (em até 10 dias a partir do início dos sintomas). Para investigação de Rotavírus: em crianças coletar fezes in natura, em adulto coletar swab retal e fezes in natura.



VE recolhe as amostras, preenche os formulários de investigação, encaminha ao LACEN e realiza visita
Realizar visita para investigação dos dados

VE solicita coleta de água para equipe do VIGIÁGUA, sempre que suspeitar de transmissão hídrica.
Acionar a Vigilância Sanitária (VISA) sempre que suspeitar de transmissão alimentar.

Para ver mais informações, entre em contato via e-mail:
mdda@serra.es.gov.br

ESPOROTRICOSE HUMANA

CID10: B42.1

A Esporotricose é uma infecção fúngica, sub aguda ou crônica, que surge quando o fungo do gênero *Sporothrix* entra no organismo, por meio de uma ferida na pele. A doença pode afetar tanto humanos quanto animais.

A infecção ocorre, principalmente, pelo contato do fungo na pele ou mucosa por meio de trauma decorrente de acidentes com espinhos, palha ou lascas de madeira; contato com vegetais em decomposição; arranhadura ou mordedura de animais doentes, sendo o gato o mais comum.

Pode atingir pele, o tecido subcutâneo e os vasos linfáticos, assim como disseminar-se pelas vias linfática e/ou hematogênica, afetando também órgãos internos.

MODO DE TRANSMISSÃO: A transmissão ocorre por meio da contaminação de ferimentos já abertos ou pela inoculação do fungo na pele a partir de um trauma com espinhos, farpas de madeira, arranhadura, mordedura, dentre outras; alcançando o tecido cutâneo e subcutâneo.

Obs.: A transmissão da Esporotricose, durante muito tempo foi relacionado, exclusivamente, a um trauma na pele, no entanto, tem sido observada a transmissão por via inalatório decorrente, por exemplo: tosse ou espirro de animais infectados ou por ingestão de fungo (FARIAS et al., 2015).

Segundo Sidrim & Rocha (2004) as formas dissiminas e sistêmicas da doença estão associadas a um quadro imunológico deficiente do indivíduo.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: O período de incubação da doença varia de **três dias a seis meses** após a entrada do fungo no organismo, mas a média observada rotineiramente é de três semanas

DEFINIÇÃO DE CASO:

CASO SUSPEITO	Todo indivíduo que apresente lesões na pele iniciadas como pequenas pápulas que evoluem de forma ulcerada, com ou sem secreção seropurulenta, dispostas ou não em cadeia, com história epidemiológica de trauma cutâneo; ou Todo indivíduo que apresente lesão em mucosas, após exposição a material biológico contaminado; ou Todo indivíduo que apresenta alterações histopatológicas em órgãos ou tecidos que sugerem estruturas fúngicas compatíveis com um dos agentes do gênero <i>Sporothrix</i>
CASO CONFIRMADO	Critério Clínico-epidemiológico: todo caso com suspeita clínica, sem acesso a métodos de diagnóstico e com história de contato prévio com o animal doente_ Critério Laboratorial: Isolamento do <i>Sporothrix</i> pela cultura
CASO DESCARTADO	Todo indivíduo que atendeu à definição de caso suspeito e não foi confirmado por um dos critérios de confirmação descritos ou foi confirmado por outra etiologia

PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS: Os sintomas da Esporotricose aparecem após a contaminação na pele pelo fungo e a lesão inicial é similar a uma picada de inseto. O sinal mais comum é o aparecimento de feridas em pele e em mucosas. Nos casos graves onde há comprometimento de órgãos e a sintomatologia está relacionada a função acometida. Por exemplo, quando o fungo afeta os pulmões, podem surgir tosse, falta de ar, dor ao respirar e febre.

FORMAS CLÍNICAS DA DOENÇA: A forma clínica vai depender de diversos fatores, tais como estado imunológico do hospedeiro, a tolerância térmica da cepa, o tamanho do inóculo e a profundidade inoculação traumática.

ESPOROTRICOSE CUTÂNEA FIXA OU LOCALIZADA	presença de uma ou mais lesões localizadas, principalmente, em mãos e braços, sem envolvimento linfático e sem acometimento de órgãos internos
ESPOROTRICOSE CUTÂNEA-LINFÁTICA OU LINFOCUTÂNEA	são formados pequenos nódulos localizados na camada de pele mais profunda margeando o trajeto do sistema linfático da região corporal afetada. A localização preferencial é nos membros superiores, inferiores ou face.
ESPOROTRICOSE DISSEMINADA	quando há comprometimento de vários órgãos e/ou sistemas: pulmão, ossos, fígado. É mais frequentes em pacientes imunodeprimidos: nefropatas e pacientes soropositivos.
ESPOROTRICOSE EXTRACUTÂNEA	forma de difícil diagnóstico. É quando a doença se espalha para outros locais do corpo como ossos, mucosas, entre outros, sem comprometimento da pele.

DIAGNÓSTICO: A Esporotricose é diagnosticada através do vínculo clínico - epidemiológico e laboratoriais, quando houver outras hipóteses diagnósticas.

Diagnostico diferencial: Blastomicose sul americana (Paracoccidioides brasiliensis); Leishmaniose cutânea; Leishmaniose Tegumentar Americana; Cromoblastomicose; Tuberculose cutânea;. Monkeypox; Paracoccidioidomicose; Leishmaniose cutânea; Cromoblastomicose; Micobacterioses; Rosácea e Psoríase.

EXAME: O diagnóstico da esporotricose é feito a partir da suspeita clínica, associada aos dados epidemiológicos e exames laboratoriais. O contato com gatos com diagnóstico de esporotricose é uma informação epidemiológica importante.

EXAME/ MÉTODO	MATERIAL BIOLÓGICO	PERÍODO DE COLETA	ACONDICIONAMENTO TEMPERATURA	TRANSPORTE
Isolamento fúngico: Cultura	Swab de lesão ulcerada	A critério médico - se possível coletar antes do início do tratamento	Meio de transporte Cary-Blair ou tubo tipo Falcon com salina estéril. Manter em temperatura entre 2 a 8 °C após a coleta	Caixa isotérmica com gelo reciclável Encaminhar a amostra até 24h após a coleta
	Biópsia de lesões ulceradas			
	Biópsia de lesões profundas			
	Secreção de abscesso fechado			
	Líquor		Frasco estéril. Manter em temperatura entre 2 a 8°C após a coleta.	

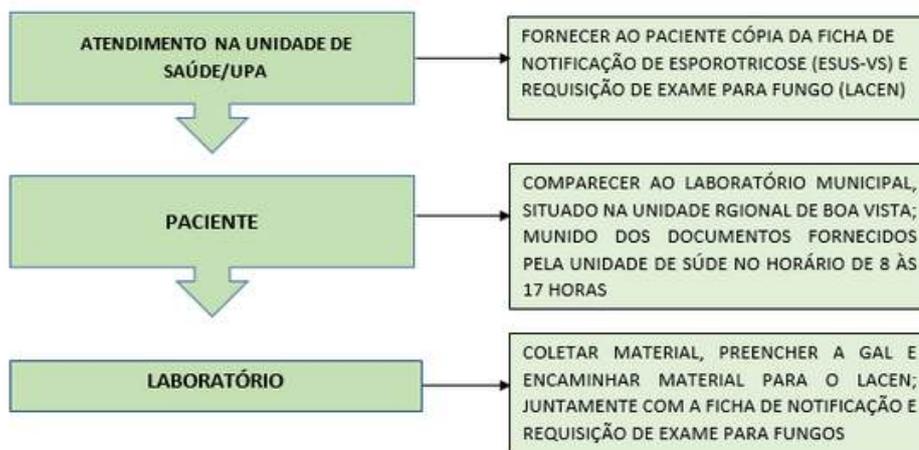
Fonte: LACEN-ES

No município de Serra, a coleta de swab de lesão ulcerada para Esporotricose acontece no Laboratório Central Municipal (LCM) situado na Unidade Regional de Boa Vista, acontecendo de **2º a 6º feira no horário de 08 às 17 - sem agendamento**.

O paciente deve ser encaminhado ao laboratório munido da Ficha de Notificação da Esporotricose, Solicitação de exame específico para fungo (LACEN) e documento de identidade.

A COLETA DE MATERIAL SE DÁ DA SEGUINTE FORMA:

CASO SUSPEITO: Todo indivíduo que apresente lesões na pele iniciadas como pequenas pápulas que evoluem de forma ulcerada, com ou sem secreção seropurulenta, dispostas ou não em cadeia, com história epidemiológica de trauma cutâneo; ou Todo indivíduo que apresente lesão em mucosas, após exposição a material biológico contaminado; ou Todo indivíduo que apresenta alterações histopatológicas em órgãos ou tecidos que sugerem estruturas fúngicas compatíveis com um dos agentes do gênero *Sporothrix*.



O RESULTADO DE EXAME DEVERÁ SER DISPONIBILIZADO PELA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO PACIENTE (BUSCA NA GAL)

TRATAMENTO: o tratamento seguirá o diagnóstico após uma boa anamnese, cuja orientação e acompanhamento mensal será feito pelo médico/enfermeiro.

A duração do mesmo pode variar de três, seis ou até 12 meses. E considera-se o indivíduo curado quando houver fechamento total da lesão, isto é, quando houver reepitelização completa da ferida.

Manter medicação por 3-4 semanas após ocorrer a cicatrização.

Os antifúngicos utilizados são Itraconazol, Iodeto de Potássio, Terbinafina e Complexo Lipídico de Anfotericina B. O município de Serra dispõe do medicamento Itraconazol em cápsulas para adultos e solução para crianças.

O paciente deve ser acompanhado mensalmente, na unidade de saúde. Com o intuito de verificar a evolução da ferida com cura, prescrever o medicamento, fazer o acompanhamento da função renal, cardíaca e hepática; até a alta do tratamento.

Gestantes: Itraconazol e Iodeto de Potássio **NÃO** estão recomendados para o tratamento da esporotricose em gestantes. Nesses casos deve-se considerar o uso de compressas mornas ou postergar o tratamento até após o término da gestação, em casos não - graves. Para casos graves (formas sistêmicas e cutâneas disseminadas), recomenda-se tratamento com Anfotericina B, em regime de admissão hospitalar.

O município de Serra dispõe do medicamento Itraconazol (cápsula e solução). A farmácia da unidade

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	FREQUÊNCIA	TEMPO DE TRATAMENTO
Itraconazol	Adultos 100 mg a 200 mg/dia Crianças 5 mg/kg/dia	oral	1x/dia (após a refeição)	Até 1 mês após desaparecimento dos clínicos/lesões (ver critérios de cura).
Terbinafina	Adultos: 250 mg 500 mg/dia Crianças: < 20 kg: 62,5 mg 20 a 40 kg: 125 mg > 40 kg: 250 mg	oral	1x/dia	Até 1 mês após desaparecimento dos clínicos/lesões (ver critérios de cura).
Solução saturada de iodeto de potássio (manipular 50 g de iodeto de potássio em 35 mL de água) (com uso de contagotas)	Início: 5 gotas, aumentando 1 (ambas as tomadas) até atingir: Adultos: 20 a 25 gotas, 2x/dia Crianças: < 20 kg: 10 gotas 20 a 40 kg: 15 gotas > 40 kg: 20 a 25 gotas	oral	2x/dia (após refeições, com ou leite). Não tomar puro	Até 1 mês após desaparecimento dos clínicos/lesões (ver critérios de cura).
Posaconazol	400 mg (10 mL da solução oral)	oral	2x/dia (após as refeições)	Terapia de resgate para casos refratários graves
Anfotericina B	1 mg/kg/dia (máx. 50 mg/dia) para anfotericina desoxicolato; 3 mg a 5mg/kg/dia, se formulação	Intraveno	1x/dia	Até resposta clínica (em torno de 10 a 14 dias); substituir por itraconazol assim que possível.

Fonte: SESA-ES/ DCCI/SVS/MS

Obs.: Atentar para as interações medicamentosas com: Amitriptilina, Varfarina, Bloqueador de Canal de Cálcio, Anti-ácidos, Sucralfato, Antagonistas Dos Receptores de Histamina H2, Inibidores De Bomba De Próton, Carbamazepina, Fenitoína, Sinvastatina/Atorvastatina, Antiretrovirais, Alprazolam e Midazolam, Ergotamina, Ticagrelor e Ivabradina

SERVIÇOS DE REFERÊNCIA: os casos graves de esporotricose devem ser encaminhados pelo médico do Município para o HUCAM (Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes), através de agendamento direto no telefone da Casa 05.

CRITÉRIO DE CURA: a cura se dá a partir do desaparecimento completo das lesões e pode ser guiada por critérios clínicos: reepitelização das lesões; ausência de infiltração local; ausência de crosta e ausência de hiperemia.

NOTIFICAÇÃO: é de responsabilidade das unidades de saúde do município da Serra realizar a notificação de todos os casos suspeitos de Esporotricose, por meio da Ficha “ESPOROTRICOSE HUMANA – B42.1”, disponível no site ESUS (<https://esusvs.saude.es.gov.br/>); bem como o tratamento/acompanhamento do paciente. A ficha de investigação deve ser preenchida adequadamente, com todas as informações da exposição do paciente, diagnóstico e conduta.

Utilizar o campo “Observação” para o preenchimento destas informações:

- fonte de infecção: se teve contato com felinos ou outro animal com nódulos e/ou úlceras; se o animal é positivo e já está em tratamento ou se é negativo ou óbito/desaparecido; se está relacionado a contato com material vegetal;
- local e descrição da lesão: local anatômico (mãos, pés, dedos, tronco, pernas, etc), cutâneo fixa, cutâneo linfática, etc;
- exame laboratorial;

OREINTAÇÕES GERAIS:

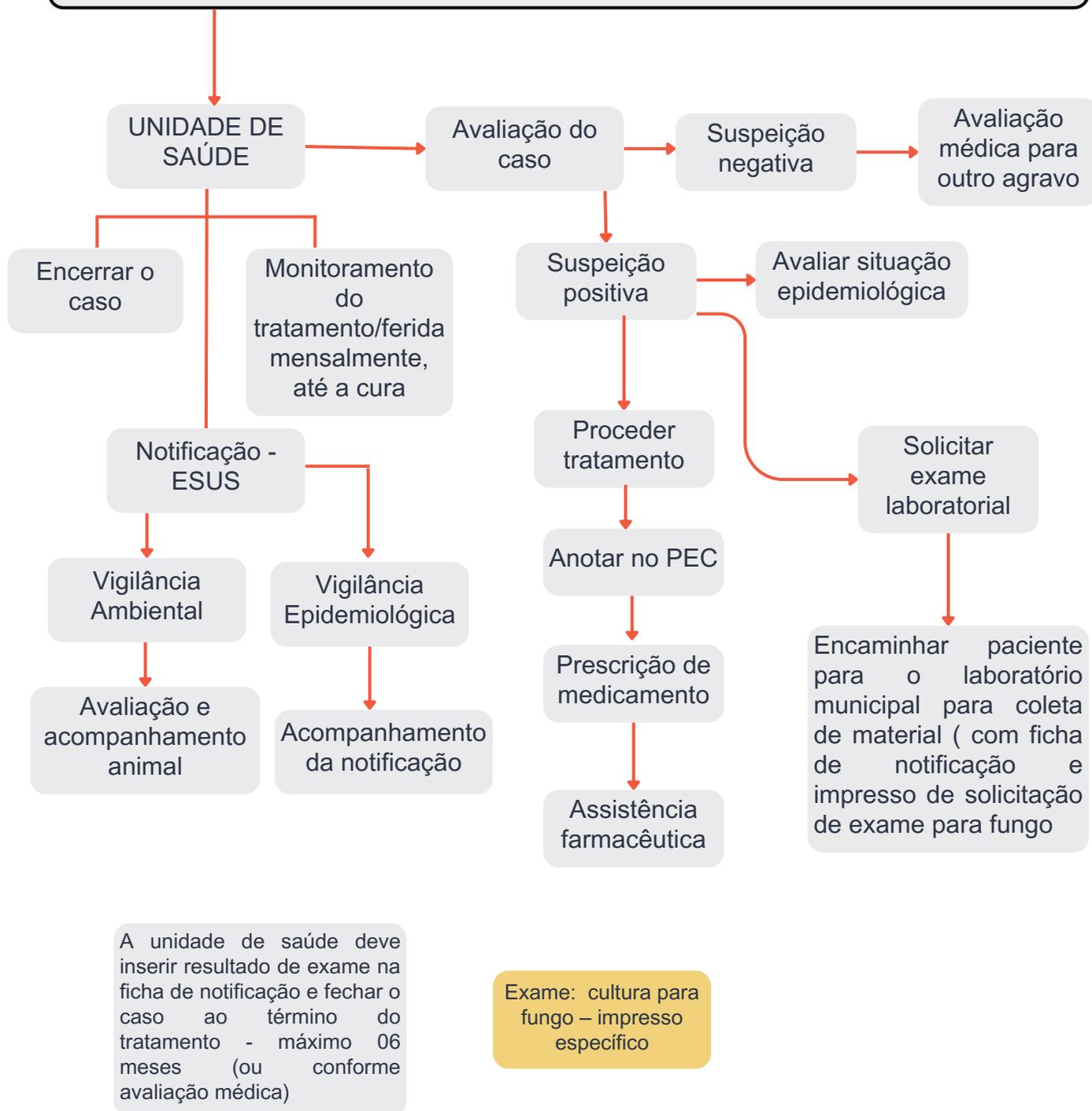
- Para os profissionais de saúde mais expostos ao risco de infecção pelo fungo: Recomenda-se a higienização das mãos antes e depois do contato com o animal com solução antisséptica degermante (PVP-Iodo ou clorexidina) para prevenção de infecção cruzada. Se ocorrer acidente de trabalho com sangue e outros fluidos orgânicos potencialmente contaminados, lavar o local imediatamente, com água e sabão e logo após, procurar assistência médica.
- Para os donos de animais: Todo animal doente com suspeita de esporotricose precisa ser isolado das pessoas e de outros animais.
- Animal: seus utensílios, brinquedos e outros objetos precisam ser lavados com água e sabão e desinfetados diariamente. Em caso de morte do animal, este não deverá ser enterrado ou jogado no lixo, e sim encaminhado ao veterinário para incineração o mais rápido possível. Os locais onde o animal habitava precisam ser descontaminados, preferencialmente com hipoclorito de sódio.





FLUXOGRAMA ESPOROTRICOSE

CASO SUSPEITO: Todo indivíduo que apresente lesões na pele iniciadas como pequenas pápulas que evoluem de forma ulcerada, com ou sem secreção seropurulenta, dispostas ou não em cadeia, com história epidemiológica de trauma cutâneo; ou Todo indivíduo que apresente lesão em mucosas, após exposição a material biológico contaminado; ou Todo indivíduo que apresenta alterações histopatológicas em órgãos ou tecidos que sugerem estruturas fúngicas compatíveis com um dos agentes do gênero *Sporothrix*.



SOLICITAÇÃO DE EXAME PARA FUNGOS



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME PARA FUNGOS

I – Dados Gerais

1 - Unidade requisitante	2 - CNES	3 - Município
4 - Profissional requisitante/ Registro no Conselho		

II – Dados do Paciente

5 - Nome completo do paciente:			6 - Profissão:		
7 - Data de nascimento: / /	8 - Idade:	9 - Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem.	10 - Nome da mãe:		
11 - Endereço: rua ou avenida					12 - Nº
13 - Complemento:	14 - Bairro:		15 - Município		
16 - Ponto de referência				17 - Fone	
18 - Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	19 - CEP	20 - UF	21 - País		

III – Dados Clínicos

22 - Data dos primeiros sintomas: / /	23 - Uso de antifúngicos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ Data do início do tratamento: / /
24 - Outros:	

IV – Fatores Predisponentes

<input type="checkbox"/> Doença Maligna <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Uso de Drogas Imunossupressoras <input type="checkbox"/> Outros: _____
--

V – Material Enviado

<input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> Lavado Broncoalveolar <input type="checkbox"/> Líquido Pleural <input type="checkbox"/> Medula Óssea <input type="checkbox"/> Líquor <input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Biópsia de _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____
25 - Data da Coleta: / /

VI – Exames Solicitados

<input type="checkbox"/> Cryptococcus – Meningite (apenas amostras de Líquor e/ou Soro). <input type="checkbox"/> Fungos – Cultura (exceto amostras de Líquor e Soro). <input type="checkbox"/> Fungos – Sorologia: Aspergilose, Histoplasmo e Paracoccidioidomicose (apenas amostras de Soro).

VII – História Prévia do Paciente

--

Solicitante (Assinatura e Carimbo)

Data: / /

ESQUISTOSSOMOSE

CID10: B65.9

Doença parasitária, de evolução crônica, diretamente relacionada à vulnerabilidade social e às precárias condições de saneamento básico, cuja magnitude da prevalência, severidade das formas clínicas e a evolução a caracterizam como um importante problema de saúde pública no País. Conhecida também como xistose, barriga-d'água e doença dos caramujos.

A maioria dos portadores não apresenta sintomas da doença (forma assintomática), sendo diagnosticada a partir das alterações dos exames laboratoriais de rotina (eosinofilia e ovos viáveis de *S. mansoni* nas fezes). Na forma Aguda, os sintomas são: linfadenopatia, febre, cefaléia, anorexia, dor abdominal; e, com menor frequência, o paciente pode referir diarreia, náuseas, vômitos e tosse seca.

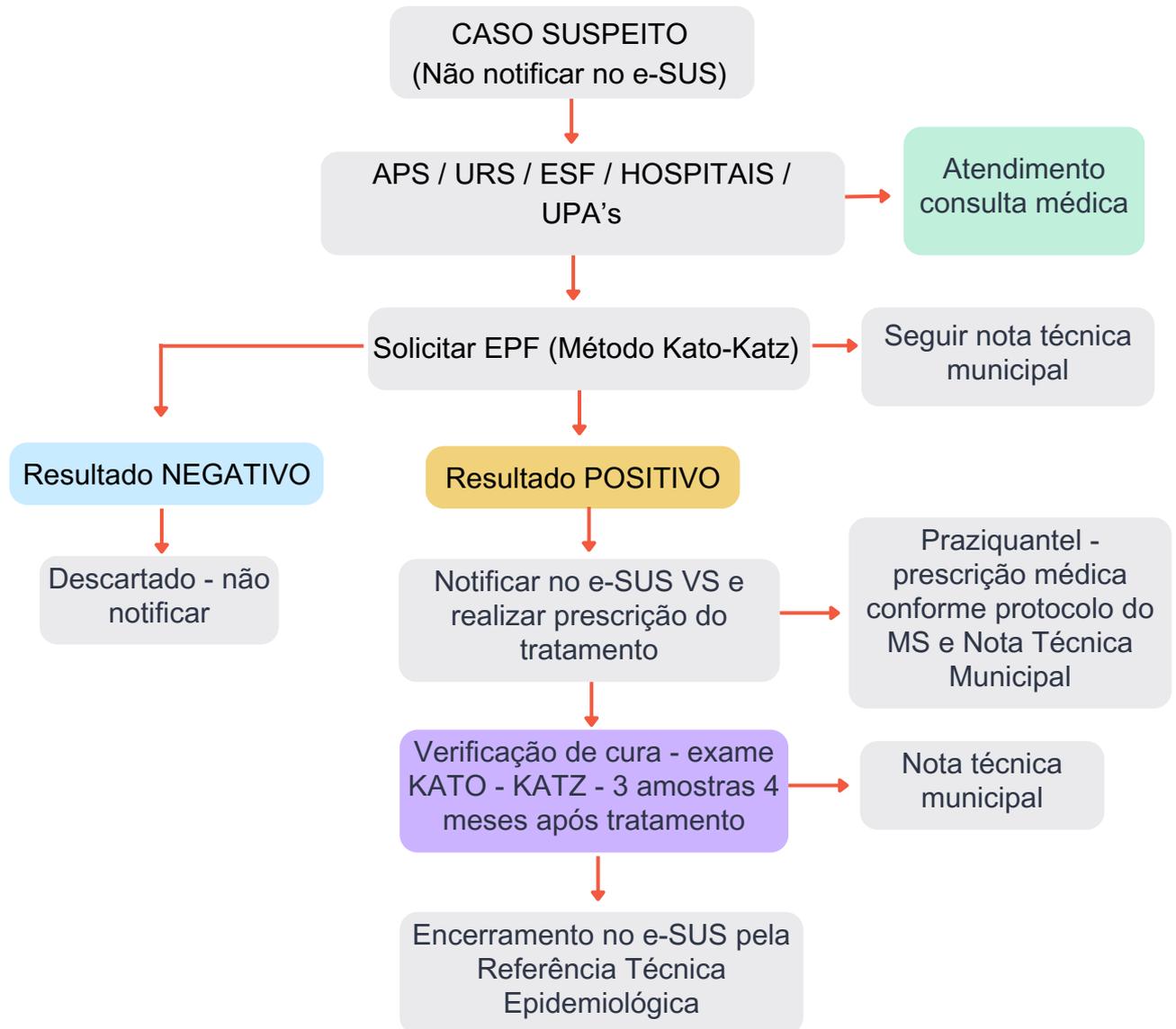
- **Modo de Transmissão:** O ser humano adquire a Esquistossomose por meio da penetração ativa da cercária na pele, presente no caramujo do gênero *Biomphalaria*. O contato com água contaminada por cercárias durante atividades profissionais ou de lazer, como banhos, pescas, lavagem de roupa e louça ou plantio de culturas irrigadas, constitui risco de se adquirir a doença.

- **Diagnóstico:** Clínico/Epidemiológico + Exame Parasitológico de Fezes /Método Kato-Katz (preferencial)

-**Notificação:** É considerado um caso confirmado aquele indivíduo que apresente ovos de *Shistosoma mansoni* em amostras de fezes, tecidos ou materiais orgânicos e/ou formas graves de Esquistossomose, devendo ser notificado no e-SUS VS pelo serviço que estiver realizando o atendimento ao paciente



FLUXOGRAMA DO PROGRAMA DE CONTROLE DE ESQUISTOSSOMOSE



FEBRE MACULOSA

CID10: A77.9

É uma doença infecciosa febril aguda, de gravidade variável, que pode cursar com formas leves e atípicas, até formas graves com elevada taxa de letalidade. O início costuma ser abrupto, com manifestação clínica inicial: febre elevada e de início súbito, associada a cefaléia, mialgia, artralgia, prostração, náusea e vômitos. O exantema pode surgir entre o segundo e sexto dia de sintomas.

- **Modo de Transmissão:** Nos humanos, a febre maculosa é adquirida pela picada do carrapato infectado com Rickettsias, e a transmissão geralmente ocorre quando o artrópode permanece aderido ao hospedeiro

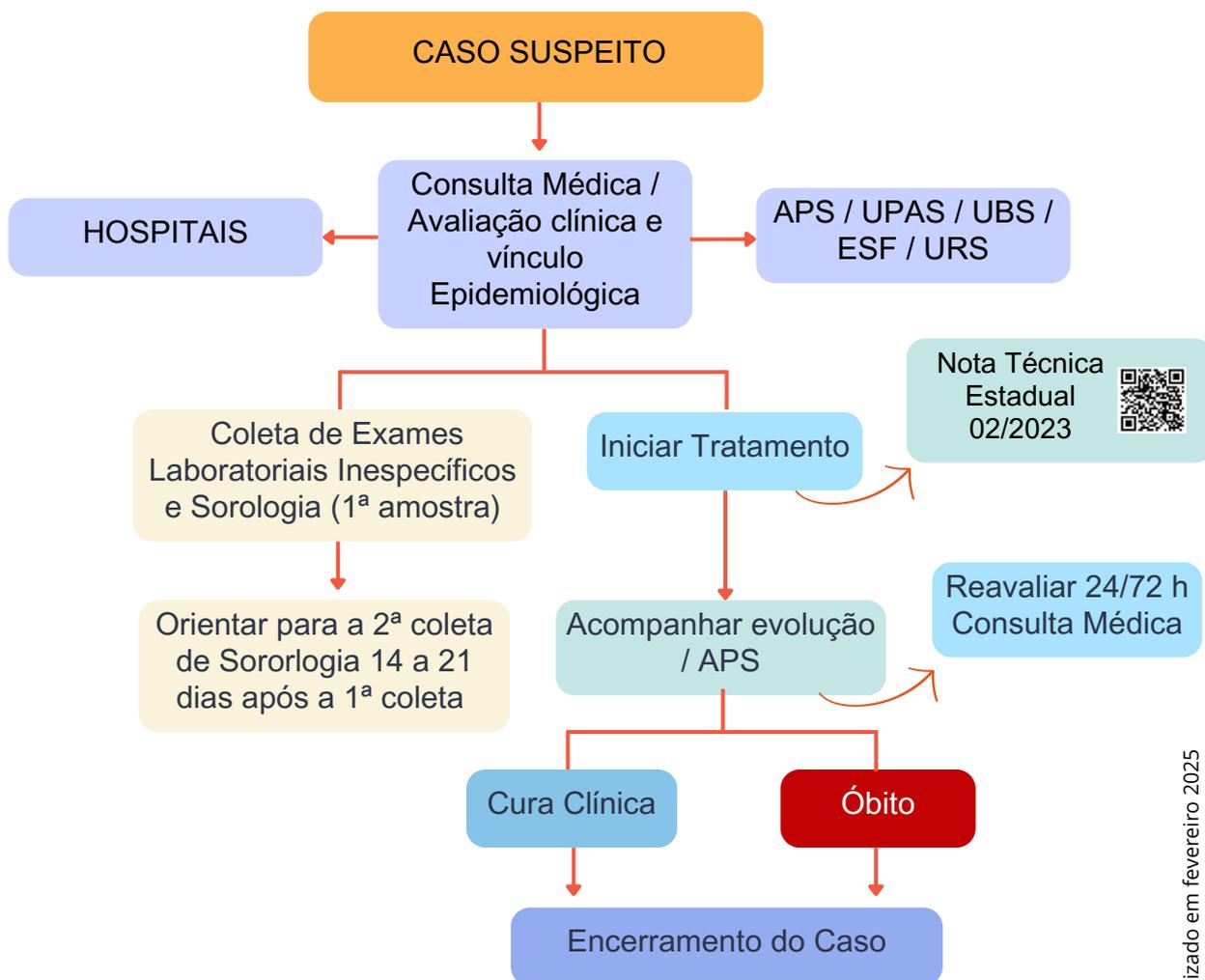
- **Diagnóstico:** Clínico/Sintomas+ Vínculo Epidemiológico/Exposição ao Risco + Sorologia em 2 amostras.

- **Notificação:** Todo caso suspeito deverá ser notificado no e-SUS pelo serviço que estiver realizando o atendimento ao paciente.

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO: Indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaléia, mialgia e que tenha relatado história de picada de carrapatos, e/ou tenha tido contato com animais domésticos e/ou silvestres, e/ou tenha frequentado área de transmissão de febre maculosa nos últimos 15 dias; Indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaléia e mialgia, seguidas de aparecimento de exantema maculopapular, entre o segundo e o quinto dias de evolução, e/ou manifestações hemorrágicas.



FLUXOGRAMA DA FEBRE MACULOSA



Notas : 1) Caso Suspeito:

- Indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaléia, mialgia e que tenha relatado história de picada de carrapatos, e/ou tenha tido contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou tenha frequentado área de transmissão de febre maculosa nos últimos 15 dias.
- Indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaléia e mialgia seguido de aparecimento de exantema máculopapular, entre o 2º e o 5º dia de evolução e/ou manifestação hemorrágica.

HANSENÍASE

CID10: A30.9

A hanseníase é uma doença infecciosa, contagiosa, de evolução crônica, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*. Atinge principalmente primeiro os nervos e depois a pele e as mucosas, com capacidade de ocasionar lesões neurais em qualquer parte do corpo, podendo acarretar danos irreversíveis, inclusive exclusão social, caso o diagnóstico seja tardio ou o tratamento inadequado.

A hanseníase é transmitida, pelo doente sem tratamento, pelas vias aéreas superiores (por meio do espirro, tosse ou fala), a hanseníase não se transmite pelo abraço, compartilhamento de copos, pratos, talheres, roupas de cama, entre outros objetos. É necessário um contato próximo e prolongado. Apresentando longo período de incubação, dura em média de dois a sete anos; porém, há referências de períodos inferiores a dois anos e períodos superiores a dez anos.

As lesões neurais decorrentes conferem à doença um alto poder incapacitante, principal responsável pelo estigma e discriminação às pessoas acometidas pela doença.

A infecção por hanseníase acomete pessoas de ambos os sexos e de qualquer idade. Entretanto, é necessário um longo período vivendo com a pessoa com hanseníase contagiante e sem tratamento, e um sistema imunológico com baixa resposta ao microorganismo, sendo que apenas uma pequena parcela da população infectada realmente adocece.

O Brasil ocupa a 2ª posição do mundo entre os países que registram casos novos. Em razão de sua elevada carga, a doença permanece como um importante problema de saúde pública no país, sendo de notificação compulsória e investigação obrigatória.

Os sinais e sintomas mais frequentes da hanseníase são:

- Área (s) da pele com alteração da sensibilidade térmica ao calor e frio, e/ou dolorosa (à dor) e/ou tátil (ao tato);
- Manchas (brancas, avermelhadas, acastanhadas ou amarronzadas) e/ou
- Nervo (s) periférico (s) geralmente espessamento (engrossamento);
- Áreas com diminuição dos pelos e do suor;
- Sensação de formigamento e/ou fisgadas, principalmente em mãos e pés;
- Diminuição ou ausência da sensibilidade e/ou da força muscular na face, e/ou nas mãos e/ou nos pés;
- Caroços (nódulos) no corpo, em alguns casos avermelhados e dolorosos;
- Mãos e/ou pés inchados

O diagnóstico de caso de hanseníase é realizado por meio do exame físico geral, exame de toda a pele e testes simples neurológicos para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos.

Os casos com suspeita de comprometimento neural, sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural primária), e aqueles que apresentam área com alteração sensitiva e/ou autonômica duvidosa e sem lesão cutânea evidente, deverão ser encaminhados para Unidades Regionais com o Programa de Hanseníase implantado, para confirmação diagnóstica, utilizando outros exames tais como à coleta de material para exames laboratoriais (baciloscopia ou histopatologia cutânea ou de nervo periférico sensitivo) e a exames eletrofisiológicos e/ou outros mais complexos, para identificar comprometimento cutâneo ou neural discreto e realizar diagnóstico diferencial com outras neuropatias periféricas.

A hanseníase tem cura! O tratamento medicamentoso da hanseníase envolve a associação de três antimicrobianos: rifampicina, dapsona e clofazimina via oral e está disponível nas apresentações adulto e infantil, de forma gratuita e exclusiva no Sistema Único de Saúde – SUS. A duração do tratamento varia de acordo com a forma clínica da doença podendo ser de seis meses a 1 ano, podendo ser prorrogada até 2 anos.

As complicações da hanseníase, muitas vezes, se confundem com a evolução do próprio quadro clínico da doença. Muitas dependem da resposta imune dos indivíduos acometidos, outras estão relacionadas com a presença do *M. leprae* nos tecidos e, por fim, algumas das complicações estão ligadas às lesões neurais características da hanseníase. **Algumas complicações advêm do diagnóstico tardio da doença.**

A investigação de contatos que convivem ou conviveram, residem ou residiram, de forma prolongada, com caso novo diagnosticado de hanseníase são as principais formas de prevenção, bem como a avaliação anual durante 5 anos.

A Prevenção de Incapacidades Físicas causadas pela hanseníase apoia-se na: Educação em Saúde, Diagnóstico precoce, tratamento regular com PQT-U, avaliação dos contatos depois e caso não seja suspeito encaminhar a sala de vacina por escrito para receber, conforme o caso, a aplicação de BCG, detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites, apoio a manutenção da condição emocional e integração social (família, estudo, trabalho, grupos sociais), realização de autocuidados.

A Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) para monitoramento da função neural, avaliação do Grau de Incapacidade Física.

NOTIFICAÇÃO

As notificações são feitas nas regionais, apenas dos casos confirmados.

O fluxo é: suspeitando de alguém com sintomas encaminhar ao dermatologista da hanseníase nas seguintes regionais:

- FEU ROSA
- NOVO HORIZONTE
- SERRA
- SERRA DOURADA
- VALPARAISO
- JACARAÍPE

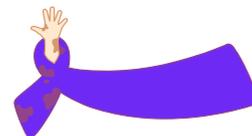
INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS

São considerados como contatos “toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido com o doente de hanseníase, no âmbito domiciliar, nos últimos cinco anos anteriores ao diagnóstico da doença, podendo ser familiar ou não”

A investigação de contatos é o método de detecção de casos de hanseníase com a melhor base de evidências.

Todo contato deve retornar aos serviços e realizar durante um período de 5 anos, os exames dermatológicos e fazer o teste rápido da hanseníase, conforme fluxo.

hanseníase.sesa@serra.es.gov.br
(27)3252-2932



FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE HANSENÍASE

SINTOMÁTICO DERMATOLÓGICO

Exame dermatoneurológico

Presença de sinais e sintomas de Hanseníase

Encaminhar ao médico para CONFIRMAÇÃO do caso novo

CASO CONFIRMADO INICIAR TRATAMENTO

CASO DESCARTADO

Orientações sobre período de incubação, transmissão e sinais e sintomas precoces da hanseníase

Registrar informações no PEC e no e-SUS VS

Enviar contra-referência à unidade

ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO ANUAL DURANTE 5 ANOS.

Considerado contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos

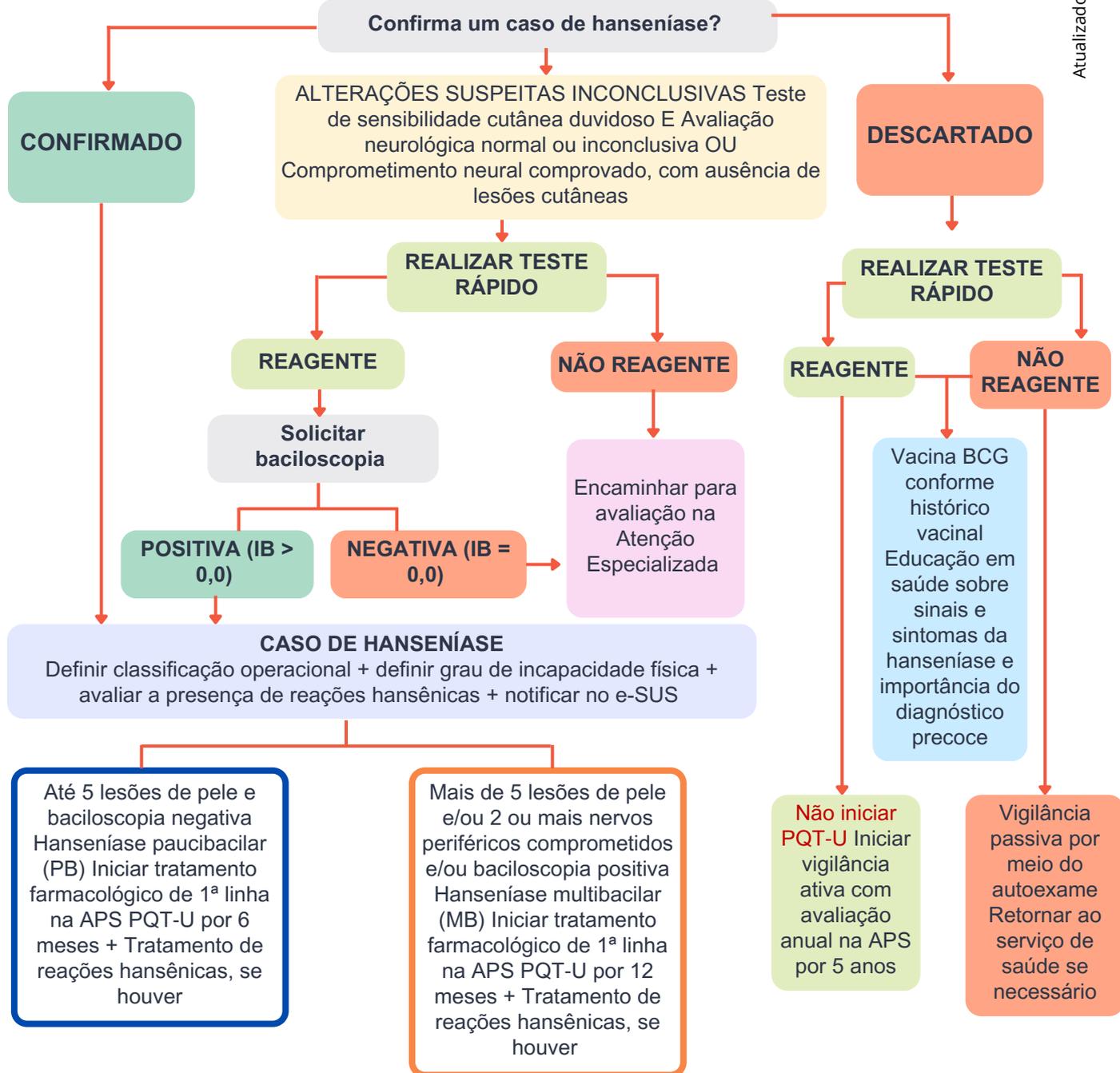
- Todo contato de hanseníase deve receber orientação de que a BCG não é uma vacina específica para este agravo e neste grupo é destinada, prioritariamente, aos contatos intradomiciliares.
- Contatos intradomiciliares de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG.
- Contatos intradomiciliares de hanseníase com mais de 1 ano de idade, já vacinados com a primeira dose, devem seguir as instruções do quadro acima.
- Na incerteza de cicatriz vacinal, no exame dos contatos intradomiciliares, recomenda-se aplicar uma dose independentemente da idade.
- As contra-indicações para aplicação da vacina BCG são as mesmas referidas pelo Programa Nacional de Imunização -PNI disponíveis no endereço eletrônico: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_pos-vacinacao.pdf
- É importante considerar a situação de risco dos contatos possivelmente expostos ao HIV e outras situações de imunodepressão, incluindo corticoterapia. Para pessoas HIV positivas ou com AIDS, devem ser seguidas as recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou atenuados disponíveis no seguinte endereço eletrônico: www.aids.gov.br/final/biblioteca/imunizacao/imuniza.htm.contatos



FLUXOGRAMA CONTATO DE CASO DE HANSENÍASE CONFIRMADO

AVALIAÇÃO DERMATOLÓGICA
Inspeção da pele em toda a superfície corporal Avaliação da sensibilidade (térmica, dolorosa e tátil) nas lesões de pele e/ou nas áreas referidas como dormentes

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA
Palpação dos nervos periféricos + avaliação sensitiva e motora nas mãos, pés e olhos



Atualizado em fevereiro 2025

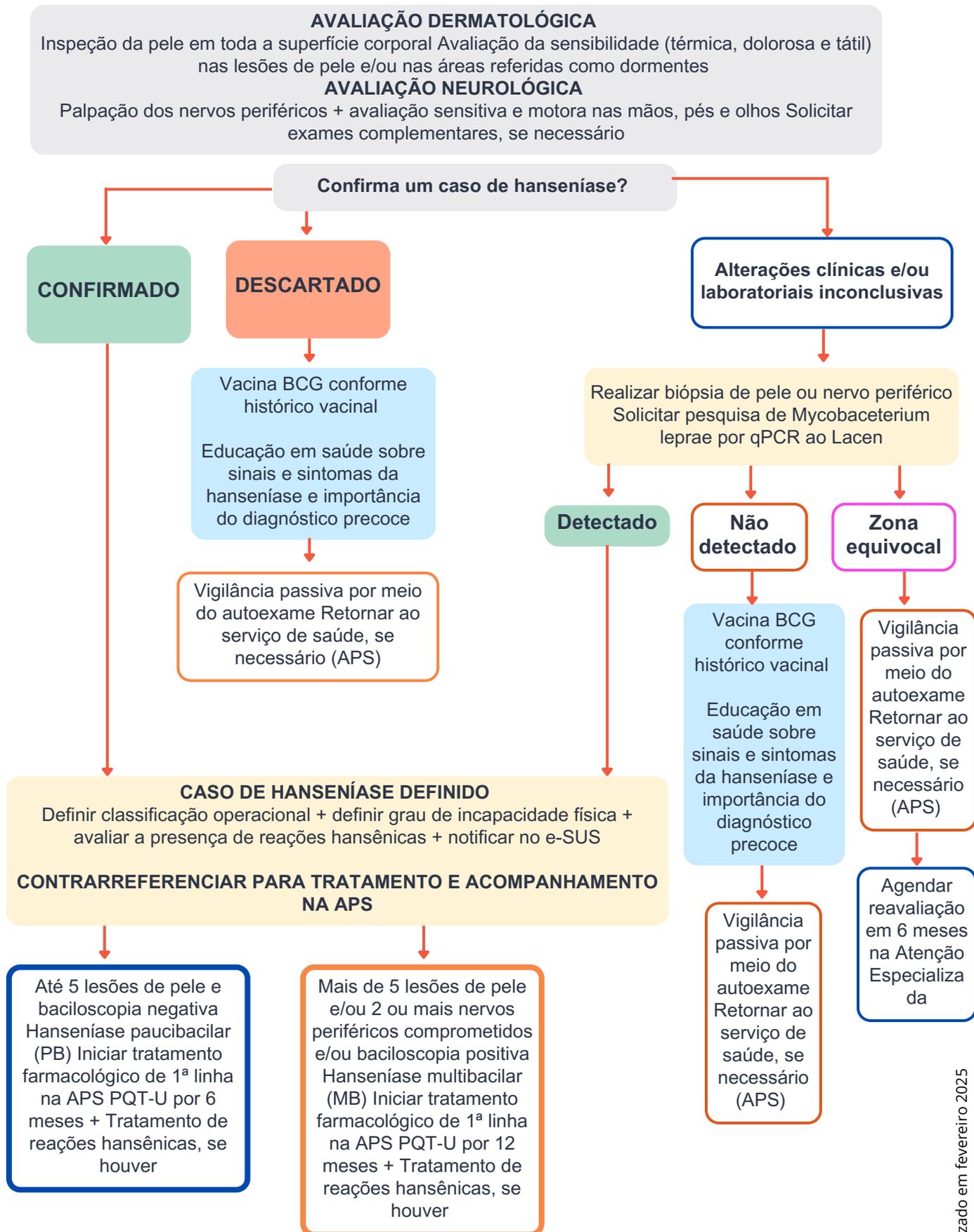
SEGUIMENTO (PB ou MB)
Avaliação clínica mensal + dose supervisionada mensal + ANS trimestral

CRITÉRIO DE ALTA (PB ou MB)
Confirmação de todas as doses supervisionadas + avaliação clínica + ANS

CASO NOVO DE HANSENÍASE (IB ≥ 2,0) OU MB COM SUSPEITA DE PERSISTÊNCIA DA INFECÇÃO AO FIM DE 12 DOSES DE PQT-U
Encaminhar para avaliação de resistência



FLUXOGRAMA - CONTATO DE CASO DE HANSENÍASE COM ALTERAÇÕES SUSPEITAS INCONCLUSIVAS REFERENCIADO PELA APS



HEPATITES VIRAIS

CID10:

As hepatites virais constituem uma relevante questão de saúde pública no Brasil e no mundo, atingindo vários segmentos da população e representa um grande impacto de morbidade e mortalidade em sistemas de saúde como o Sistema Único de Saúde (SUS).

As hepatites virais agudas e crônicas são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático, apresentando características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, porém com importantes particularidades.

AGENTES ETIOLÓGICOS:

As hepatites virais mais frequentes são causadas por cinco vírus: o vírus da hepatite A (HAV), o vírus da hepatite B (HBV), o vírus da hepatite C (HCV), o vírus da hepatite D (HDV) e o vírus da hepatite E (HEV). Esses vírus pertencem, respectivamente, às seguintes famílias: Picornaviridae, Hepadnaviridae, Flaviviridae, Deltaviridae e Hepeviridae (WHO, 2021)

FORMAS DE TRANSMISSÃO DAS HEPATITES VIRAIS:

QUADRO 1 – Principais características dos vírus que causam a hepatite. Brasil, 2008

AGENTE ETIOLÓGICO	GENOMAS	MODOS DE TRANSMISSÃO	PERÍODO DE INCUBAÇÃO	PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE
Vírus da hepatite A (HAV)	RNA	Fecal-oral	15 a 45 dias (média de 30 dias)	Duas semanas antes do início dos sintomas até o final da segunda semana da doença.
Vírus da hepatite B (HBV)	DNA	<ul style="list-style-type: none">• Sexual• Parenteral• Percutânea• Vertical	30 a 180 dias (média de 60 a 90 dias)	De duas a três semanas antes dos primeiros sintomas, mantendo-se enquanto o HBsAg estiver detectável. O portador crônico pode transmitir o HBV durante vários anos.
Vírus da hepatite C (HCV)	RNA	<ul style="list-style-type: none">• Sexual• Parenteral• Percutânea• Vertical	15 a 150 dias (média de 50 dias)	Uma semana antes do início dos sintomas, mantendo-se enquanto o paciente apresentar HCV-RNA detectável (carga viral).
Vírus da hepatite D (HDV)	RNA	<ul style="list-style-type: none">• Sexual• Parenteral• Percutânea• Vertical	30 a 180 dias (na superinfecção, esse período é menor)	<ul style="list-style-type: none">• Na superinfecção^a, de duas a três semanas antes dos primeiros sintomas, mantendo-se enquanto o HBsAg estiver detectável.• Na coinfeção^b, uma semana antes do início dos sintomas, mantendo-se enquanto o HBsAg estiver detectável.
Vírus da hepatite E (HEV)	RNA	Fecal-oral	14 a 60 dias (média de 42 dias)	Duas semanas antes do início dos sintomas até o final da segunda semana da doença.

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

^aSuperinfecção: situação de portador crônico do HBV infectado pelo vírus delta.

^bCoinfeção: quando o indivíduo suscetível adquire o HBV e o delta simultaneamente.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Após entrar em contato com o vírus, o indivíduo pode desenvolver hepatite aguda oligo/assintomática ou sintomática. Esse quadro agudo pode ocorrer na infecção por qualquer um dos vírus, com aspectos clínicos e virológicos limitados aos primeiros seis meses.

HEPATITE AGUDA

- Período prodrômico ou pré-ictérico: ocorre após o período de incubação do agente etiológico e anteriormente ao aparecimento da icterícia. Os sintomas são inespecíficos: anorexia, náuseas, vômitos, diarreia ou, raramente, constipação, febre baixa, cefaleia, mal-estar, astenia e fadiga, aversão ao paladar e/ou ao olfato, mialgia, fotofobia, desconforto no hipocôndrio direito, urticária, artralgia ou artrite, e exantema papular ou maculopapular. 486 Ministério da Saúde | Guia de Vigilância em Saúde.
- Fase ictérica: com o aparecimento da icterícia, em geral, há diminuição dos sintomas prodrômicos. Observa-se hepatomegalia dolorosa, com ocasional esplenomegalia.
- Fase de convalescença: segue-se ao desaparecimento da icterícia. A recuperação completa ocorre após algumas semanas, mas a fraqueza e o cansaço podem persistir por vários meses.

HEPATITE CRÔNICA

As hepatites virais crônicas estão relacionadas aos vírus B, C e D e, com maior raridade, ao vírus E. A cronicidade é caracterizada pela detecção de material genético ou de antígenos virais por um período de seis meses após o diagnóstico inicial. A infecção crônica pode cursar de forma oligo/assintomática ou sintomática, normalmente com agravamento da doença hepática em longo prazo. Nesses casos, os indivíduos apresentam sinais histológicos de lesão hepática (inflamação, com ou sem fibrose) e marcadores sorológicos ou virológicos de replicação viral. Indivíduos com infecção crônica pelo HBV, que não apresentam manifestações clínicas, com replicação viral baixa ou ausente, e que não apresentam evidências de alterações graves à histologia hepática, são considerados portadores assintomáticos. Nessas situações, a evolução tende a ser benigna, contudo, o vírus ainda pode ser transmitido, o que constitui fator importante na propagação da doença.

HEPATITE FULMINANTE

Termo utilizado para designar a insuficiência hepática aguda, caracterizada pelo surgimento de icterícia, coagulopatia e encefalopatia hepática em um intervalo de até oito semanas. Trata-se de uma condição rara e potencialmente fatal, cuja letalidade é elevada (40% a 80% dos casos). A fisiopatologia está relacionada à degeneração e à necrose maciça dos hepatócitos. O quadro neurológico progride para o coma ao longo de poucos dias após a apresentação inicial. Todos os cinco tipos de hepatites virais podem causar hepatite fulminante (Brasil, 2008).

EVOLUÇÃO DA DOENÇA:

A Hepatite crônica da doença pelo HBV, ou seja, a persistência do vírus por mais de seis meses, ocorre em, aproximadamente, 5% a 10% dos indivíduos adultos infectados. Caso a infecção ocorra por transmissão vertical, o risco de cronicidade dos recém-nascidos de gestantes com evidências de replicação viral (HBeAg reagente e/ou HBV DNA >104) é de cerca de 70% a 90%, e de 10% a 40% nos casos sem evidências de replicação do vírus. Cerca de 70% a 90% das infecções ocorridas em menores de cinco anos se cronicam, e 20% a 25% dos casos crônicos com evidências de replicação viral evoluem para doença hepática avançada (cirrose e hepatocarcinoma).

Uma particularidade dessa infecção viral crônica é a possibilidade de evolução para câncer hepático, independentemente da ocorrência de cirrose, fato considerado pré-requisito nos casos de surgimento de carcinoma hepatocelular nas demais infecções virais crônicas, como a hepatite C.

As hepatites virais são doenças de notificação obrigatória, conforme Portaria vigente. Para a vigilância epidemiológica, devem-se seguir as orientações de definição de casos do “Guia de Vigilância em Saúde” e suas atualizações (BRASIL, 2017a).

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

HEPATITE A

QUADRO 2 – Interpretação dos resultados de testes sorológicos para hepatite A

INTERPRETAÇÃO	ANTI-HAV TOTAL	ANTI-HAV IGM
Infecção aguda pelo HAV/ infecção recente	Reagente (+)	Reagente (+)
Infecção passada/imunidade (por contato prévio com o HAV ou por vacina)	Reagente (+)	Não reagente (-)
Suscetível	Não reagente (-)	Não reagente (-)

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

- Anti-HAV IgM: a presença desse marcador define o diagnóstico de hepatite aguda A. É detectado a partir do segundo dia do início dos sintomas da doença e começa a declinar após a segunda semana, desaparecendo após três meses.
- Anti-HAV IgG: esse marcador está presente na fase de convalescença e persiste indefinidamente, proporcionando imunidade específica ao vírus. É um importante marcador epidemiológico, por demonstrar a prevalência de contato com o HAV em determinada população. Também está presente no indivíduo vacinado contra hepatite A.
- Anti-HAV total: anticorpos contra o vírus da hepatite A das classes IgM e IgG, simultaneamente.
- HAV-RNA: é o material genético do vírus (Brasil, 2018)

HEPATITE B

- HBsAg (antígeno de superfície do HBV): pode ser detectado por meio de testes rápidos ou laboratoriais na grande maioria dos indivíduos com hepatite B crônica ou aguda. Juntamente do HBV-DNA, é um dos primeiros marcadores da infecção, detectável em torno de 30 a 45 dias após a infecção, e pode permanecer detectável por até 120 dias nos casos de hepatite aguda. Ao persistir além de seis meses, caracteriza a infecção crônica.
 - Anti-HBc IgM (anticorpos da classe IgM contra o antígeno do capsídeo do HBV): é um marcador de infecção recente, que geralmente surge 30 dias após o aparecimento do HBsAg e é encontrado no soro por até 32 semanas após a infecção.
 - Anti-HBc total: anticorpos contra o vírus da hepatite B das classes IgM e IgG, simultaneamente.
 - Anti-HBs (anticorpos contra o antígeno de superfície do HBV): quando presente nos títulos adequados (pelo menos 10 UI/mL), esse marcador confere imunidade ao HBV. Seu surgimento, normalmente, está associado ao desaparecimento do HbsAg (cura funcional), constituindo um indicador de imunidade. Está presente isoladamente em pessoas com esquema vacinal completo contra o HBV.
- HBV-DNA (DNA do HBV): é o material genético do vírus. Sua quantificação corresponde à carga viral circulante no indivíduo. Por ser um indicador direto da presença do vírus, pode ser usado como teste complementar no diagnóstico da infecção pelo HBV. Também é empregado no monitoramento do paciente e no acompanhamento da terapia antiviral.
- HBeAg: antígeno da partícula “e” do vírus da hepatite B, utilizado como marcador de replicação viral.
 - Anti-HBe: anticorpo específico contra o antígeno “e” do vírus da hepatite B (Brasil, 2018).

QUADRO 3 – Interpretação e conduta frente aos resultados de testes para a pesquisa de marcadores sorológicos para hepatite B

INTERPRETAÇÃO/CONDUTA	HBSAG	ANTI-HBC TOTAL
Início de fase aguda • Necessário realizar teste molecular (HBV-DNA)	Reagente (+)	Não reagente (-)
Hepatite aguda ou crônica • Solicitar anti-HBc IgM	Reagente (+)	Reagente (+)
Provável cura (desaparecimento do HBsAg) • Solicitar anti-HBs	Não reagente (-)	Reagente (+)
Suscetível • Indicar vacina ou • Em caso de esquema vacinal completo, pedir anti-HBs para confirmar soroconversão, quando indicado	Não reagente (-)	Não reagente (-)

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

HEPATITE C

- Anti-HCV (anticorpo contra o HCV): pode ser detectado por meio do teste rápido ou teste sorológico laboratorial. Constitui o marcador que indica contato prévio com o vírus. É detectado na infecção aguda ou crônica e no indivíduo curado, não indicando, portanto, a fase da doença. Após a infecção, esse marcador demora de 8 a 12 semanas para ser detectado, mantendo-se reagente indefinidamente.
- HCV-RNA (RNA do HCV): é o material genético viral. A presença do HCV-RNA é uma evidência da presença do vírus; por isso, testes para detecção desse marcador são utilizados para complementar o diagnóstico da infecção. O HCV-RNA costuma ser detectado entre uma e duas semanas após a infecção. O resultado não detectado pode indicar cura natural, clareamento viral ou resposta sustentada ao tratamento. Quando o primeiro resultado desse teste for não detectado, pode ser necessária a indicação da repetição do teste após três a seis meses, como preconizado no Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais (Brasil, 2018)

HEPATITE D

- Anti-HDV total: anticorpos contra o vírus da hepatite D (Delta) das classes IgM e IgG, simultaneamente.
- HDV-RNA: é utilizado como marcador de replicação viral, tanto na fase aguda quanto na fase crônica da doença, e como controle de tratamento. Pode ser detectado 14 dias após a infecção. Na infecção pelo vírus da hepatite D (Delta), observam-se as formas de ocorrência a seguir:
- Superinfecção: situação de portador crônico do HBV infectado pelo vírus delta.
- Coinfecção: infecção simultânea pelo HBV e pelo vírus delta em indivíduo suscetível.

QUADRO 4 - Interpretação dos resultados sorológicos para hepatite D

FORMAS	HBSAG	ANTI-HBC TOTAL	ANTI-HBC IGM	ANTI-HDV TOTAL	ANTI-HBS
Coinfecção	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)
Superinfecção	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)
Cura	(-)	(+)	(-)	(+)	(+)

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

HEPATITE E

- Anti-HEV IgM: anticorpo específico para hepatite E em todos os indivíduos infectados recentemente. O teste para detecção do anti-HEV IgM torna-se reagente de quatro a cinco dias após o início dos sintomas, desaparecendo de quatro a cinco meses depois.
- Anti-HEV IgG: anticorpo indicativo de infecção pelo vírus da hepatite E no passado. Está presente na fase de convalescença e persiste indefinidamente.
- Anti-HEV total: anticorpos contra o vírus da hepatite E das classes IgM e IgG, simultaneamente.
- HEV-RNA: é o material genético viral (Brasil, 2018)

QUADRO 6 - Interpretação dos resultados sorológico para hepatite E

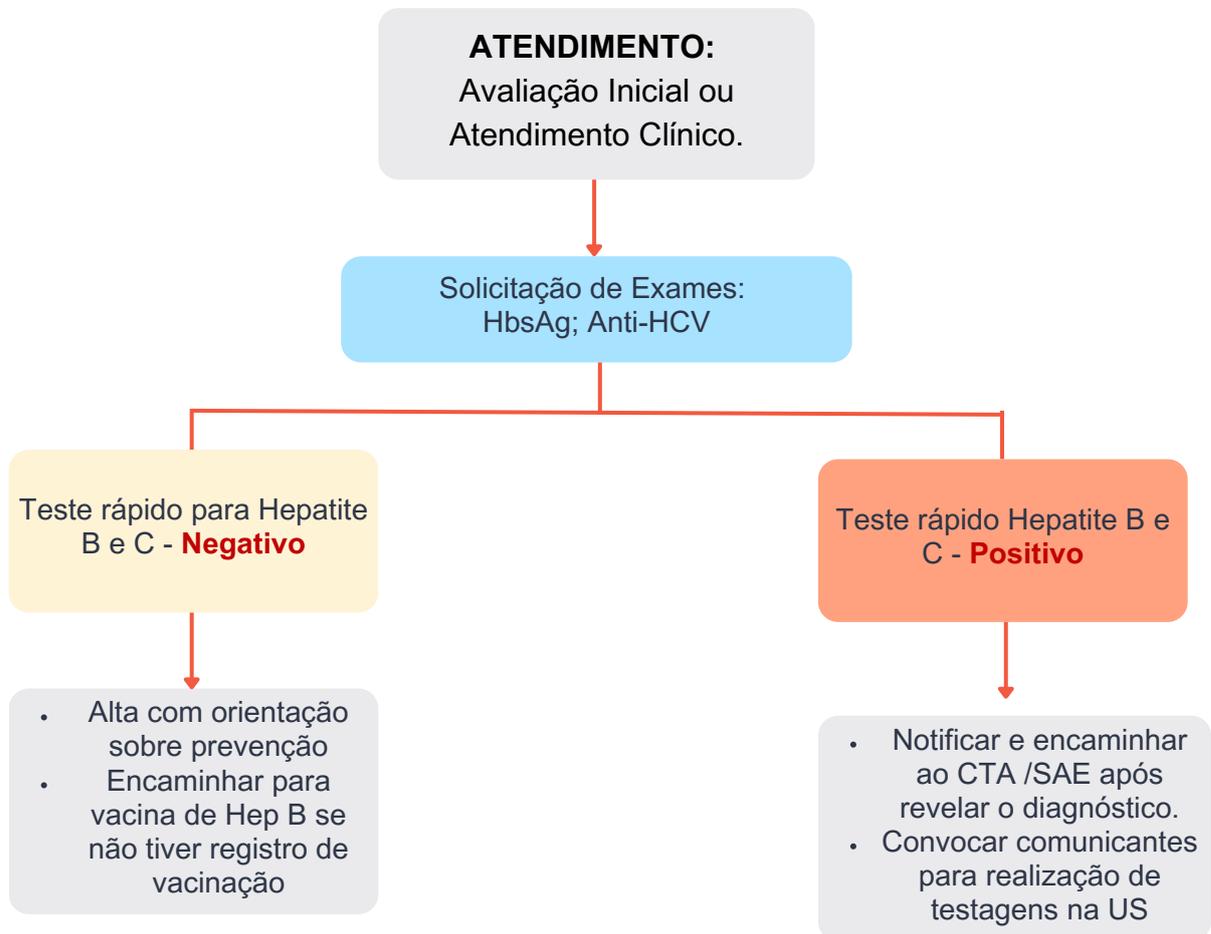
INTERPRETAÇÃO	ANTI-HEV TOTAL	ANTI-HEV IGM
Hepatite E aguda Infecção recente	Reagente (+)	Reagente (+)
Infecção passada/imunidade	Reagente (+)	Não reagente (-)
Suscetível	Não reagente (-)	Não reagente (-)

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Referência Técnica de HIV/AIDS - Vigilância Epidemiológica da Serra



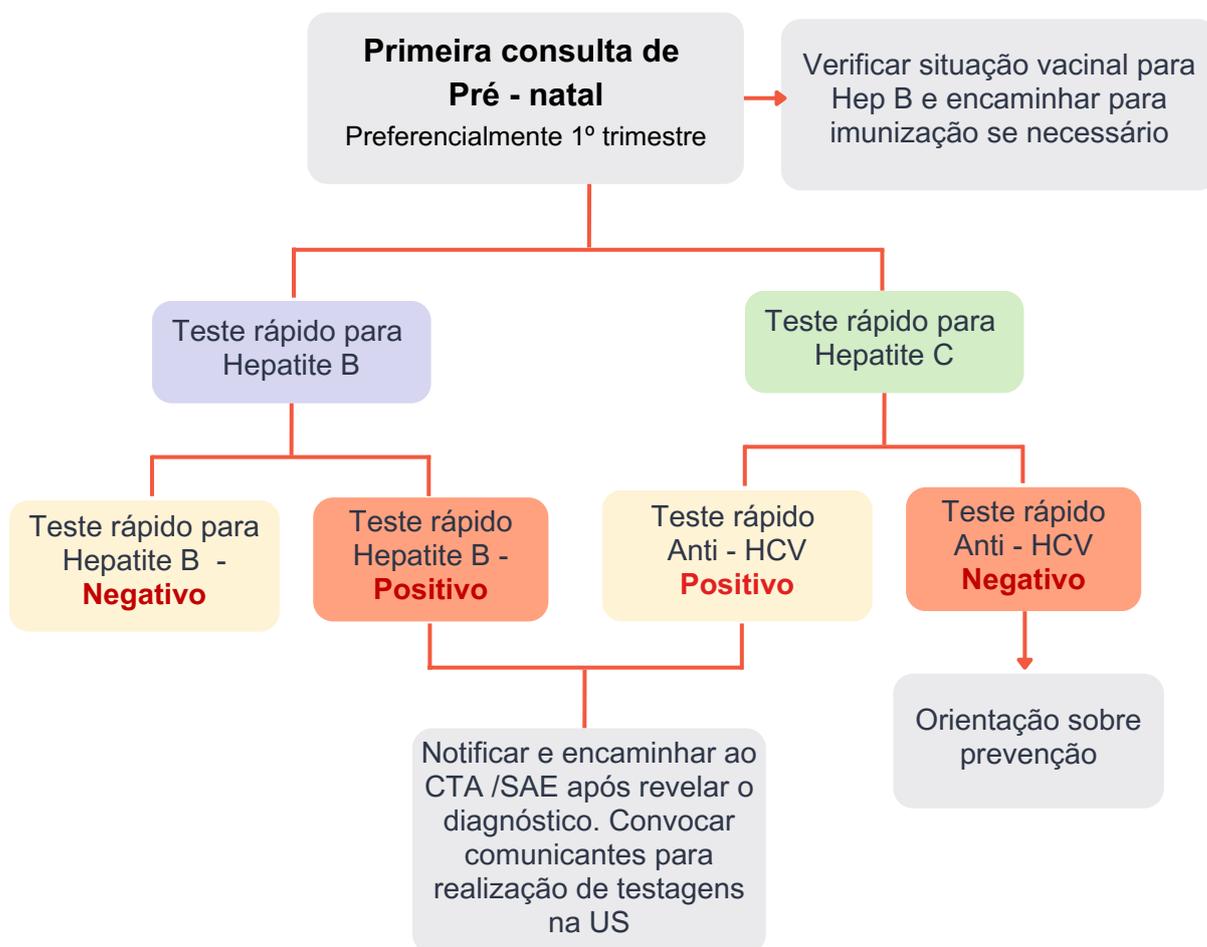
FLUXOGRAMA HEPATITES - PACIENTE GERAL



- Os testes rápidos de Hepatite B e C também são diagnósticos. Caso os resultados sejam positivos, realizar notificação e encaminhar o paciente ao CTA/SAE.
- Caso o teste rápido esteja indisponível no almoxarifado, ofertar o teste sorologia HBSag e anti HCV pelo laboratório contratado.



FLUXOGRAMA HEPATITES - PACIENTE GESTANTE



- A gestante encaminhada ao CTA será atendida pela Gastroenterologista.
- O pré-natal deverá ser realizado pela Unidade de Saúde de Referência da Gestante.

1) Os testes rápidos de Hepatite B e C também são diagnósticos. Caso os resultados sejam positivos, realizar notificação e encaminhar o paciente ao CTA/SAE.

2) Caso não tenha disponibilidade de teste rápido na Unidade de Saúde, solicitar exame sorológico.

HIV

CID10:

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase avançada, a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), ainda representam um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função de sua transcendência e seu caráter pandêmico.

A infecção pelo HIV, sem tratamento, pode evoluir para aids, resultando em grave disfunção do sistema imunológico, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T-CD4+, uma das principais células-alvo do HIV.

A história natural dessa infecção vem sendo alterada, consideravelmente, pela terapia antirretroviral (Tav), iniciada no Brasil em 1996, e pelo tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente da carga viral a partir de 2013, o que resultou em aumento da sobrevivência das pessoas, mediante reconstituição das funções do sistema imunológico e redução de infecções oportunistas (IO).

AGENTES ETIOLÓGICOS: HIV-1 e HIV-2 são retrovírus citopáticos e não oncogênicos, pertencentes ao gênero Lentivirus e à família Retroviridae. Para se multiplicarem, necessitam de uma enzima (transcriptase reversa) responsável pela transcrição do ácido ribonucleico (RNA) viral para uma cópia do ácido desoxirribonucleico (DNA), e tornam-se capazes de se integrar ao genoma do hospedeiro.

RESERVATÓRIO: O ser humano.

MODO DE TRANSMISSÃO: O HIV pode ser transmitido por via sexual (esperma e secreção vaginal), sanguínea (via parenteral e gestação/parto para a criança) e aleitamento materno. A transmissão vertical para a criança pode ocorrer durante a gestação, o parto e a amamentação.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO: O tempo médio entre a infecção pelo HIV e o aparecimento de sinais e de sintomas da fase aguda, denominada síndrome retroviral aguda (SRA), é de uma a três semanas.

PERÍODO DE LATÊNCIA CLÍNICA: Após a infecção aguda, o tempo para o desenvolvimento de sinais e sintomas da aids é em média de dez anos. Entretanto, sinais e sintomas de imunodeficiência associada à infecção pelo HIV, não aids, podem aparecer com período de latência variável após a infecção aguda.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE: A partir do momento em que a pessoa é infectada, ela tem a capacidade de transmitir o HIV. Durante o período de infecção recente, ou em pessoas sem tratamento antirretroviral, ou durante o estágio mais avançado da infecção, a carga viral do HIV é mais alta e existe aumento da transmissibilidade do vírus. Outros processos infecciosos e inflamatórios também favorecem essa transmissão, especialmente quando presente alguma infecção sexualmente transmissível (IST).

A replicação viral ativa e a livre circulação do vírus na corrente sanguínea causam a formação de um pico de viremia por volta de 21 a 28 dias após a exposição ao HIV. Essa viremia, geralmente transitória no início da infecção, está associada a um declínio acentuado no número de Linfócitos T CD4+, que se reverte rapidamente, com a diminuição da carga viral. Após isso, segue-se um longo período de queda gradual de Linfócitos T CD4+ e aumento de carga viral, até chegar ao estágio de doença avançada.

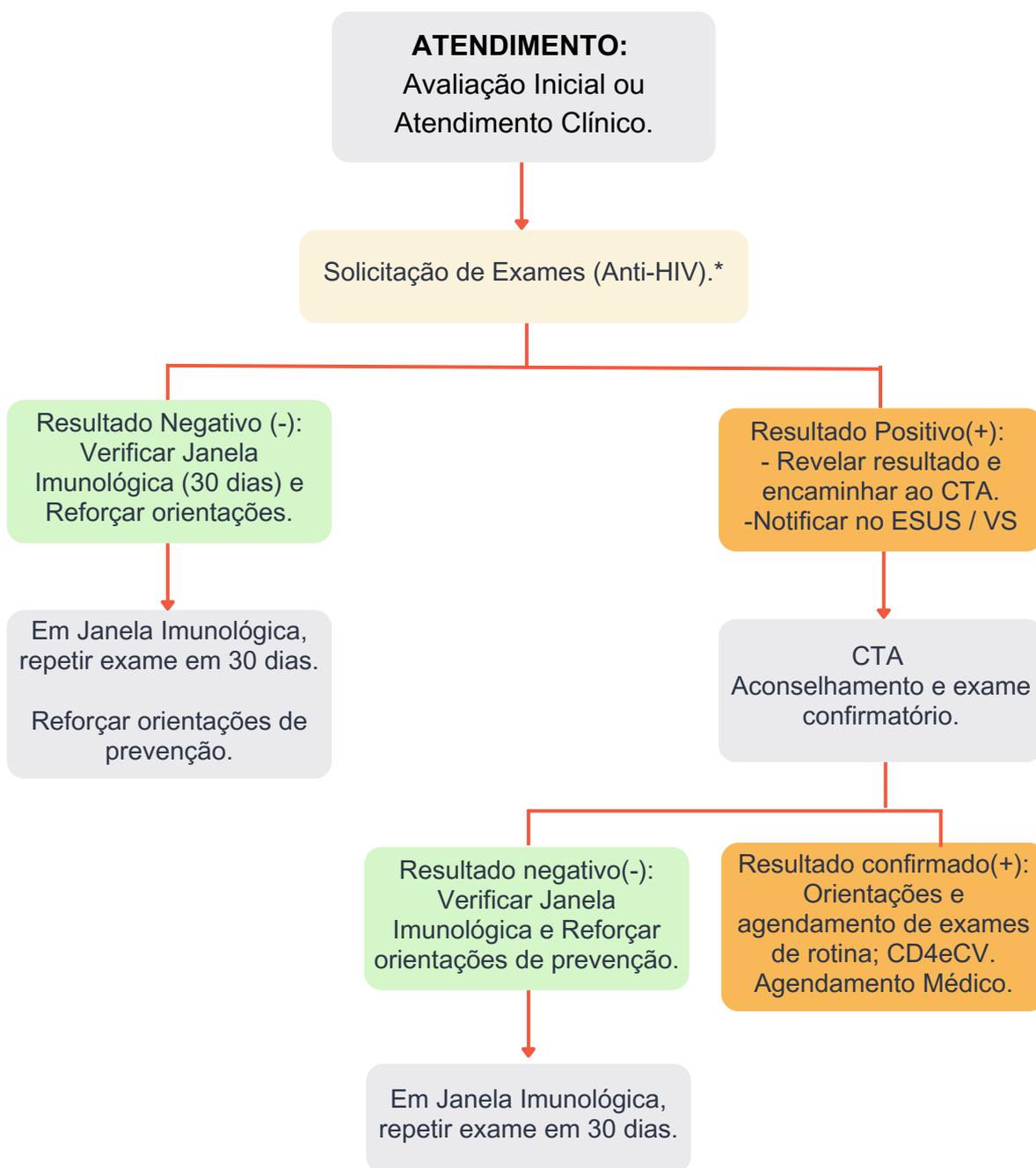
SUSCETIBILIDADE: No Brasil, a epidemia de HIV está concentrada em alguns segmentos populacionais que representam a maior proporção de casos novos da infecção, como gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans e travestis e trabalhadoras(es) do sexo. Além disso, destaca-se o aumento da infecção pelo HIV em adolescentes e jovens.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (Unaid) propõe que a aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) pode ser eliminada como problema de saúde pública até 2030, desde que se alcancem as metas 95-95-95, que consistem em garantir que 95% das pessoas vivendo com HIV ou aids sejam diagnosticadas; que, destas, 95% estejam em tratamento com antirretrovirais (ARV); e que, destas últimas, 95% alcancem supressão viral. A terapia antirretroviral (Tarv) reduz a morbidade e a mortalidade relacionadas à aids, tem impacto na qualidade de vida das PVHA e estabelece o status de condição crônica do HIV.

O diagnóstico tardio, a não retenção no cuidado e a dificuldade de acesso à Tarv que impactam a vida das pessoas vivendo com HIV ou aids. Neste sentido, o diagnóstico precoce e início oportuno da da TARV se torna essencial no rede de atenção a Saúde.



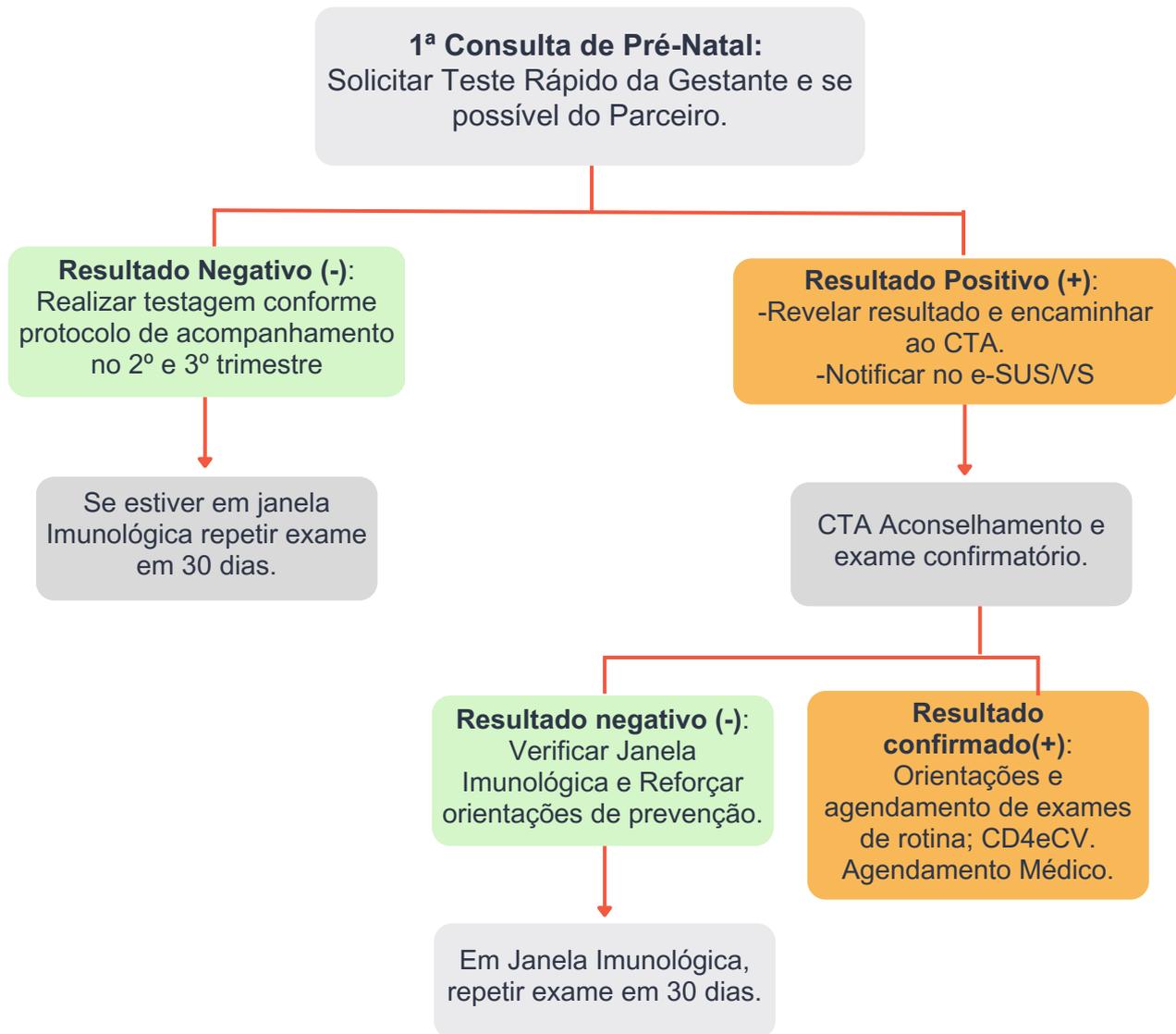
FLUXOGRAMA DO HIV UNIDADE DE SAÚDE - PACIENTE GERAL



- Caso seja realizado Teste Rápido e o resultado for positivo (+), proceder conforme o fluxo de sorologia reagente.
- NÃO solicitar sorologia laboratorial;
- Prescrição de Antirretrovirais são exclusivo dos profissionais do CTA /SAE



FLUXOGRAMA DO HIV UNIDADE DE SAÚDE - PACIENTE GESTANTE



- O Pré-Natal continua a ser realizado na Unidade, sendo que a paciente também faz acompanhamento no CTA/SAE devido às questões do HIV na gestação.
- NÃO solicitar sorologia laboratorial;
- Realizar Notificação;
- NÃO prescrever antirretrovirais



PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESA
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE
ATENÇÃO SECUNDÁRIA A SAÚDE

FLUXOGRAMA PARA NOTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE CRIANÇA EXPOSTA AO HIV, EM RESIDENTES DA SERRA

Critério de definição de caso:
criança filho de mãe HIV positivo

REALIZAR NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA
Preencher a ficha de notificação (e-SUS VS)

Coletar amostras biológicas para realização de carga viral nas primeiras 24hs de vida, conforme o Manual de recomendações do LACEN.

Necessita de internação por mais de 15 dias?

SIM.
Coletar 2ª amostra de carga viral com 15 dias de vida.

Alta:

- Encaminhar para Acompanhamento ambulatorial na Unidade de Atenção primária do Bairro de residência da paciente;
- Agendamento de consulta com Médico Pediatra no SAE de Carapina/Serra, através do telefone (27) 33386757. Entregar agendamento impresso a mãe ou responsável.
- Fornecer fornecer a fórmula láctea em quantidade suficiente para atender a criança até a consulta no SAE.

Contatos:

CTA: 3338-6757 e 3338-7010
Vigilância Epidemiológica:
Durante a semana: 3252-9520
Plantão finais de semana e feriados: 98166-1035

INTOXICAÇÃO EXÓGENA

CID-10: T65.9

Qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada.

Conforme a Portaria nº 104/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011, TODOS os casos suspeitos/ confirmados de intoxicação deverão ser notificados. **Caso Suspeito - Todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas** (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

A notificação deverá ser feita pela unidade de saúde que realizou o atendimento. Na necessidade de remoção do paciente com suspeita de intoxicação, todas as informações referentes ao caso deverão acompanhá-lo ao serviço de destino.

A responsabilidade do encerramento do caso caberá a unidade de atendimento até a alta do paciente. A Vigilância Epidemiológica supervisiona e monitora o encerramento dos casos.

As intoxicações podem ser consideradas **agudas ou crônicas** e podem se manifestar de forma leve, moderada ou grave, a depender da quantidade da substância química que foi absorvida, do tempo de absorção, da toxicidade do produto, da suscetibilidade do organismo e do tempo decorrido entre a exposição e o atendimento por profissional de saúde.

A suscetibilidade individual é um importante fator para o desenvolvimento de intoxicação exógena. No entanto, ressalta-se que gestantes, lactantes, crianças e idosos são os grupos mais suscetíveis e carecem de maior atenção e cuidado.

TRATAMENTO

O tratamento das intoxicações exógenas deve levar em consideração o agente tóxico envolvido e os sinais e os sintomas para a escolha da conduta clínica adequada. Informações adicionais sobre intoxicações podem ser obtidas no Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox). O número gratuito do serviço Disque-Intoxicação é 0800 283 9904.

NOTIFICAÇÃO (suspeito ou confirmado)

Os casos devem ser registrados no Sistema do ESUS/VS por meio do preenchimento da Ficha de Investigação de Intoxicação Exógena. A notificação compulsória é obrigatória para todos os profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde que prestam assistência ao paciente. O registro da Ficha de Notificação no sistema deverá ser realizado sempre pelo profissional que atendeu o caso.

A Notificação deverá ser realizada logo que se tome conhecimento do caso. Em hipótese alguma se deve aguardar o encerramento da investigação para que as informações iniciais da Ficha de Notificação/Investigação sejam registradas.

Os casos de intoxicações exógenas envolvendo **tentativas de suicídio** devem ser notificados na **Ficha de Investigação de Intoxicações Exógenas** e na **Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada**, no prazo de até **24 horas**.

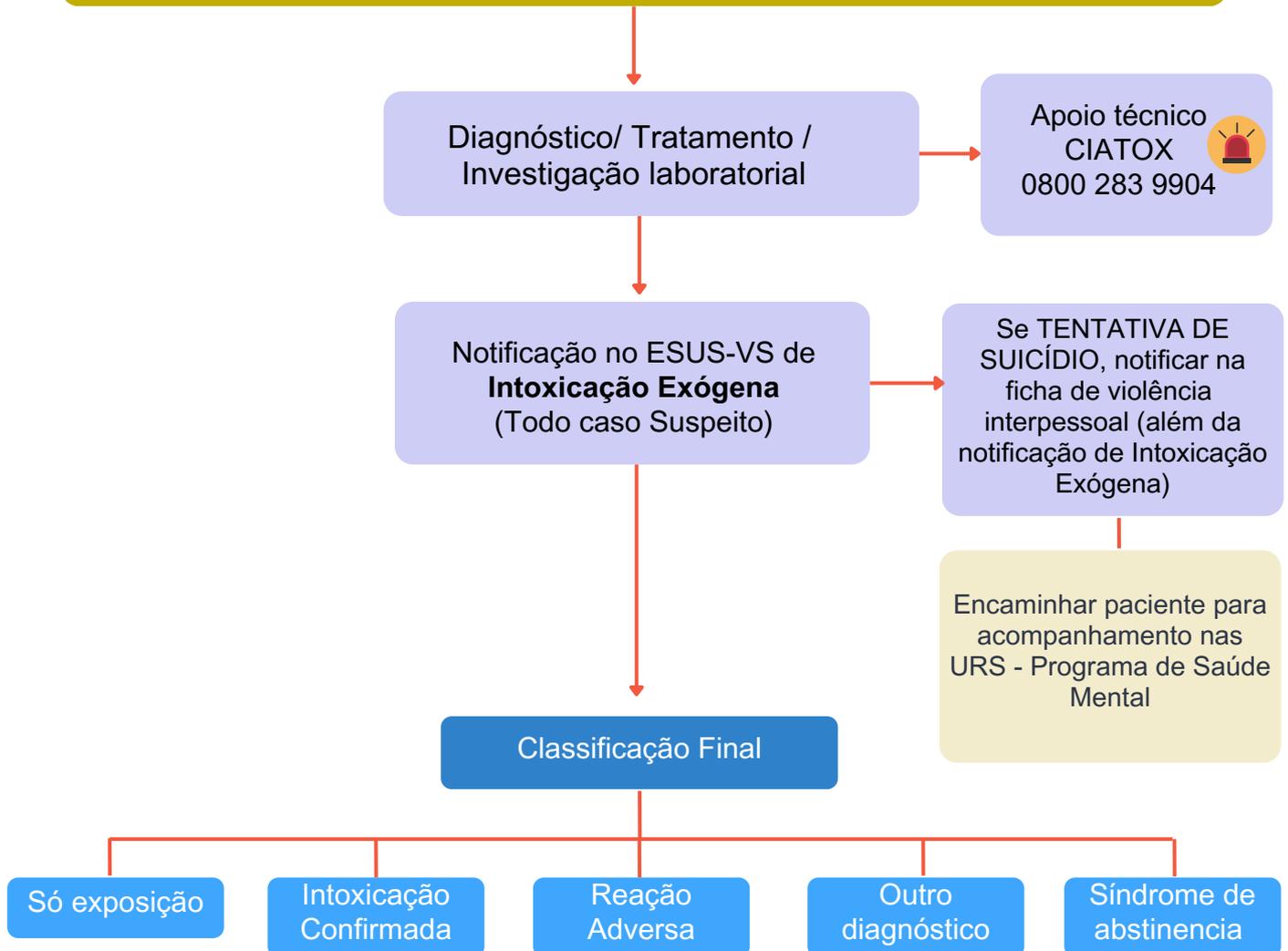
ATENÇÃO: Caso a exposição/contaminação tenha sido decorrente do **trabalho/ocupação**, preencher o campo 56 da notificação.

Por se tratar de um agravo que envolve diversos fatores como abuso de drogas, ingestão de medicação acidental, tentativa de suicídio, entre outros a história do caso deverá ser relatada no campo de observação da ficha de notificação.



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DAS INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

ATENDIMENTO SERVIÇO DE SAÚDE



1. Intoxicação confirmada - casos em que após a exposição a uma ou mais substâncias químicas a o aparecimento de alterações bioquímicas (funcionais ou lesionais) e/ou sinais clínicos compatíveis com o quadro de intoxicação.

2. Só exposição - quando há exposição a uma ou mais substâncias químicas mas não se evidenciam alterações bioquímicas (funcionais ou lesionais) e/ou sintomas compatíveis com um quadro de intoxicação.

3. Reação adversa - sintomatologia indesejável e esperada decorrente do uso de substância química com finalidade profilática curativa paliativa ou para fins de diagnóstico em dose comprovadamente terapêutica.

4. Outro Diagnóstico - quando o diagnóstico não é só exposição ou intoxicação.

5. Síndrome de Abstinência - quando há sinais e sintomas decorrentes de interrupção abrupta no uso das substância química; é a ausência de exposição e, portanto, de intoxicação.

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

CID10: A27.9

PASSO A PASSO :

1- Cada caso diagnosticado/confirmado no atendimento do HUCAM/Ambulatório de Doenças Infecciosas (vide fluxograma), será notificado no e- SUS VS, prescrito o tratamento e encaminhado à APS/Unidade Básica de Saúde para programação do mesmo.

2- O enfermeiro da APS deverá encaminhar a cópia da receita médica (whatsapp/email) para a VE/RT das Endemias que irá solicitar a liberação do medicamento (Antimoniato de Meglumina- uso parenteral) junto a RT estadual/Regional Metropolitana. Nessa etapa, o enfermeiro deve orientar e esclarecer as dúvidas, bem como, definir com o usuário/paciente o serviço de referência para realização do tratamento (UPA Serra ou Carapina). Informar que será avisado quando o medicamento estiver disponível para iniciar o mesmo.

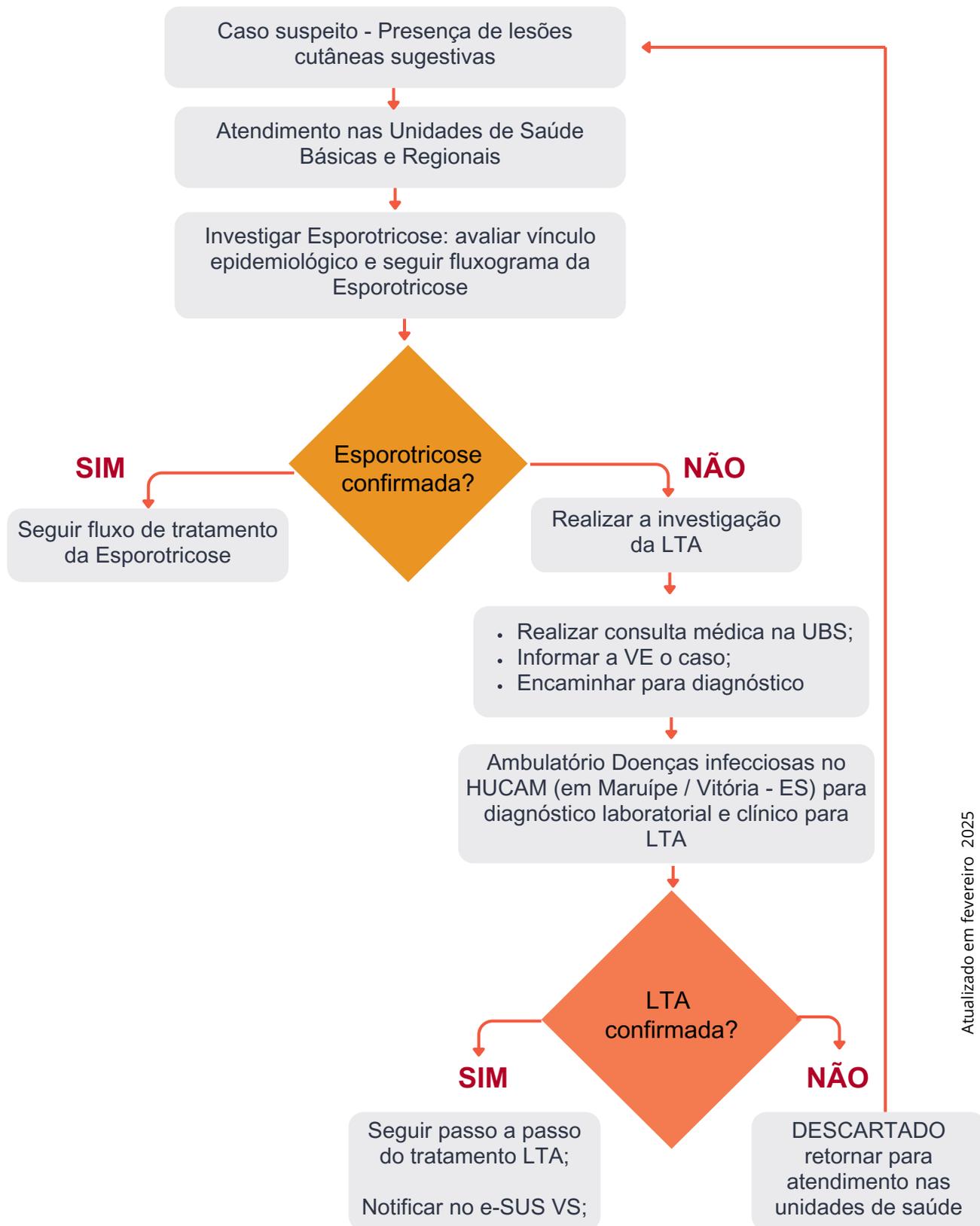
3- A Vigilância Epidemiológica/ RT das Endemias é responsável em providenciar o medicamento na Regional Metropolitana/RT estadual, bem como, fazer a entrega do mesmo na Farmácia da respectiva UPA definida previamente junto ao usuário/paciente. Essa rotina já está estabelecida com as coordenações/farmacêuticos das UPAS de referência .

4- A VE/RT das Endemias deverá informar ao enfermeiro/APS a disponibilização do medicamento na respectiva UPA para que seja comunicado ao usuário/paciente e programado o início do tratamento. Temos também o farmacêutico da UPA envolvido nesse processo. O paciente deverá ser orientado a levar a receita médica e documento de identificação em todo o período do tratamento.

5- Todos os casos de LTA em tratamento são reavaliados periodicamente pela equipe médica do Ambulatório de Doenças Infecciosas/HUCAM, que define o número de ciclos necessários para alcançar a cura e dar alta do tratamento. Todo esse processo deve ser também monitorado pela VE/RT das Endemias e APS/Enfermeiro até a consolidação da cura.



FLUXOGRAMA DE CASOS SUSPEITOS DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA



LEPTOSPIROSE

CID10: A27.9

-Caracteriza-se pelo início abrupto de febre, comumente acompanhada de cefaleia, mialgia, anorexia, náuseas e vômitos, e podendo ser confundida com outras causas de doenças febris aguda.

- **Modo de transmissão:** A infecção humana resulta da exposição direta, a partir do contato com animal infectado, ou indireta, via solo ou água contaminada com a urina de animais infectados pela leptospirose presente na urina dos roedores.

- **Diagnóstico:** Clínico/Sintomas + Vínculo Epidemiológico/Exposição ao Risco + Sorologia.

- **Notificação:** Todo caso suspeito deverá ser notificado no e-SUS pelo serviço que estiver realizando o atendimento ao paciente.

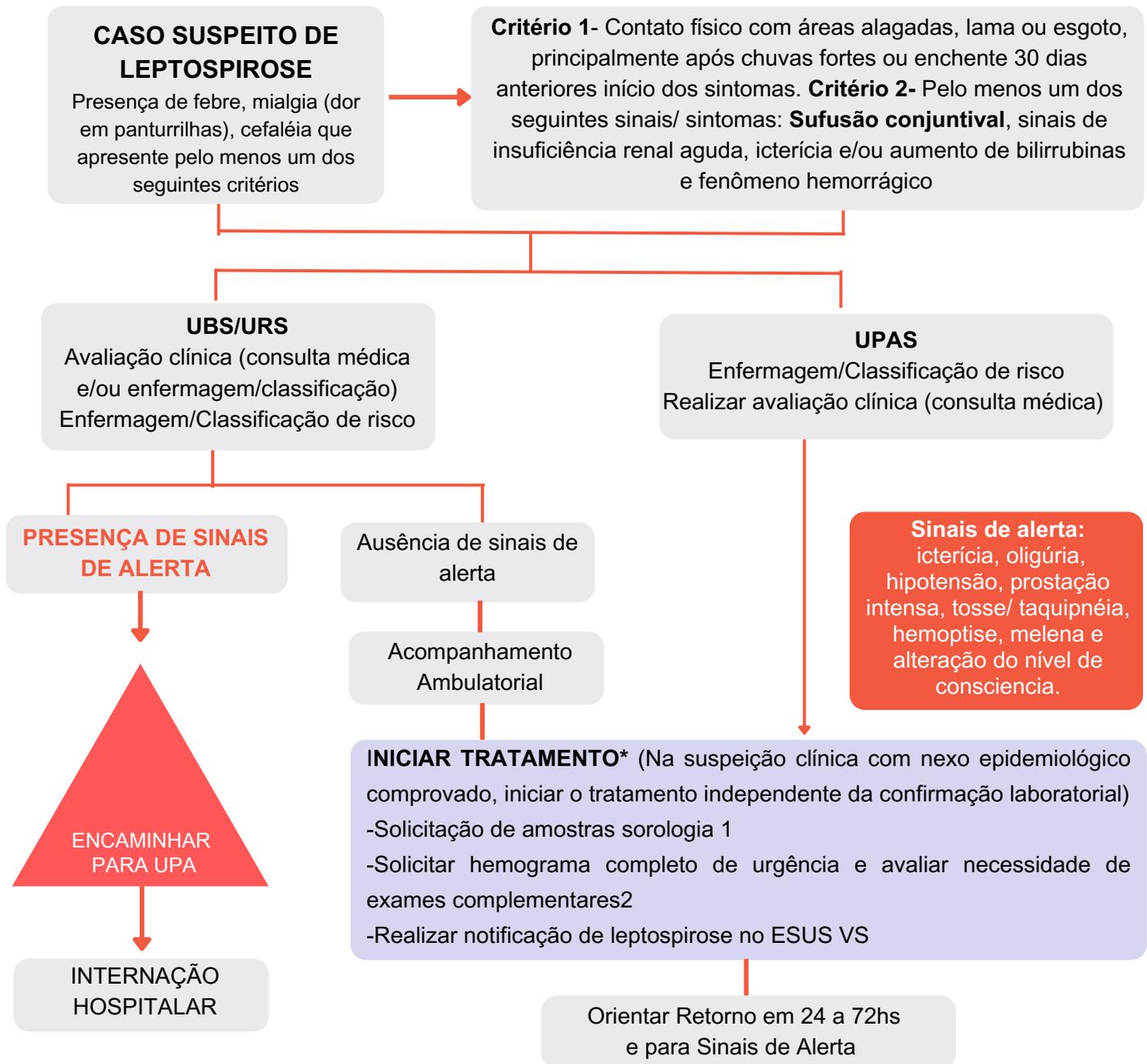
DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO: Indivíduo com febre, cefaleia e mialgia, que apresente pelo menos um dos critérios a seguir elencados:

Critério 1: Presença de antecedentes epidemiológicos sugestivos nos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas, como: Exposição a enchentes, alagamentos, lama ou coleções hídricas; Exposição a fossas, esgoto, lixo e entulho; Atividades que envolvam risco ocupacional, como coleta de lixo e de material para reciclagem, limpeza de córregos, trabalho em água ou esgoto, manejo de animais, agricultura em áreas alagadas; vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial; Residência ou local de trabalho em área de risco para leptospirose.

Critério 2: Presença de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: icterícia, aumento de bilirrubinas, sufusão conjuntival, Fenômeno hemorrágico, sinais de insuficiência renal aguda



FLUXOGRAMA DA LEPTOSPIROSE



ATENÇÃO!

1- Solicitar sorologia para todo o caso suspeito no primeiro atendimento. E orientar 2ª coleta com intervalo de 14 a 21 dias da 1ª coleta;

2-Exames inespecíficos: hemograma completo, uréia, creatinina, bilirrubinas, transaminases, sódio e potássio, entre outros, dependem da avaliação médica e evolução.

Atentar que alguns casos leves podem evoluir para gravidade. Cabe ao médico, orientar quanto as possíveis complicações e sinais de alerta; Fazer o acompanhamento ambulatorial para monitoramento clínico do paciente, que deve ser estendido até a fase de convalescença.

TRATAMENTO*

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

- **Doxiciclina:** 100mg via oral de 12/12h por 5 a 7 dias (não usar em crianças <9 anos, mulheres grávidas e portadores de nefropatias / hepatopatias)
- **Amoxicilina:** Adultos- 500mg via oral de 8/8h por 5 a 7 dias. Crianças - 50mg/kg/dia, via oral de 8/8h por 5 a 7 dias.
- **Tratamento parenteral** - ver Nota Técnica**

**NOTA TÉCNICA 01/2022 SESA/NEVE - ES

MALÁRIA

CID10: B54

Doença infecciosa febril aguda, cujos agentes etiológicos são protozoários transmitidos por vetores. No Brasil, há três espécies associadas à malária em seres humanos: *P. vivax*, *P. falciparum* e *P. malariae*, das quais a mais prevalente é o *P. vivax*, responsável por cerca de 90% dos casos. No Espírito Santo na Região Serrana tem transmissão da Malária por *Plasmodium Vivax*. A crise aguda da Malária (acesso malárico) caracteriza-se por episódios de calafrio, febre e sudorese, entre outros sintomas podem estar presentes, como cefaleia, mialgia, náuseas e vômitos.

- Modo de Transmissão: Ocorre por meio da picada da fêmea do mosquito *Anopheles*, quando infectada pelo *Plasmodium*. Não há transmissão direta da doença de pessoa a pessoa. Outras formas de transmissão, tais como transfusão sanguínea, compartilhamento de agulhas contaminadas ou transmissão congênita também podem ocorrer, mas são raras.

- Diagnóstico: Clínico/Sintomas + Vínculo Epidemiológico/Exposição ao Risco + Teste rápido/Coleta da Gota Espessa

- Notificação: Todo caso suspeito deverá ser notificado no e-SUS pelo serviço que estiver realizando o atendimento ao paciente.

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO: Deve-se então, suspeitar de malária quando o paciente está com febre e:

1) Esteve em alguma região do Brasil (Amazônia Legal, Acre, Amapá, Mato Grosso, Maranhão, Rondônia, Roraima, Tocantins, Pará) ou no exterior (América Central, África e Sudeste Asiático) com transmissão de malária;

2) É morador ou visitante de áreas de região de montanhas do ES;



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AOS PACIENTES SUSPEITOS DE MALÁRIA

CASO SUSPEITO¹

Portas de Entrada da Rede
UPA/ ESF/ URS/ UBS /
HOSPITAIS

Notificar o caso no Esus-VS
e comunicar Vigilância
Epidemiológica (VE)

Coletar gota espessa por
profissional treinado²

Encaminhamento ao
Lacen de imediato com a
GAL³

CASO NEGATIVO

Repetir lâmina em 24h a 48h
VÍNCULO EPIDEMIOLÓGICO

NEGATIVO

Encerrar caso no e-SUS VS e
acompanhamento do paciente
para diagnóstico diferencial pelo
profissional responsável.

POSITIVO

CASO POSITIVO

Consulta / Avaliação médica e
prescrição de tratamento
conforme protocolo do
Ministério da Saúde (MS)⁴

Liberação dos antimaláricos pela
VE municipal ou farmácia dos
hospitais de referência.

Monitoramento do caso de
acordo com o serviço de
atendimento e Referência
Técnica da VE.

Coleta de lâmina de verificação
de cura (LVC) por profissional
treinado² conforme protocolo do
MS

Encerramento do caso no e-SUS
VS pela Referência Técnica
Municipal da VE

*NOTAS:

1- Caso suspeito de malária: – toda pessoa que seja residente ou tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, e que apresente febre com ou sem calafrios, mialgia, tremores generalizados, cefaléia, cansaço, náuseas e vômitos. Deve-se então suspeitar de malária quando o paciente tem febre e esteve ou reside em:

Área de transmissão de Malária no ES: Região de Mata Atlântica/ Região de Montanha;

Área de transmissão de Malária no Brasil: Amazônia Legal, Acre, Amapá, Mato Grosso, Maranhão, Rondônia, Roraima, Tocantins e Pará;

Área de transmissão de Malária no Exterior: América Central, África, Sudeste Asiático.

2- Locais com profissionais treinados para coleta de Gota Espessa: URS, UPAS, Hospitais de Referência (VAH, H. Meridional e HEJSN) e Laboratório Municipal. Obs: A coleta será realizada no local de atendimento do paciente, se tiver profissional treinado, ou encaminhado para coleta no Laboratório Municipal a partir das 9h, mediante contato telefônico.

3- O resultado do exame é liberado pelo Sistema GAL, entretanto sendo positivo é informado de imediato à VE/Referência Técnica/Profissional do serviço de saúde, para iniciar o tratamento conforme protocolo do MS.

4- O Estado do ES aderiu ao tratamento curto (7 dias) indicado para Malária Vivax conforme Guia de Tratamento do MS/2021.



ACESSE AQUI O GUIA DE
TRATAMENTO DO MS

MENINGITES

CID10: G03.9

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Processo inflamatório das meninges membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal, causada por bactérias, vírus e outros microrganismos.

MODO DE TRANSMISSÃO: Geralmente de pessoa a pessoa, por meio das vias respiratórias, através de gotículas e secreções da nasofaringe de assintomáticos ou doentes.

DIAGNÓSTICO: clínico e/ou laboratorial

NOTIFICAÇÃO: toda suspeita clínica de meningite deverá ser notificado no e-SUS VS **IMEDIATAMENTE**



FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE MENINGITES

1 - Definição de Caso

Suspeito de Meningite:

- Criança acima de 1 ano e adultos com febre, cefaléia intensa, vômitos em jato, rigidez da nuca, sinais de irritação meníngea (Kernig, Brudzinski), convulsões e/ou manchas vermelhas no corpo.
- Em crianças abaixo de 1 ano de idade, os sintomas clássicos podem não ser tão evidentes. É importante considerar, para a suspeita diagnóstica, sinais de irritabilidade, como choro persistente, e verificar a existência de abaulamento de fontanela.

SERVIÇO DE SAÚDE

ASSISTÊNCIA MÉDICA

Casos Suspeito de Meningite ¹

- Notificação/Investigação Imediata;
- Comunicar ao SCIH;
- Se o caso suspeito ocorrer nos finais de semana, comunicar ao Plantão da VE

Precauções Respiratórias por Gotículas

Coleta de LCR/Soro/hemocultura

- 2 - Contatos hospitalares:** profissionais de saúde que tenham sido expostos a secreções respiratórias do paciente, durante procedimentos como respiração boca a boca e/ou entubação orotraqueal, **sem a utilização dos EPIs.**
- 3 - Contatos domiciliares:** moradores do mesmo domicílio, indivíduos que compartilham o mesmo dormitório, comunicantes de creches e pessoas diretamente expostas às secreções respiratórias do paciente. **A quimioprofilaxia deverá ser realizada até 48h da exposição e será fornecida e administrada pela Secretaria Municipal de Saúde Serra.**

BACTERIANA

Manter precaução durante 24h de terapia antimicrobiana eficaz.

Neisseria meningitidis

Haemophilus influenzae

Outras bactérias

SCIH/ G. Enfermagem
Identificar contatos hospitalares² para quimioprofilaxia

VE Serra
Identificar contatos domiciliares³ para quimioprofilaxia

QUIMIOPROFILAXIA

VE - Encerramento conforme evolução

VIRAL

Suspender precaução respiratória.

Esquema de Quimioprofilaxia com Rifampicina

Agentes etiológicos

1. **Neisseria meningitidis:**

Adultos - 600mg/dose de 12/12 horas por 2 dias;
Crianças - < 1 mês: 5mg/kg/dose de 12/12hs por 2 dias.
>1 mês até 10 anos: 10mg/kg/dose de 12/12 horas (dose máxima de 600mg) por 2 dias.

2. **Haemophilus influenzae:**

Adultos - 600mg/dose de 24/24hs;
Criança - < 1 mês: 10mg/kg/dose de 24/24 horas por 4 dias.
> 1 mês até 10 anos: 20mg/kg/dose.

Observação: Todos os contatos próximos de um caso de doença meningocócica, independente do estado vacinal, deverão receber a quimioprofilaxia.

MPOX

CID10:B04

CASO SUSPEITO

- Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de lesão em mucosas E/OU - Erupção cutânea aguda sugestiva* de Monkeypox, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital/perianal, oral) E/OU - Proctite (por exemplo, dor anorretal, sangramento), E/OU - Edema peniano, podendo estar associada a outros sinais e sintomas.

*LESÕES SUGESTIVAS: lesões profundas e bem circunscritas, muitas vezes com umbilicação central; e progressão da lesão através de estágios sequenciais específicos – máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas.

Todo paciente deve ser afastado imediatamente das suas atividades laborais/escolares e fornecido atestado médico adequado. O paciente deve ficar em isolamento e orientado quanto às medidas de precauções de contato junto aos familiares.

SERVIÇO DE SAÚDE

HOSPITAL

- Realizar coleta das amostras biológicas;
- Notificar no e-SUS VS e imprimir;
- Cadastrar no GAL;
- Encaminhar material ao LACEN/ES.

UPAS, UBS, URS E CTA

- Assistir ao paciente;
- Notificar no e-SUS VS e imprimir cópia para o Laboratório Municipal;
- Encaminhar paciente para coleta das amostras biológicas no Laboratório Municipal em dias úteis (08 as 16 horas).

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

- Realizar a coleta das amostras biológicas;
- Cadastrar no GAL;
- Encaminhar material ao LACEN/ES.

CIEVS SERRA

- Monitorar casos e seus comunicantes;
- Monitorar resultado de exames;
- Encerrar os casos.

Contatos: CIEVS Serra: Whatsapp: (27) 98166-1450 / E-mail: cievs.serra-es@serra.es.gov.br
- Laboratório Municipal de Saúde: 3338-6869/ 6745
e-mail: laboratorio.tecnicos@serra.es.gov.br / laboratorio.sesa@serra.es.gov.br



FLUXO COLETA DE EXAME MONKEYPOX

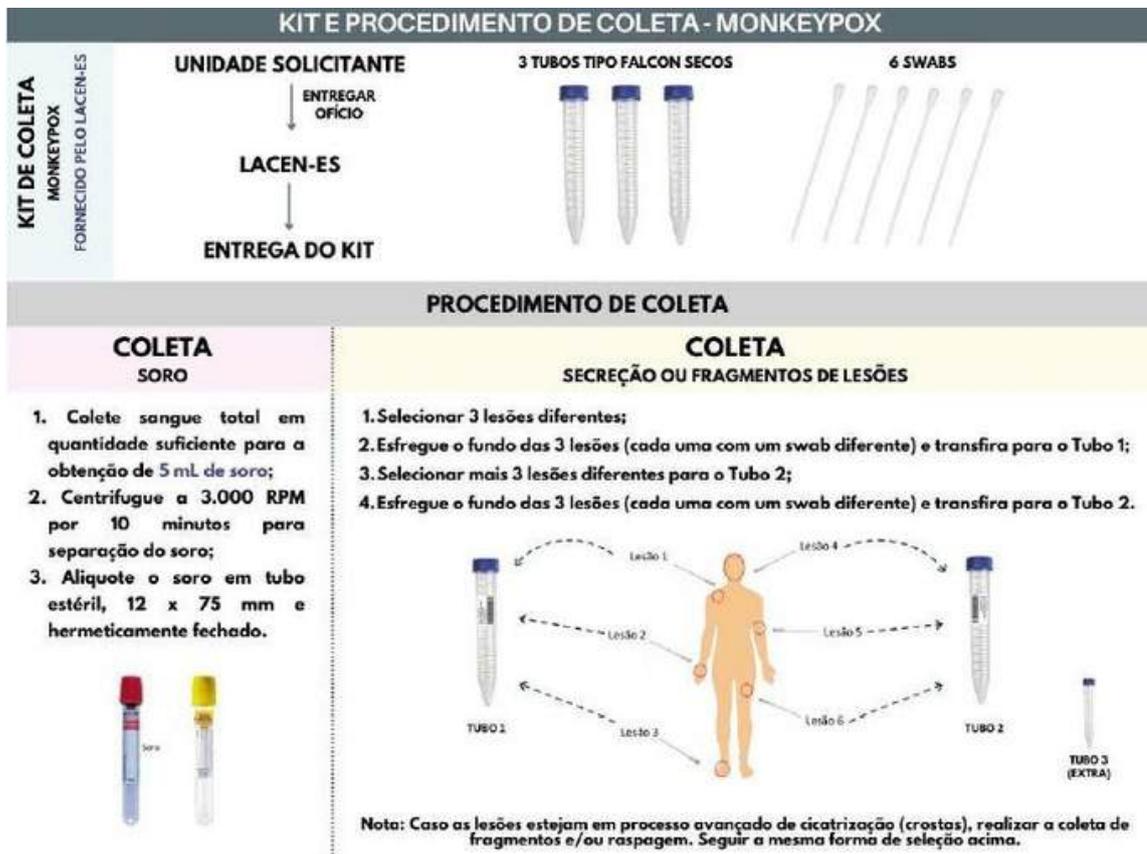
Paciente atendido nos serviços de saúde do município, suspeitos de Monkeypox, serão encaminhados ao Laboratório Municipal para coleta nos dias úteis no horário de 08 às 16hs

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

-Coleta de material (Soro, secreções/fragmentos das lesões) conforme manual do Lacen - ES

-Cadastro no Gal

- Encaminhamento das amostras ao Laboratório Central - LACEN/ES



POLIOMIELITE/ PARALISIA FLÁCIDA AGUDA

CID10: A80

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito, que ocorre em aproximadamente 1% das infecções causadas pelo poliovírus. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, frequentemente, não ultrapassa três dias. Acomete, em geral, os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada e arreflexia no segmento atingido.

Agente etiológico: Poliovírus, sorotipos 1, 2 e 3, pertencentes ao gênero Enterovírus, família Picornaviridae.

Modo de transmissão: Ocorre de forma direta de pessoa a pessoa, por meio de gotículas de secreções da orofaringe (ao falar, tossir ou espirrar) ou pela via fecal-oral, sendo esta a mais frequente. De forma indireta a transmissão acontece por meio de objetos, alimentos e água contaminados com fezes de doentes ou portadores.

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

Período de transmissibilidade: Não se conhece com precisão, mas pode se iniciar antes do surgimento das manifestações clínicas. O vírus é encontrado nas secreções da orofaringe após 36 a 72 horas a partir da instalação da infecção. Em indivíduos infectados, a eliminação do vírus pela orofaringe persiste por um período de aproximadamente uma semana, e, nas fezes, por volta de três a seis semanas, enquanto nos indivíduos reinfectedos a eliminação do vírus ocorre em menor quantidade por períodos mais reduzidos.

Suscetibilidade e imunidade- Todas as pessoas não imunizadas, seja pela infecção natural, seja pela vacinação, são suscetíveis de contrair a doença. A infecção natural ou a vacinação conferem imunidade duradoura para o sorotipo correspondente ao poliovírus responsável pelo estímulo antigênico. Embora não desenvolvam a doença, as pessoas imunes podem ser reinfectedas e eliminar o poliovírus, ainda que em menor quantidade e por um período menor.

Manifestações clínicas: A infecção pelo poliovírus selvagem apresenta-se sob diferentes formas clínicas:

•• Forma inaparente ou assintomática: sem manifestação clínica, podendo ser identificada apenas por exames laboratoriais específicos. Ocorre em mais de 90% das infecções.

Forma abortiva: caracteriza-se por sintomas inespecíficos: febre, cefaléia, tosse e coriza; e manifestações gastrointestinais, como vômito, dor abdominal e diarreia.

• Forma meningite asséptica: no início, apresenta-se com as mesmas características da forma abortiva. Posteriormente, surgem sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski positivos) e rigidez de nuca.

• Forma paralítica: acomete em torno de 1% a 1,6% dos casos, e apenas as formas paralíticas têm características clínicas típicas, que permitem sugerir o diagnóstico de poliomielite, entre elas: instalação súbita da deficiência motora, acompanhada de febre; assimetria, acometendo, sobretudo, a musculatura dos membros, com mais frequência os inferiores; flacidez muscular, com diminuição ou abolição de reflexos profundos na área paralisada; sensibilidade preservada; persistência de alguma paralisia residual (sequela) após 60 dias do início da doença.

Coleta laboratorial do caso: A amostra de fezes constitui o material mais adequado para o isolamento do poliovírus. Embora os pacientes com poliomielite eliminem poliovírus durante semanas, os melhores resultados de isolamento são alcançados com amostras fecais coletadas na fase aguda da doença, ou seja, até o 14º dia do início da deficiência motora.

Medidas de prevenção e controle: A vacinação é a principal medida de prevenção da poliomielite. O Brasil tem implementado estratégias que orientam as ações de prevenção e controle, como a vacinação de rotina e as campanhas nacionais de vacinação contra a poliomielite. O esquema vacinal consiste na administração de três doses da vacina inativada poliomielite (VIP), aos 2, 4 e 6 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. Devem ainda ser administrados dois reforços com a vacina oral poliomielite (VOP), o primeiro aos 15 meses e o segundo aos 4 anos de idade.

Todos os casos que preenchem os requisitos abaixo precisam ser notificados no ESUS VS em até 24h:

• Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduos com menos de 15 anos de idade, independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.

• Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação de poliovírus nos últimos 30 dias que antecedem o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para países com circulação de poliovírus selvagem e apresentaram suspeita diagnóstica de poliomielite.

• Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduos adolescentes e adultos com sintomas compatíveis com poliomielite.



FLUXOGRAMA DE CASO SUSPEITO DE PARALISIA FLÁCIDA/ POLIOMIELITE



Definição de caso suspeito

· Caso de deficiência motora flácida, de **início súbito**, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação de poliovírus nos últimos 30 dias que antecedem o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para países com circulação de poliovírus selvagem e apresentaram suspeita diagnóstica de poliomielite.

· Todo caso de deficiência motora flácida, **de início súbito**, em indivíduos com menos de 15 anos de idade, independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.

· Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduos adolescentes e adultos com sintomas compatíveis com poliomielite (instalação súbita do déficit motor, febre, diarreia e vômito).



Notificação Compulsória Imediata em até 24 horas

Preencher a ficha de notificação (e-SUS VS) e comunicar à Vigilância Epidemiológica da Serra imediatamente (telefone durante a semana: 3252-9384; telefone Plantão finais de semana e feriados: 98166-1035)



Fezes in natura (Biologia molecular)

- Coletar uma amostra biológica (fezes in natura) no prazo máximo de 14 dias após o início do déficit motor.

- Coletar 10 gramas de Fezes “in natura”, manter em temperatura de +2 a +8°C, com envio máximo ao LACEN em até 48h após a coleta.

Modo de Coleta: Fezes in natura: coletar 10g de fezes; não utilizar substâncias químicas no acondicionamento da amostra; evitar coletar amostras fecais de roupas, superfícies de cama, chão, etc.

Obs: Envio ao LACEN (Enviar Ficha de Notificação Preenchida + cadastro no GAL).

RUBÉOLA

CID10: B0.9

TODO CASO SUSPEITO/CONFIRMADO DEVE SER NOTIFICADO NO ESUS VS (DOENÇAS EXANTEMÁTICAS) EM ATÉ 24 HORAS

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

Agente etiológico: Vírus RNA, do gênero Rubivirus, da família Matonaviridae

Reservatório: O ser humano.

Modo de transmissão: O vírus é disseminado por gotículas ou pelo contato direto com pessoas infectadas.

Período de incubação: De 12 a 23 dias após a infecção (CDC, 2020).

Período de transmissibilidade: Sete dias antes à sete dias após a data do início do exantema (erupção cutânea)

Suscetibilidade e imunidade: a suscetibilidade é geral, acometendo crianças e adultos em todo o mundo. A imunidade ativa é adquirida por meio da infecção natural ou por vacinação. Os filhos de mães imunes podem apresentar imunidade passiva e transitória até os 9 meses de idade.

Manifestações clínicas: a viremia ocorre cinco a sete dias após a exposição e resulta na disseminação viral para vários órgãos. Um período prodromico pode acontecer durante a segunda semana após a exposição, e consiste em febre (<39°C), mal-estar e conjuntivite leve, que é mais comum em adultos. Linfadenopatia retroauricular, e/ou occipital, e/ou cervical posterior, também são possíveis de ocorrer. Geralmente, antecedem o exantema no período de cinco a dez dias.

O quadro clínico é caracterizado por exantema maculopapular, eritematoso e frequentemente pruriginoso, que ocorre em 50% a 80% das pessoas infectadas com rubéola, com início na face, couro cabeludo e pescoço, espalhando-se posteriormente para o tronco e os membros, com duração de um a três dias. Estudos sorológicos mostraram que 20% a 50% de todas as infecções por rubéola ocorrem sem exantema ou outras manifestações clínicas. Sintomas articulares (artrite, artralguas), geralmente de curta duração, podem ocorrer

Complicações: A incidência de encefalite pós-infecciosa ocorre em, aproximadamente, 1 para cada 6 mil casos de rubéola. Ocasionalmente, foram relatadas artrite e artralguas em 1 para cada 500 e em 1 para cada 1.600 casos de rubéola, respectivamente, que geralmente ocorrem em até 70% das mulheres adultas com rubéola, mas são menos comuns em homens e crianças; e manifestações hemorrágicas (1 para cada 3 mil casos). Além disso, a infecção por rubéola ocorrendo 12 dias antes da concepção; e durante as primeiras 8 a 10 semanas de gestação muitas vezes resulta em aborto espontâneo, morte fetal ou infantil precoce, defeitos congênitos de múltiplos órgãos, conhecidos como SRC.

Diagnóstico laboratorial

SOROLOGIA

O sangue deve ser coletado por punção venosa em um tubo estéril (5 mL para crianças mais velhas e adultos, e 1 mL a 3 mL para bebês e crianças mais novas deve ser adequado) e rotulado com a identificação do paciente e a data da coleta. O sangue total pode ser armazenado entre 4°C a 8°C por até 24 horas antes da separação do soro, mas não deve ser congelado. O sangue total deve coagular e depois centrifugado a 1.000 x g por 10 minutos para separação do soro. Se não houver centrifuga no laboratório, o sangue deve ser mantido em refrigerador até a completa retração do coágulo do soro (não mais que 24 horas). Após a separação de fases, o soro deve ser removido cuidadosamente com uma pipeta de calibre fino para evitar a extração de glóbulos vermelhos e transferido assepticamente para um frasco estéril rotulado com o nome ou o identificador do paciente, a data da coleta e o tipo de amostra. O sangue seco deve secar ao ar e, em seguida, ser selado em um saco plástico ou envelope lacrável, com um dessecante, se possível. Embora as amostras de sangue seco sejam estáveis à temperatura ambiente por um período limitado, devem ser armazenadas a 4°C, se possível, até que possam ser enviadas para o laboratório. O soro deve ser armazenado entre 4°C a 8°C até o envio, ou por um máximo de sete dias. Quando mantidas por períodos mais longos, as amostras de soro devem ser congeladas a -20°C ou menos, e transportadas para o laboratório de testes em bolsas de gelo congeladas. O congelamento e o descongelamento repetidos podem ter efeitos prejudiciais na estabilidade dos anticorpos IgM, portanto deve-se evitar fazê-lo.

S1 - (1ª AMOSTRA) - NO MOMENTO DO ATENDIMENTO

S2 - (2ª AMOSTRA) 15 A 25 DIAS APÓS A 1ª COLETA

BIOLOGIA MOLECULAR

Swabs combinados nasofaríngeos/orofaríngeos: obtidos esfregando-se firmemente a passagem nasofaríngea e a parte posterior da garganta com swabs estéreis para desalojar as células epiteliais. Os swabs são colocados em meio de transporte viral esterilizado em tubos com tampa de rosca etiquetados. As amostras nasofaríngeas devem ser refrigeradas e enviadas ao laboratório da Serra com bolsas de gelo (4°C a 8°C) para posterior envio ao Lacen em até 6h o horário da coleta.

Amostra de urina: É preferível obter a primeira urina eliminada pela manhã. Cerca de 10 mL a 50 mL de urina devem ser coletados em um recipiente estéril e mantido entre 4°C e 8°C. A amostra deve ser refrigerada e enviada ao laboratório da Serra com bolsas de gelo (4°C a 8°C) para posterior envio ao Lacen em até 6h o horário da coleta.

Ação de bloqueio vacinal seletivo frente ao caso suspeito

O bloqueio vacinal seletivo deve ser realizado em até 72h a notificação do caso suspeito, organizado pela Vigilância Epidemiológica/ Imunização em conjunto com Unidade de Saúde Local.

É indicado para todos os contatos do caso suspeito de Rubéola a partir de 6 meses de idade, exceto gestantes e pessoas com sinais e sintomas de sarampo.

A ação consiste em verificação do cartão ou caderneta de vacinação, e atualização, quando necessário, isto é, pessoas não vacinadas ou com esquema incompleto. As pessoas vacinadas com esquema completo não necessitam de doses adicionais.

Pessoas imunocomprometidas ou portadoras de condições clínicas especiais deverão ser avaliadas nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) antes da vacinação.

Referência Técnica Municipal das Doenças Exantemáticas



FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE SUSPEITA DE RUBÉOLA



CASO SUSPEITO

Indivíduo com **febre baixa e exantema maculopapular**, acompanhado dos seguintes sintomas: linfadenopatia retroauricular e/ou occipital e/ou cervical, independente da situação vacinal. Atendimento com critérios de segurança (máscara N95).

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA EM ATÉ 24 HORAS

Notificar no e-SUS VS (Doenças Exantemáticas) e comunicar à Vigilância Epidemiológica imediatamente (telefone durante a semana: 3252-9520; telefone Plantão finais de semana e feriados: 98166-1035)
Investigação em até 48 horas.

COLETAR AMOSTRAS BIOLÓGICAS PARA ENVIO AO LACEN (PEDIDO FICHA DE NOTIFICAÇÃO PREENCHIDA E CADASTRO NO GAL):

Biologia molecular – Urina

- Coletar 15 a 100ml de urina (até o 7º dia de início do exantema) e manter em temperatura de +2º a +8ºC.
Envio ao LACEN em até 6h a coleta.

Biologia molecular - Swab naso-orofaríngeo

- Coletar Swab naso-orofaríngeo em Meio de transporte viral (até o 7º dia do início do exantema). Manter em temperatura de +2º a +8º C. Envio ao LACEN em até 6h a coleta.

Sorologia - Soro

- Coletar 5 ml de sangue em Tubo tampa vermelha, hermeticamente fechado, centrifugar e manter em temperatura de +2º a +8ºC. Envio ao LACEN em até 24h a coleta.

- Acionar a VE para organizar o recolhimento da amostra, que deve ser enviada ao LACEN até às 14h.
OBS: IDENTIFICAR AS AMOSTRAS COM NOME DO PACIENTE, DATA E HORÁRIO DA COLETA.

NECESSITA DE INTERNAÇÃO?

SIM

Solicitar vaga de internação hospitalar mediante avaliação clínica com medidas de precaução para aerossol e contatos por 7 dias após início do exantema. Se imunodeprimido, isolar enquanto durar o adoecimento.

NÃO

Alta, com acompanhamento ambulatorial, mediante avaliação clínica do paciente.

**ORIENTAR VACINAÇÃO SELETIVA DE BLOQUEIO DOS CONTATOS FAMILIARES E SOCIAIS
Até 72 horas após a notificação.**

(TELEFONE DURANTE A SEMANA: 3252-9520;
TELEFONE PLANTÃO FINAIS DE SEMANA E FERIADOS: 98166-1035)

SARAMPO

CID10: B0.9

Doença viral, infecciosa aguda, potencialmente grave, transmissível, extremamente contagiosa.

Agente etiológico: RNA vírus pertencente ao gênero Morbillivirus, família Paramyxoviridae.

Reservatório: O ser humano.

Modo de transmissão: Ocorre de forma direta, por meio de secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar. Por isso, a elevada contagiosidade da doença. Também tem sido descrito o contágio por dispersão de aerossóis com partículas virais no ar, em ambientes fechados, como escolas, creches e clínicas. Pela alta contagiosidade, até nove em cada dez pessoas suscetíveis com contato próximo a uma pessoa com sarampo desenvolverão a doença .

Período de incubação: Pode variar entre 7 e 21 dias, desde a data da exposição até o aparecimento do exantema.

Período de transmissibilidade: Inicia-se seis dias antes do exantema e dura até quatro dias após seu aparecimento. O período de maior transmissibilidade ocorre quatro dias antes e quatro dias após o início do exantema.

Suscetibilidade e imunidade: De um modo geral, todas as pessoas são suscetíveis ao vírus do sarampo. Lactentes, cujas mães já tiveram sarampo ou foram vacinadas, podem ter imunidade passiva conferida por anticorpos transmitidos pela via transplacentária. Essa imunidade é transitória e pode perdurar até o final do 1º ano de vida, razão pela qual pode haver interferência na resposta à vacinação em menores de 12 meses de vida. No Brasil, cerca de 85% das crianças perdem esses anticorpos maternos por volta dos 9 meses de idade.

Manifestações clínicas: Caracteriza-se por febre alta, acima de 38,5°C, exantema maculopapular morbiliforme de direção cefalocaudal, tosse seca (inicialmente), coriza, conjuntivite não purulenta e manchas de Koplik (pequenos pontos brancos na mucosa bucal, na altura do terceiro molar, e ocasionalmente no palato mole, conjuntiva e mucosa vaginal, antecedendo o exantema).

Complicações: O sarampo é uma doença grave que pode deixar sequelas por toda a vida ou até mesmo causar a morte. A vacina é a maneira mais efetiva de evitar que isso aconteça. Algumas das complicações do sarampo são:

- Pneumonia;
- Otite média aguda;
- Encefalite aguda;
- Morte.

Diagnóstico laboratorial

Sorologia; A coleta de sorologia deve ser realizada no 1º atendimento e no período de 15 a 25 dias após a 1ª data de coleta.

Biologia molecular: Swabs combinados nasofaríngeos/orofaríngeos: Os swabs são colocados em meio de transporte viral e as amostras nasofaríngeas devem ser refrigeradas e enviadas ao laboratório da Serra com bolsas de gelo (4°C a 8°C) para posterior envio ao Lacen em até 6h o horário da coleta.

Amostra de urina: É preferível obter a primeira urina eliminada pela manhã. Cerca de 10 mL a 50 mL de urina devem ser coletados em um recipiente estéril e mantido entre 4°C e 8°C para posterior envio ao Lacen em até 6h o horário da coleta.

Tratamento

Não existe tratamento específico para a infecção por sarampo. Recomenda-se a administração do palmitato de retinol (vitamina A) para crianças menores de 5 anos.

Isolamento dos casos e outras medidas

Deve-se evitar que o caso suspeito/confirmado frequente locais com grande concentração de pessoas (escolas, creches, trabalho, comércio, eventos de massa, entre outros) por até quatro dias após o início do exantema, para minimizar o risco de dispersão do vírus. Pacientes com suspeita de sarampo e que estejam internados devem ser submetidos a isolamento respiratório de aerossol até quatro dias após o início do exantema.

Ação de bloqueio vacinal seletivo frente ao caso suspeito

O bloqueio vacinal seletivo deve ser realizado em até 72h a notificação do caso suspeito, organizado pela Vigilância Epidemiológica/ Imunização em conjunto com Unidade de Saúde Local. É indicado para todos os contatos do caso suspeito de Sarampo a partir de 6 meses de idade, exceto gestantes e pessoas com sinais e sintomas de sarampo.

A ação consiste em verificação do cartão ou caderneta de vacinação, e atualização, quando necessário, isto é, pessoas não vacinadas ou com esquema incompleto. As pessoas vacinadas com esquema completo não necessitam de doses adicionais.

As pessoas imunocomprometidas ou portadoras de condições clínicas especiais deverão ser avaliadas nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie) antes da vacinação.

**TODO CASO SUSPEITO/CONFIRMADO DEVE SER NOTIFICADO NO ESUS VS
(DOENÇAS EXANTEMÁTICAS) EM ATÉ 24 HORAS**



FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE SUSPEITA DE SARAMPO

CASO SUSPEITO

Indivíduo com febre alta e exantema maculopapular, acompanhado de um ou mais dos seguintes sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independente da situação vacinal. Atendimento com critérios de segurança (máscara N95).



NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA EM ATÉ 24 HORAS

Notificar no e-SUS VS (Doenças Exantemáticas) e comunicar à Vigilância Epidemiológica (VE) imediatamente para início da investigação em até 48 horas.

-Em menores de 5 anos, ministrar uma dose de Vitamina A no atendimento.

A segunda dose deverá ser ministrada no dia seguinte pela Unidade de referência do paciente.

COLETAR AMOSTRAS BIOLÓGICAS PARA ENVIO AO LACEN (PEDIDO FICHA DE NOTIFICAÇÃO PREENCHIDA E CADASTRO NO GAL):

Biologia molecular – Urina

- Coletar 15 a 100ml de urina (até o 7º dia de início do exantema) e manter em temperatura de +2º a +8ºC. Envio ao LACEN em até 6h a coleta.

Biologia molecular - Swab naso-orofaríngeo

-Coletar Swab naso-orofaríngeo em Meio de transporte viral (até o 7º dia do início do exantema). Manter em temperatura de +2º a +8ºC. Envio ao LACEN em até 6h a coleta.

Sorologia - Soro

- Coletar 5 ml de sangue em Tubo tampa vermelha, hermeticamente fechado, centrifugar e manter em temperatura de +2º a +8ºC. Envio ao LACEN em até 24h a coleta.

- Acionar a VE para organizar o recolhimento da amostra, que deve ser enviada ao LACEN até às 14h. OBS: IDENTIFICAR AS AMOSTRAS COM NOME DO PACIENTE, DATA E HORÁRIO DA COLETA.

COMPLICAÇÕES

(alteração neurológica, pneumonia grave, alteração de córnea, lesões orais graves, desnutrição)

SIM

Solicitar vaga de internação hospitalar mediante avaliação clínica com medidas de precaução para aerossol e contatos por 4 dias após início do exantema. Se imunodeprimido, isolar enquanto durar o adoecimento.

NÃO

Alta, com acompanhamento ambulatorial, mediante avaliação clínica do paciente.

**ORIENTAR VACINAÇÃO SELETIVA DE BLOQUEIO DOS CONTATOS FAMILIARES E SOCIAIS
Até 72 horas após a notificação.**

(TELEFONE DURANTE A SEMANA: 3252-9520;
TELEFONE PLANTÃO FINAIS DE SEMANA E FERIADOS: 98166-1035)

SÍFILIS

A Lista Nacional de Notificação Compulsória de doença, agravos e eventos em saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional inclui a notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita, conforme Portaria vigente do Ministério da Saúde.

A notificação compulsória é obrigatória para médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Para fins de vigilância epidemiológica, todas as notificações devem estar com os campos preenchidos corretamente.

O dia nacional de combate à sífilis é no terceiro sábado de outubro. A sífilis é uma doença causada por uma bactéria, de transmissão principalmente sexual de indivíduo infectado sem proteção de preservativos para o não infectado e de gestante com sífilis para o bebê durante a gestação. Na maioria das vezes, a sífilis não apresenta sintomas, o diagnóstico é realizado através de testes rápidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou podem ser realizados em laboratório. Se não houver o tratamento correto, pode causar sérios problemas, e no caso da gestante, transmitindo para o bebê, pode ser causa de aborto, graves sequelas e até a óbito do bebê.

SÍFILIS ADQUIRIDA A53.9

CID10: B0.9

Situação 1: Indivíduo assintomático, com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente e sem registro de tratamento prévio.

Situação 2: Indivíduo sintomático para sífilis, com pelo menos um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico), com qualquer titulação. }

SÍFILIS EM GESTANTES

Situação 1: Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente um teste treponêmico reagente OU teste não treponêmico reagente, com qualquer titulação, e sem registro de tratamento prévio adequado.

Situação 2: Mulher sintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste treponêmico reagente OU teste não treponêmico reagente, com qualquer titulação, independentemente de tratamento prévio realizado.

Situação 3: Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste treponêmico reagente E teste não treponêmico reagente, com qualquer titulação, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio realizado.
Observação: casos confirmados de cicatriz sorológica

NÃO devem ser notificados. Cicatriz sorológica é definida como a persistência de resultados reagentes em testes treponêmicos e/ou testes não treponêmicos após o tratamento anterior documentado, adequado para a classificação clínica da sífilis, com queda previa da titulação em pelo menos duas diluições e descartada a possibilidade de reinfecção no período analisado. A presença de cicatriz sorológica não caracteriza falha terapêutica (Brasil, 2022a).

SÍFILIS CONGÊNITA

Ocorre quando a bactéria *Treponema pallidum* é transmitida da mãe infectada para o bebê durante a gestação, via placenta, ou no parto, por contato direto com lesões. A maioria dos casos acontece devido à ausência de testagem ou tratamento inadequado da mãe durante o pré-natal.

A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gravidez e da doença materna, podendo causar aborto, natimorto, parto prematuro ou diversas manifestações clínicas, sendo que apenas os casos mais graves são visíveis ao nascimento.

Formas de Sífilis:

A mais comum é a '**sífilis latente**', a qual a pessoa infectada não apresenta sintomas, a infecção é detectada por testes positivos; a '**sífilis primária**', quando os sintomas aparecem em forma de feridas tipos úlceras e a bactéria entra na pele formando o '**cancro duro**'; a '**sífilis secundária**', geralmente nota-se pelo aparecimento de manchas no corpo, inclusive em palma de mãos e planta de pés, bem como verrugas planas conhecidas como condiloma plano; além da '**sífilis terciária**', bem mais agressiva podendo acarretar problemas no coração, sistema nervoso e ósseo.

No caso de diagnóstico de sífilis, o tratamento pode ser realizado nas Unidades básicas de saúde, e tem cura. Temos diagnóstico, tratamento e cura da sífilis, sendo necessário conscientizar da importância da prevenção e tratamento adequados.

Tratamento: A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis adquirida e em gestantes, sendo a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes. Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação é considerado tratamento não adequado da mãe. Nesse caso, a criança será notificada como sífilis congênita, tratada e submetida à avaliação clínica e laboratorial. Recomenda-se tratamento imediato após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou não treponêmico) para as seguintes pessoas (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis): gestantes; vítimas de violência sexual; pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço); pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária; e pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis. A realização do tratamento, após um teste reagente para sífilis, não exclui a necessidade do segundo teste (para melhor análise diagnóstica), do monitoramento laboratorial (para o controle de cura) e do tratamento das parcerias sexuais (para a interrupção da cadeia de transmissão).

QUADRO 1 – Resumo de esquemas terapêuticos para sífilis e neurosífilis.

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO ALTERNATIVO	SEGUIMENTO
Sífilis recente (primária, secundária e latente recente) – até um ano de evolução	Benzilpenicilina benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular ^a , dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100 mg, 12/12 horas, via oral, por 15 dias (exceto em gestantes)	Teste não treponêmico trimestral até o 12 ^o mês do acompanhamento (em gestantes , o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia (latente tardia ou latente com duração desconhecida e sífilis terciária) – mais de um ano de evolução	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular ^a , semanal (1,2 milhão UI em cada glúteo), por 3 semanas ^c . Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100 mg, 12/12 horas, via oral, por 30 dias (exceto em gestantes)	
Neurosífilis	Penicilina G cristalina 18 a 24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3 a 4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2 g, IV/dia, por 10 a 14 dias	Exame de líquido de 6 em 6 meses, até normalização

A presença de silicone (prótese ou silicone líquido industrial) nos locais recomendados pode impossibilitar a aplicação intramuscular do medicamento, levando à necessidade de optar por um esquema terapêutico alternativo.

Na população em geral exceto gestante o intervalo entre as doses não deve ultrapassar 14 dias; se isso ocorrer, o esquema deve ser reiniciado (WHO, 2016). Em gestantes, o intervalo ideal entre doses é de sete dias, podendo chegar a um máximo de nove dias, conforme a NOTA TÉCNICA Nº 14/2023 - DATHI/SVSA/MS. Se alguma das doses for perdida ou o intervalo ultrapassar nove dias, o esquema também deve ser reiniciado.

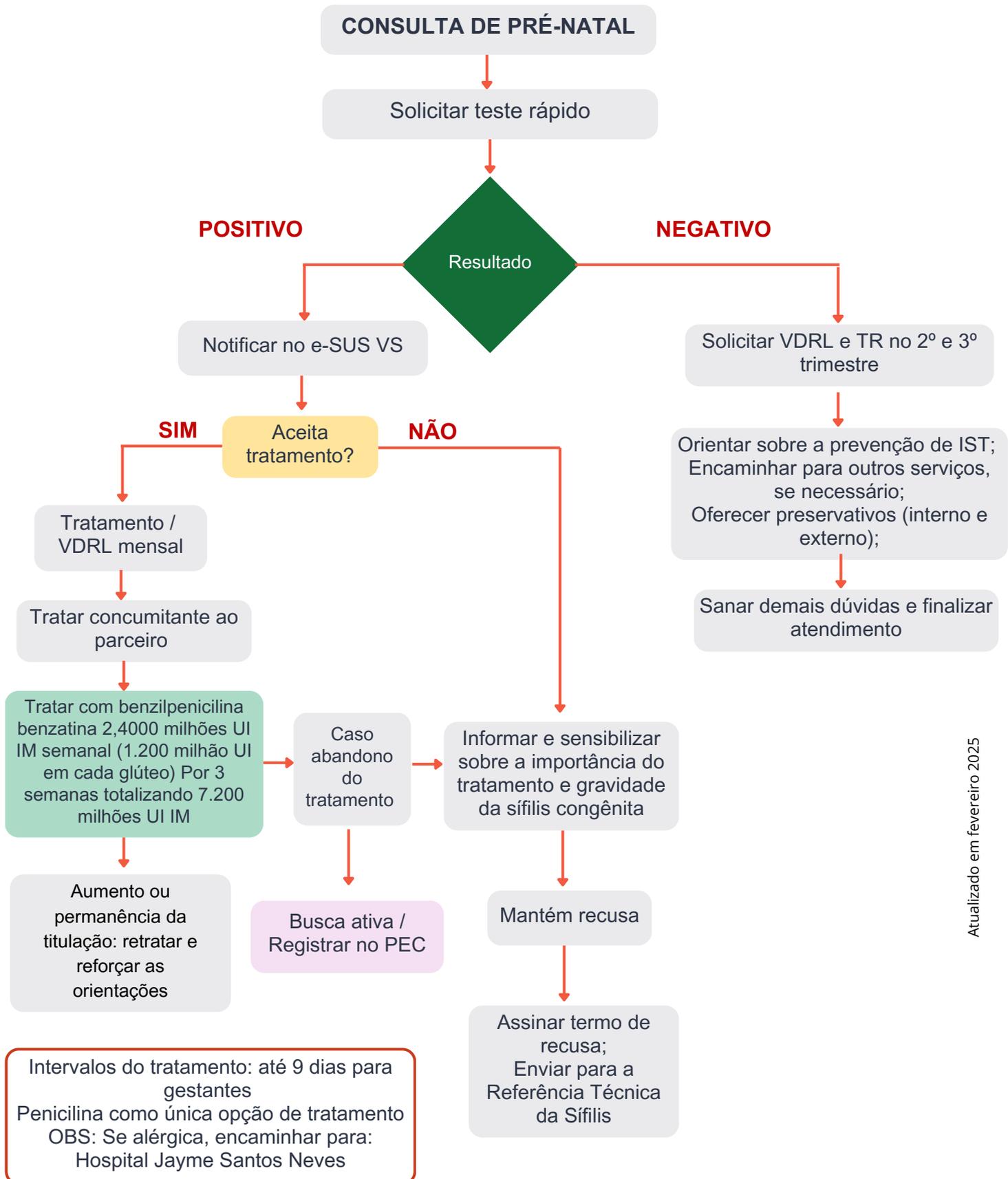
A **Reação de Jarisch-Herxheimer** é um efeito adverso que pode ocorrer até 24 horas após a primeira dose de penicilina, especialmente nas fases primária e secundária da infecção. Manifesta-se com agravamento das lesões cutâneas, febre, cefaleia, mal-estar e dores articulares, sintomas que desaparecem espontaneamente em 12 a 24 horas. O controle é feito com analgésicos simples, sem necessidade de interromper o tratamento. É importante informar os pacientes sobre essa reação para diferenciá-la de uma alergia à penicilina, que é rara com a benzilpenicilina benzatina e se manifesta principalmente como urticária e exantema pruriginoso.

QR-CODE COM OS PROTOCOLOS, NOTAS TÉCNICAS DO MUNICÍPIO DE SERRA



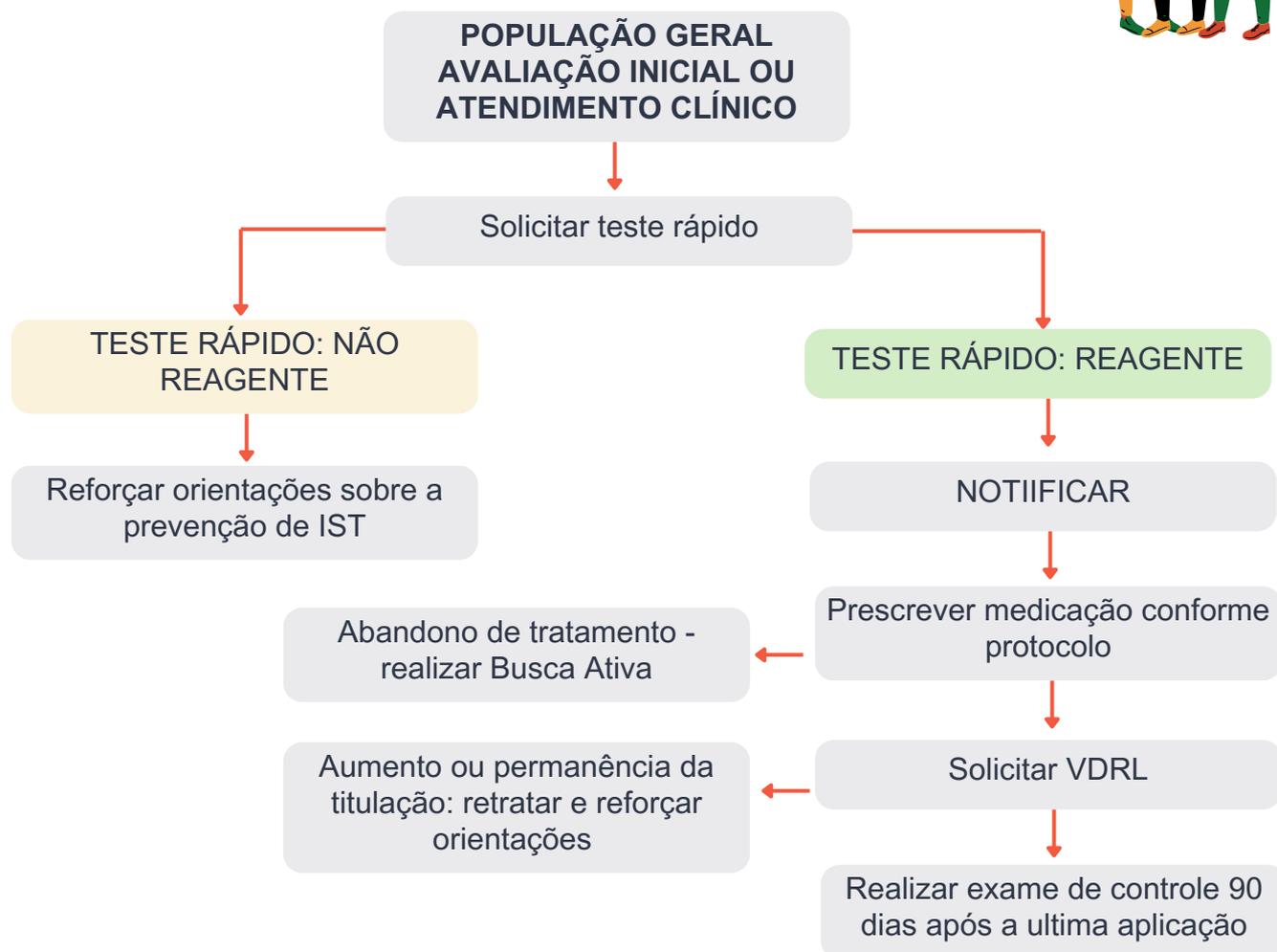


FLUXOGRAMA DO MANEJO DA SÍFILIS PARA GESTANTES





FLUXOGRAMA DO MANEJO DE SÍFILIS EM POPULAÇÃO GERAL



SÍNDROME RESPIRATÓRIAS AGUDAS COVID-19

CID-10: U07.1

Infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global.

Modo de transmissão: de acordo com as evidências mais atuais, o SARS-CoV-2, da mesma forma que outros vírus respiratórios, é transmitido principalmente por três modos: contato, gotículas, ou por partículas ou aerossóis.

- A transmissão por contato é a transmissão da infecção por meio do contato direto com uma pessoa infectada (por exemplo, durante um aperto de mão seguido do toque nos olhos, no nariz ou na boca), ou com objetos e superfícies contaminadas (fômites).
- A transmissão por gotículas é a transmissão da infecção por meio da exposição a gotículas respiratórias expelidas, contendo vírus, por uma pessoa infectada quando ela tosse ou espirra, principalmente quando ela se encontra a menos de 1 metro de distância de outra.
- A transmissão por via aérea é a transmissão da infecção por meio de gotículas respiratórias contendo vírus, composta por gotículas e partículas menores (aerossóis) que podem permanecer suspensas no ar, por distâncias maiores que 1 metro e por períodos mais longos (geralmente horas).

Período de incubação: O período de incubação é estimado entre 1 e 14 dias, com mediana de 5 a 6 dias

Período de transmissibilidade: O conhecimento sobre a transmissão da Covid-19 está sendo atualizado continuamente. A transmissão da doença pode ocorrer diretamente, pelo contato com pessoas infectadas, ou indiretamente, pelo contato com superfícies ou objetos utilizados pela pessoa infectada. Evidências atuais sugerem que a maioria das transmissões ocorre de pessoas sintomáticas para outras. Também já é conhecido que muitos pacientes podem transmitir a doença durante o período de incubação, geralmente 48 horas antes do início dos sintomas. Essas pessoas estão infectadas e eliminando vírus, mas ainda não desenvolveram sintomas (transmissão pré-sintomática).

Há evidências de que a disseminação a partir de portadores assintomáticos é possível, embora se pense que a transmissão seja maior quando as pessoas estão pré-sintomáticas (pessoas infectadas, mas ainda não desenvolveram sintomas) ou sintomáticas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), indivíduos assintomáticos (pessoas infectadas que não desenvolvem nenhum sintoma durante todo o percurso da infecção) têm menos probabilidade de transmitir o vírus do que aqueles que desenvolvem sintomas. Existem, contudo, indícios de que uma parcela importante das transmissões pode ocorrer por meio desses indivíduos assintomáticos, reforçando a necessidade de medidas de controle e prevenção da doença em todos os grupos.

Manifestações clínicas: A infecção pelo SARS-CoV-2 pode variar de casos assintomáticos e manifestações clínicas leves até quadros moderados, graves e críticos, sendo necessária atenção especial aos sinais e sintomas que indicam piora do quadro clínico que exijam a hospitalização do paciente. De forma geral, os casos podem ser classificados em:

Definição 1: Síndrome Gripal — SG

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

OBSERVAÇÕES:

- Em crianças: além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
- Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como a síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
- Na suspeita da Covid-19, a febre pode estar ausente, e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

Definição 2: Síndrome Respiratória Aguda Grave — SRAG

Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório ou pressão ou dor persistente no tórax ou saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto.

OBSERVAÇÕES:

- Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos das asas nasais, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência;
- Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independentemente de hospitalização.

Complicações

Embora a maioria das pessoas com Covid-19 desenvolvam sintomas leves (40%) ou moderados (40%), aproximadamente 15% podem desenvolver sintomas graves que requerem suporte de oxigênio e cerca de 5% podem apresentar a forma crítica da doença, com complicações, como falência respiratória, sepse e choque séptico, tromboembolismo e/ou falência múltipla de órgãos, incluindo lesão hepática ou cardíaca aguda, e requerem cuidados intensivos .

A Covid-19 pode estar frequentemente associada a manifestações mentais e neurológicas, incluindo delírio ou encefalopatia, agitação, acidente vascular cerebral, meningoencefalite, olfato ou paladar prejudicados , ansiedade, depressão e distúrbios de sono. Em muitos casos, manifestações neurológicas foram relatadas mesmo em pacientes sem sintomas respiratórios

Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico laboratorial pode ser realizado tanto por testes de biologia molecular, sorologia ou testes rápidos. Em nosso município temos disponíveis os testes rápidos de antígenos virais e RT-qPCR.

Biologia molecular: permite identificar a presença do material genético (RNA) do vírus SARS-CoV-2 em amostras de secreção respiratória, por meio das metodologias de RT-PCR em tempo real (RT-qPCR) e amplificação isotérmica mediada por loop com transcriptase reversa (reverse transcriptase loop-mediated isothermal amplification, RT-LAMP).

Teste rápido de Antígeno Viral: . Os testes rápidos para detecção de antígenos virais são capazes de detectar o SARS-CoV-2 em amostras coletadas de nasal/nasofaringe e devem ser utilizados para a identificação da infecção ativa (fase aguda).

Os respectivos testes estão disponíveis em algumas Unidades de Saúde, Laboratório Municipal da Serra, Terminal de Laranjeiras e Unidades de Pronto Atendimento (Upa 24h Castelândia, Upa 24h Serra e Upa 24h Carapina).

Fatores de risco: condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da Covid-19:

- Idade igual ou superior a 60 anos.
- Tabagismo
- Obesidade
- Miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.).
- Hipertensão arterial.
- Doença cerebrovascular.

- Pneumopatias graves ou descompensadas (asma moderada/grave, doença pulmonar obstrutiva crônica, DPOC).
- Imunodepressão e imunossupressão.
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5).
- Diabetes melitos, tipo 1 ou 2, conforme juízo clínico.
- Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica (exemplo, síndrome de Down).
- Neoplasia maligna (exceto câncer não melanótico de pele).
- Doença hepática crônica (doença hepática gordurosa não alcoólica, hepatite autoimune e cirrose hepática).
- Algumas doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia).
- Gestação.

Principais Medidas de Prevenções e Controle

USO DE MÁSCARAS

Conforme a última atualização da a nota técnica nº 04/2020/ ANVISA em 24/06/202, seguem as recomendações para uso de máscara nos serviços de saúde:

- Pacientes suspeitos/confirmados de Covid-19 e seus acompanhantes;
- Pacientes que tiveram contato próximo* com caso confirmado de Covid-19, durante o seu período de transmissibilidade, nos últimos 10 dias;
- Profissionais que estão na triagem de pacientes, pois entrarão em contato com pacientes que ainda não possuem uma definição de suspeita diagnóstica;

Quando houver indicação de uso de máscara facial como EPI na implementação de medidas de precaução (padrão, gotícula ou aerossol), que pode ocorrer em atendimentos realizados em qualquer área dentro do serviço de saúde. Incluindo o atendimento a pacientes internados suspeitos ou positivos para Covid-19.

Em situações específicas a serem definidas pelo SCIH/CCIH, que pode ampliar o uso de máscaras de acordo com a situação epidemiológica no serviço de saúde ou de acordo com as características dos pacientes atendidos nas unidades, por ex. Unidade de imunossuprimidos.

Observação: Pacientes sem sintomas respiratórios, visitantes, acompanhantes e profissionais do serviço de saúde, que não estejam contemplados acima, podem optar por usar máscara facial, caso seja de sua preferência, considerando os riscos individuais.

VACINAÇÃO

As vacinas contra a COVID-19 tiveram grande impacto na redução da morbimortalidade da doença, tendo evitado muitos óbitos e internações no Brasil desde a sua introdução. Pode-se observar uma queda importante das internações e dos óbitos por Covid-19 nas diferentes faixas etárias à medida que se avançou na vacinação.

ISOLAMENTO DE CASOS DE COVID-19

- Iniciar o isolamento respiratório domiciliar imediatamente e este poderá ser suspenso no 7º dia completo do início dos sintomas se estiver afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, sem a necessidade de realizar novo teste de biologia molecular ou TR-Ag. Nesse caso, devem ser mantidos o uso de máscaras até o 10º dia completo do início dos sintomas.
 - Caso o indivíduo tenha acesso à testagem em serviço de saúde, o isolamento respiratório domiciliar pode ser reduzido e suspenso no 5º dia completo do início dos sintomas se apresentar resultado de teste de biologia molecular não detectável ou não reagente para TR-Ag realizado no 5º dia completo do início dos sintomas, desde que permaneça afebril, sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios.
 - Se o indivíduo permanecer sem melhora dos sintomas respiratórios ou tiver febre no 7º dia completo após o início dos sintomas, ou se apresentar novo exame positivo para SARS-CoV-2 realizado a partir do 5º dia completo do início dos sintomas, deve ser mantido o isolamento respiratório domiciliar até o 10º dia completo. Ademais, caso o indivíduo não consiga usar máscara quando estiver próximo a outras pessoas, o isolamento deve ser de 10 dias completos após o início dos sintomas.
 - Máscara bem ajustada ao rosto, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, em casa ou em público.
- Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que apresentem fatores de risco para agravamento da covid-19, como também locais com aglomerações de pessoas, como transporte público ou onde não seja possível manter o distanciamento físico.
- Evitar frequentar locais onde não possa ser usada a máscara durante todo o tempo, como restaurantes e bares;
 - Evitar comer próximo a outras pessoas tanto em casa como no trabalho.
 - Evitar viajar durante o período.

Tratamento

Encontra-se disponível em nossa Farmácia Central o medicamento Nirmatrelvir associado ao Ritonavir para o tratamento da Covid-19, em grupos de pacientes com sintomas leves a moderados, que não requerem oxigênio suplementar.

O medicamento é indicado para pacientes com Covid-19 leve a moderada, não hospitalizados que apresentam alto risco para agravamento da doença e até cinco dias desde o início dos sintomas. O tratamento busca evitar o agravamento da enfermidade, especialmente em pessoas com fatores de risco e menor resposta vacinal.

O medicamento foi incorporado para os seguintes grupos de pacientes, com teste positivo para Covid-19 e devidamente notificados no e-SUS VS:

- a) Imunocomprometidos com idade ≥ 18 anos (segundo os critérios, utilizados para priorização da vacinação para Covid-19), com sintomas leves a moderados, estar entre o 1º e 5º dia de sintomas, que não requerem oxigênio suplementar, independente do estado vacinal;
- b) Com idade ≥ 65 anos, com sintomas leves a moderados, estar entre o 1º e 5º dia de sintomas, que não requerem oxigênio suplementar, independente do estado vacinal.

A posologia recomendada é de 300 mg de Nirmatrelvir (02 comprimidos de 150 mg) com 100 mg de Ritonavir (01 comprimido de 100 mg), administrados simultaneamente por via oral, 02 vezes ao dia (12/12h), durante 05 dias.

SÍNDROME RESPIRATÓRIAS AGUDAS INFLUENZA

CID-10: J11

Critério de notificação: Os casos individuais são notificados no ESUS VS como agravo Infecção pelo novo Coronavírus (U0-7.1). Os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) são notificados no SIVEP Gripe/ MS pelos hospitais e Vigilância Epidemiológica do município.

Descrição: Infecção viral aguda do sistema respiratório, de elevada transmissibilidade e distribuição global. Um indivíduo pode contrai-la várias vezes ao longo da vida. Em geral, tem evolução autolimitada, podendo, contudo, apresentar-se de forma grave.

Agente etiológico: O vírus influenza, pertencente à família Orthomyxoviridae, possui RNA de hélice única e se subdivide em quatro tipos antigenicamente distintos: A, B, C e D.

Modo de transmissão: A transmissão direta (pessoa a pessoa) é a mais comum e ocorre quando um indivíduo infectado pelo vírus influenza expõe gotículas ao falar, espirrar e tossir. Essas gotículas podem pousar na boca ou nariz de pessoas próximas ou possivelmente ser inaladas nos pulmões. Eventualmente, pode ocorrer a transmissão pelo ar, quando partículas residuais, que podem ser levadas a distâncias maiores que 1 metro, são inaladas. Também há evidências de transmissão pelo modo indireto, por meio do contato com as secreções de outros doentes

Período de incubação: Os sintomas geralmente começam cerca de dois dias após os vírus da gripe infectar o trato respiratório de uma pessoa. Porém, esse período pode variar de um a quatro dias

Manifestações clínicas: Classicamente o quadro clínico da influenza sazonal tem início súbito, com sintomas de síndrome gripal (SG) como febre, coriza, tosse seca, dor de garganta, dores musculares e articulares, dor de cabeça, fadiga (cansaço) e prostração. Geralmente, tem resolução espontânea em aproximadamente sete dias, embora a tosse, o mal-estar e a fadiga possam permanecer por algumas semanas (CDC, 2022; WHO, 2022). Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de SG: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

Diagnóstico: a amostra clínica preferencial é a secreção da naso-orofaringe pelo método RT-PCR. Considerando a influenza sazonal, o período para coleta é preferencialmente de até o sétimo dia do início dos sintomas, sendo preferencialmente entre o terceiro e o quinto dia do início dos sintomas.

Tratamento: a prescrição do fosfato de oseltamivir deve ser considerada baseada em julgamento clínico, preferencialmente nas primeiras 48 horas após o início da doença, além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação. Esses pacientes devem receber orientações sobre retorno ao serviço de saúde se surgirem sinais de agravamento do quadro. Todos os pacientes que apresentarem sinais de agravamento ou do grupo de risco devem receber de imediato o tratamento com o fosfato de oseltamivir.

> Condições e fatores de risco para complicações, com indicação de tratamento com oseltamivir:

- Grávidas em qualquer idade gestacional;
- Puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);
- Adultos \geq 60 anos;
- Crianças $<$ 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade);
- População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso;
- Pneumopatias (incluindo asma);
- Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica);
- Nefropatias;
- Hepatopatias;
- Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);
- Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus);
- Transtornos neurológicos que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de Down, atraso de desenvolvimento, AVC ou doenças neuromusculares);

- Imunossupressão (incluindo medicamentosa ou pelo vírus da imunodeficiência humana);
- Obesidade (Índice de Massa Corporal – IMC ≥ 40 em adultos); Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado com ácido acetilsalicílico (risco de Síndrome de Reye).

Isolamento: indivíduos que apresentem sintomas de gripe devem evitar sair de casa em período de transmissão da doença (podendo ser por um período de até 7 dias após o início dos sintomas). Orientar o afastamento temporário (trabalho, escola etc.) até 24 horas após cessar a febre sem a utilização de medicamento antitérmico.

Complicações:

- Pneumonia bacteriana e por outros vírus;
- Pneumonia primária por influenza, que ocorre predominantemente em pessoas com doenças cardiovasculares (especialmente doença reumática com estenose mitral) ou em gestantes;
- Sinusite;
- Otite;
- Desidratação;
- Agravamento das condições médicas crônicas: inflamação do coração (miocardite), cérebro (encefalite) ou tecidos musculares (miosite, rabdomiólise); falência de múltiplos órgãos; sepse.

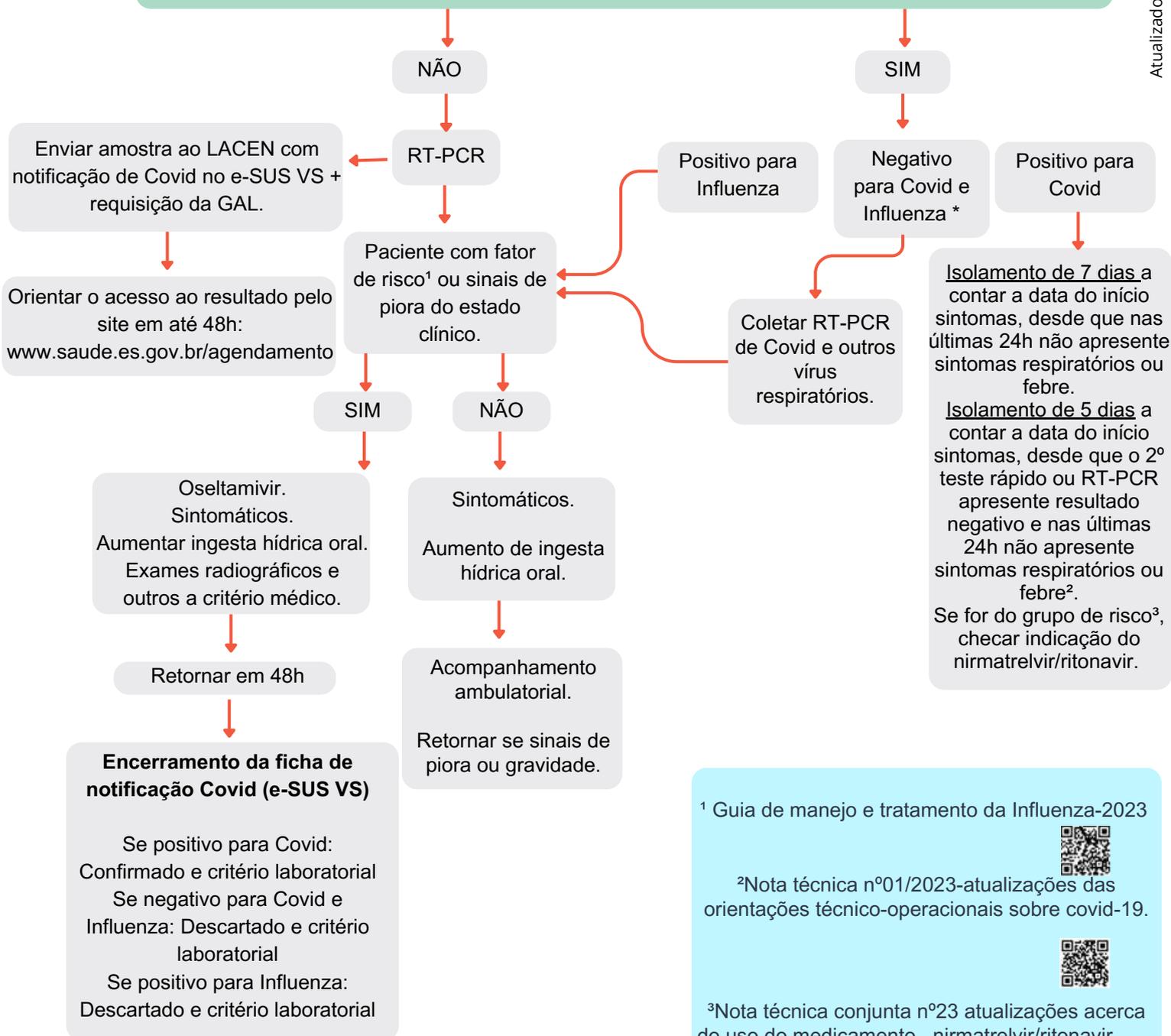


FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE SÍNDROME GRIPAL

SÍNDROME GRIPAL

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre, calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Em crianças: além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal na ausência de outro diagnóstico específico.

Disponibilidade de Teste rápido no serviço?



Atualizado em fevereiro 2025

TÉTANO

ACIDENTAL

CID10: A35

Doença infecciosa aguda não contagiosa, prevenível por vacina, causada pela ação de exotoxinas produzidas pelo *Clostridium tetani* (*C. tetani*), que provocam um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central.

Critério de notificação: Notifica-se no e-SUS VS, todo o caso suspeito/confirmado da doença.

Agente etiológico: O *C. tetani* é um bacilo Gram-positivo esporulado, anaeróbico, semelhante à cabeça de um alfinete, com 4 m a 10 m de comprimento. Produz esporos que lhe permitem sobreviver no meio ambiente por vários anos (Veronesi; Focaccia, 2005)

Modo de Transmissão: A infecção ocorre pela introdução de esporos em solução de continuidade da pele e de mucosas (ferimentos superficiais ou profundos de qualquer natureza). Em condições favoráveis de anaerobiose, os esporos se transformam em formas vegetativas, que são responsáveis pela produção de toxinas – tetanolisina e tetanopasmina. A presença de tecidos desvitalizados, corpos estranhos, isquemia e infecção contribui para diminuir o potencial de oxirredução e, assim, estabelecer as condições favoráveis ao desenvolvimento do bacilo.

Período de incubação: Período compreendido entre o ferimento (provável porta de entrada do bacilo) e o primeiro sinal/sintoma. Em média, de 5 a 15 dias, pode variar de 3 a 21 dias. Quanto menor for o tempo de incubação, maior a gravidade e pior o prognóstico.

Manifestações clínicas : Hipertonias musculares mantidas, localizadas ou generalizadas, ausência de febre ou febre baixa, hiperreflexia profunda e contraturas paroxísticas que se manifestam à estimulação do paciente (estímulos táteis, sonoros, luminosos ou alta temperatura ambiente). Em geral, o paciente se mantém consciente e lúcido. Os sintomas iniciais costumam ser relacionados com a dificuldade de abrir a boca (trismo e riso sardônico) e de deambular, devido à hipertonía muscular correspondente. Com a progressão da doença, outros grupos musculares são acometidos. Pode haver dificuldade de deglutição (disfagia), rigidez de nuca, rigidez paravertebral (pode causar opistótono), hipertonía da musculatura torácica, de músculos abdominais e de membros inferiores.

As contraturas paroxísticas ou os espasmos acontecem sob a forma de abalos tonicoclônicos, que variam em intensidade e intervalos, de acordo com a gravidade do quadro. A hipertonia torácica, a contração da glote e as crises espásticas podem determinar insuficiência respiratória, causa frequente de morte nos doentes de tétano. Nas formas mais graves, ocorre hiperatividade do sistema autônomo simpático (disautonomia), com taquicardia, sudorese profusa, hipertensão arterial, bexiga neurogênica e febre.

Tratamento: a hospitalização deverá ser imediata, preferencialmente em unidade de terapia intensiva (uti), onde existe suporte técnico necessário ao manejo e às suas complicações, com consequente redução das sequelas e da letalidade. No caso de indisponibilidade de leitos de UTI, ou mesmo de unidades semi-intensivas, a internação deve ocorrer em unidade assistencial, em quarto individual, com mínimo de ruído, de luminosidade e temperatura estável e agradável. por não se tratar de uma doença contagiosa, devem ser adotadas apenas medidas de precaução padrão.

os princípios básicos do tratamento do tétano são:

- sedação do paciente.
- neutralização da toxina tetânica.
- debridamento do foco infeccioso para eliminação do c. tetani.
- antibioticoterapia.
- medidas gerais de suporte.

Neutralização da toxina tetânica

O soro antitetânico (SAT) é preconizado para a prevenção e o tratamento do tétano. a indicação depende do tipo e das condições do ferimento, bem como das informações relativas à vacinação antitetânica pregressa e ao uso anterior do próprio SAT. o SAT é uma solução que contém imunoglobulinas (igg) purificadas, obtidas a partir de plasma de equinos hiperimunizados com toxóide. é apresentado na forma líquida, em ampolas de 2 ml (5.000UI), 5ml (5.000UI) ou 10ml (10.000UI ou 20.000 UI).

Imunoglobulina Humana Antitetânica (IGHAT): é constituída por imunoglobulinas da classe igg que neutralizam a toxina produzida por clostridium tetani, sendo obtida do plasma de doadores selecionados (pessoas submetidas à imunização ativa contra o tétano) com altos títulos no soro de anticorpos específicos (antitoxina). é apresentada sob a forma líquida ou liofilizada, em frasco-ampola de 1ml ou 2ml, contendo 250UI. A IGHAT tem meia-vida de 21 a 28 dias em indivíduos sem imunização prévia. A IGHAT está indicada para:

- indivíduos que apresentaram algum tipo de hipersensibilidade quando da utilização de qualquer soro heterólogo (antitetânico, antirrábico, antidiftérico, antiofídico, entre outros).
- indivíduos imunodeprimidos, nas indicações de imunoprofilaxia contra o tétano, mesmo que vacinados. Os imunodeprimidos deverão receber sempre a IGHAT no lugar do SAT, devido à meia-vida maior dos anticorpos.

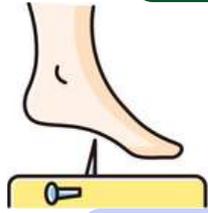
- recém-nascidos em situações de risco para tétano cujas mães sejam desconhecidas ou não tenham sido adequadamente vacinadas.

- recém-nascidos prematuros com lesões potencialmente tetanogênicas, independentemente da história vacinal da mãe. as recomendações dos imunobiológicos (SAT e IGHAT) para a neutralização da toxina tetânica, bem como para seu uso profilático.

O SAT e a IGHAT, em casos de profilaxia antitetânica, estão sendo realizados nos serviços hospitalares e na upa serra, conforme o fluxo da profilaxia abaixo. O tratamento continua sendo realizado em unidade hospitalar.



FLUXOGRAMA DE ADMINISTRAÇÃO PROFILÁTICA DO SORO ANTITETÂNICO



ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE DO PACIENTE COM CRITÉRIO PARA SOLICITAÇÃO DO SORO ANTITETÂNICO

FERIMENTO COM RISCO ALTO DE TÉTANO

(Ferimentos profundos ou superficiais sujos; com corpos estranhos ou tecidos devitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas)

SITUAÇÃO VACINAL DESCONHECIDA OU ESQUEMA VACINAL INCOMPLETO CONTRA TÉTANO - ANEXO 1

Prescrição médica entregue ao paciente (dose profilática: 1 ampola-5.000UI-IM)
Com a observação: "A Vigilância Epidemiológica da Serra avaliará os critérios para a liberação do soro"

Comunicar à Vigilância Epidemiológica Serra(VE) para avaliação do caso
vig.epidemiologica@serra.es.gov.br + Contato telefônico*

SE HOUVER INDICAÇÃO DO SORO A VE DEVERÁ:

Comunicar o paciente sobre a liberação e realização na Upa Serra

Comunicar à Upa Serra sobre a liberação do soro e agendar a ida do paciente com a prescrição

Comunicar à rede de frio da Serra para dispensação e envio à Upa serra.

*Contatos telefônicos da Vigilância- 3252-9520/ Plantão Vigilância-98166-1035

Obs: A Vigilância Epidemiológica solicitará o SAT ou IGHAT à Rede de Frio com a prescrição médica e agendará a administração do SAR ou IGHAT na UPA Serra.

ANEXO 1

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO PRÉVIA CONTRA TÉTANO	FERIMENTOS COM RISCO MÍNIMO DE TÉTANO ^a			FERIMENTOS COM ALTO RISCO DE TÉTANO ^b		
	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas
Incerta ou menos de três doses	Sim ^c	Não	Limpar e desinfetar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e desbridar o foco de infecção.	Sim ^c	Sim	<ul style="list-style-type: none"> • Desinfetar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados. • Desbridamento do ferimento e lavagem com água oxigenada.
Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de cinco anos	Não	Não		Não	Não	
Três ou mais doses, sendo a última dose há mais de cinco e menos de dez anos	Não	Não		Sim (um reforço)	Não ^d	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos	Sim	Não		Sim (um reforço)	Não ^d	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos em situações especiais	Sim	Não		Sim (um reforço)	Sim ^e	

Fonte: DPNI/SVSA/MS.

^a Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.

^b Ferimentos profundos ou superficiais sujos; com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas.

^c Vacinar e aprazar as próximas doses para complementar o esquema básico. Essa vacinação visa proteger contra o risco de tétano por outros ferimentos futuros. Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com soro antitetânico (SAT) ou imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT). Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

^d Para paciente imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina, está também indicada IGHAT ou SAT.

^e Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

IMUNOBIOLOGICO	DOSAGEM	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT)	Dose profilática (250 UI)	Intramuscular	Aplicar em grupo muscular diferente daquele no qual for aplicada a vacina que contenha o toxoide tetânico.
Soro antitetânico (SAT) ^b	Dose profilática (5.000 UI)	Intramuscular	<ul style="list-style-type: none"> • Se intramuscular, administrar em duas massas musculares diferentes.

Fonte: DPNI/SVSA/MS.

^aEstudos recentes indicam doses de 500 UI para crianças ou adultos embora, a critério médico, uma dosagem maior possa ser prescrita, podendo chegar a 6.000 UI.

^bA posologia deve ser individualizada e a critério médico.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

IDADE	VACINAS	IDADE	DOENÇAS EVITADAS
2 MESES	Vacina pentavalente (DTP +HB +Hib)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.
4 MESES	Vacina pentavalente (DTP +HB +Hib)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.
6 MESES	Vacina pentavalente (DTP +HB +Hib)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.
15 MESES	DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
4 ANOS	DTP (tríplice bacteriana)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE

IDADE	VACINAS	IDADE	DOENÇAS EVITADAS
11 a 19 ANOS	Dupla adulto (dT)- a depender da situação vacinal.	3 doses ou reforço	Difteria e tétano

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

20 a 59 ANOS	Dupla adulto (dT)- a depender da situação vacinal.	3 doses ou reforço	Difteria e tétano
--------------	--	--------------------	-------------------

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA GESTANTE

GESTANTES	Dupla adulto (dT) a depender da situação vacinale/ou dTpa tipo adulto-a depender da situação vacinal	Toda gestação	dT: Difteria e tétano dTpa:difteria, tétano e coqueluche
-----------	--	---------------	---

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO IDOSO

60 ANOS OU MAIS	Dupla adulto (dT) a depender da situação vacinal	3 doses ou reforço	Difteria e tétano
-----------------	--	--------------------	-------------------

TOXOPLASMOSE

A toxoplasmose é uma infecção infecciosa causada por um protozoário chamado *Toxoplasma gondii*. Este protozoário é facilmente encontrado na natureza e pode causar infecção em grande número de mamíferos e pássaros no mundo todo. Sua distribuição geográfica é mundial, sendo uma das zoonoses mais difundidas em humanos, a principal causa da infecção é o consumo de carne contaminada sem processamento térmico adequado. A toxoplasmose é considerada uma das infecções parasitárias negligenciadas. Os casos agudos são, geralmente, limitados e com baixas incidências. Quanto à infecção crônica, estima-se que a prevalência varie de 10-75% na população de diversos países do mundo.

Modo de Transmissão

As principais vias de transmissão da toxoplasmose são: “oral” e “congenita

- Oral: consumo de alimentos e água contaminados com oocistos, ou carnes e derivados contendo cistos teciduais.
- Congênita: forma ativa do parasita transmitida por via transplacentária para o feto, quando a mãe adquire a infecção durante a gestação.

Diagnóstico

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. A atenção básica deve ser entendida como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde. O rastreamento sorológico permite a identificação de gestantes suscetíveis para seguimento posterior, com vistas à prevenção da infecção aguda por meio de medidas de prevenção primária e a detecção precoce.

O diagnóstico de toxoplasmose é muito complexo, sendo em muitos casos difícil de distinguir a infecção aguda da crônica, baseado principalmente em métodos indiretos, como sorologia, mas também em métodos de detecção direta do parasito, podendo ser necessário, muitas vezes, combinar métodos diferentes para alcançar a avaliação adequada. Os métodos utilizados para confirmação dos casos pelo Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) têm sido a sorologia IgM, IgG e a avidéz de IgG.

TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

(CID10: O98.6)

Devem ser notificados os casos suspeitos, prováveis e confirmados de toxoplasmose gestacional, com risco de ter sido adquirida durante a gestação e, portanto, de transmissão transplacentária.

Caso suspeito:

- Gestante que apresentar resultado para anticorpo IgM anti-T. gondii reagente ou indeterminado;
- Gestante que apresentar história clínica compatível com toxoplasmose;
- Gestante que apresentar ultrassonografia (USG) obstétrica ou exames de imagem sugestivos para toxoplasmose congênita;
- Qualquer gestante identificada em situações de surto de toxoplasmose;

Caso provável: Caso suspeito que apresente uma das seguintes situações:

- Resultado reagente de anticorpos IgM e IgG com baixa avides de IgG ou avides intermediária em qualquer idade gestacional;
- Títulos ascendentes de anticorpos IgG em amostras seriadas com intervalo mínimo de duas semanas e IgM reagente;
- Primeira sorologia realizada após 16 semanas de idade gestacional que apresente resultado para anticorpos IgG em nível elevado (acima de 300 UI/dl ou de acordo com a metodologia utilizada) e IgM reagente

Caso Descartado: que apresente uma das seguintes situações:

- IgG reagente mais de três meses antes da concepção (considera-se IgM residual, portanto gestante com infecção crônica, anterior à gestação)
- Índice de avides de IgG alto colhido até 16 semanas de gestação (13)
- Duas amostras de IgG negativas para T. gondii (colhidas com intervalo de duas a três semanas), apesar de IgM reagente (resultado falso-positivo para IgM portanto, considerar gestante suscetível)

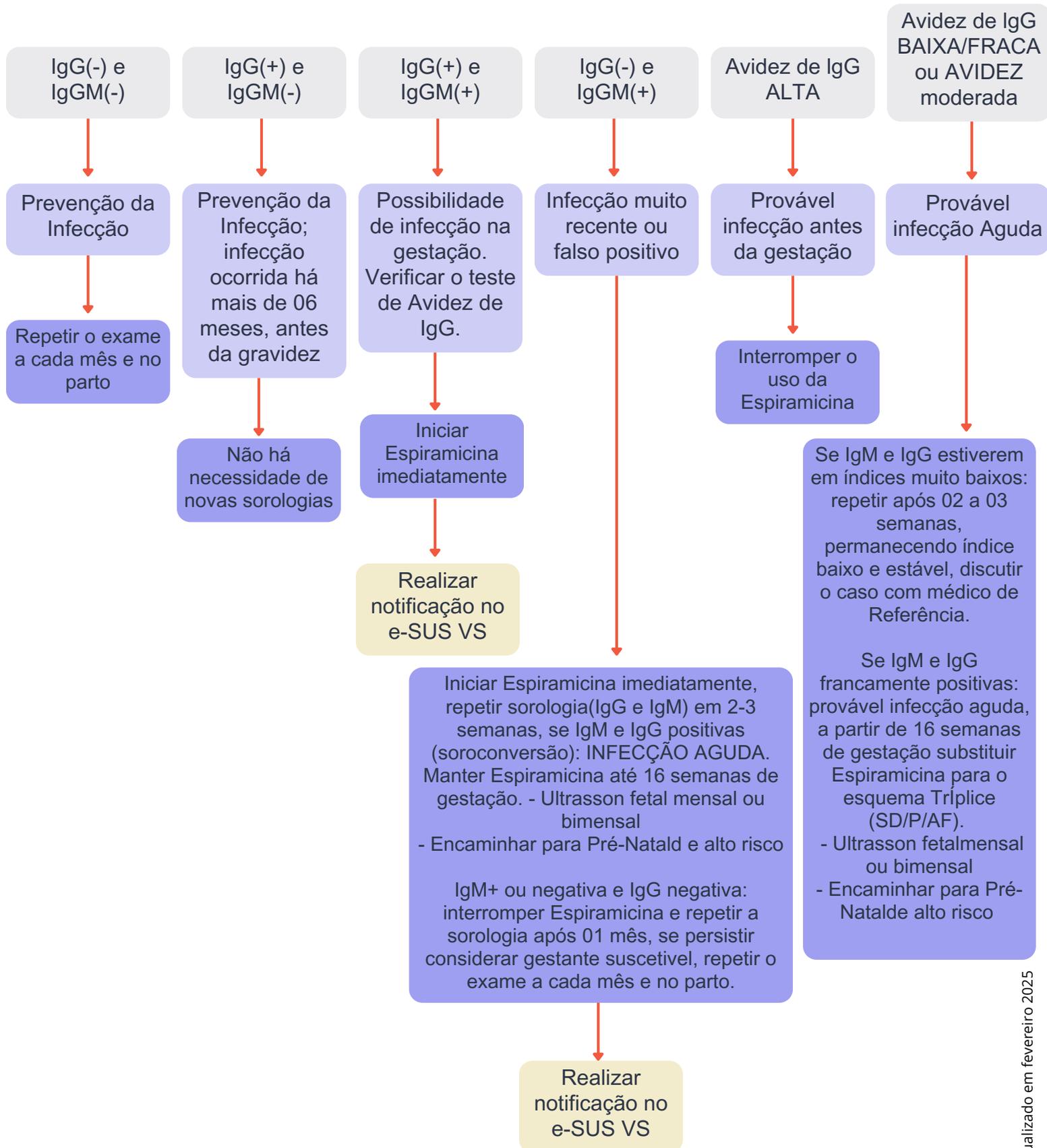
ESQUEMA TERAPÊUTICO DA TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
ESPIRAMICINA	<p>Na suspeita de infecção por toxoplasmose; Quando há o diagnóstico de toxoplasmose aguda até a 18ª semana de gestação</p>	<p>ESPIRAMICINA 500 MG: Dose: 2 comprimidos de 8/8 horas, em jejum</p> <p>Totalizando: 6 comprimidos/dia - 3 g/dia</p>
<p style="text-align: center;">ESQUEMA TRÍPLICE 2: Pirimetamina, Sulfadiazina e Ácido Folínico</p>	<p>Casos confirmados de infecção fetal; Na impossibilidade de excluir a infecção em gestantes de idade gestacional superior a 18 semanas.</p> <p>Observação: Essa associação deve ser evitada no primeiro trimestre da gravidez, devido ao efeito potencialmente teratogênico da pirimetamina.</p>	<p>PIRIMETAMINA 25 MG: Dose de ataque: 2 comprimidos, de 12/12 horas, por dois dias totalizando 8 comprimidos. A partir do 3º dia: 2 comprimidos com dose única diária.</p> <p>SULFADIAZINA 500 MG Dose: 2 comprimidos de 8/8 horas¹, totalizando 6 comprimidos por dia (3 g/dia)</p> <p>ÁCIDO FOLÍNICO 15 MG Dose: 1 cp ao dia durante todo o período de uso da pirimetamina até uma semana após sua interrupção Atenção: O ácido fólico não deve ser usado para substituir o ácido folínico.</p> <p>Observação: Quando ocorrer o diagnóstico depois da 18ª semana, o esquema citado acima deverá ser adotado até o nascimento do bebê.</p>



FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

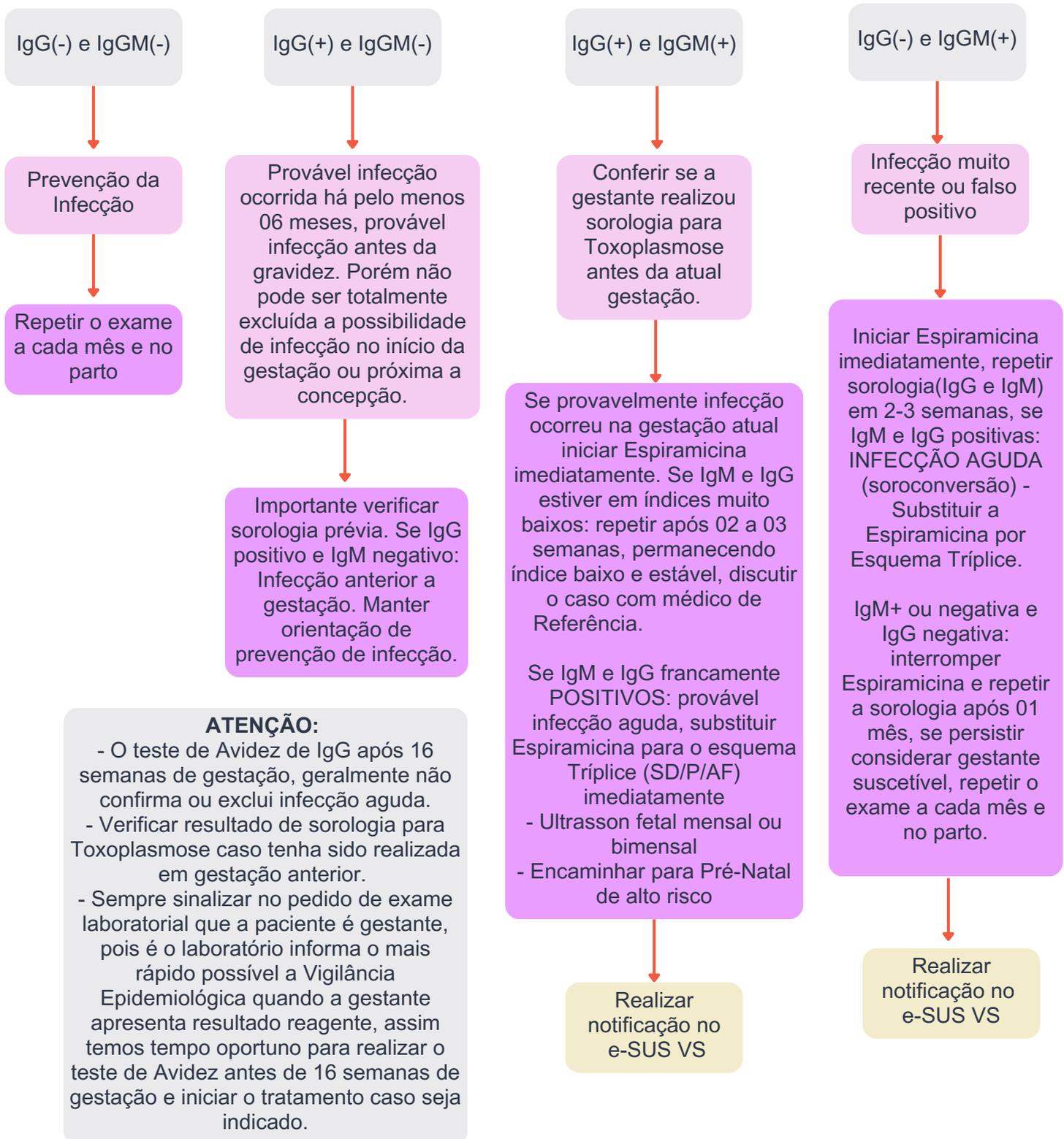
1ª CONSULTA DE PRÉ-NATAL ATÉ 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO





FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

1ª CONSULTA DE PRÉ-NATAL APÓS 16 SEMANAS DE GESTAÇÃO



TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

(CID10: P37.1)

Todo RN suspeito para toxoplasmose congênita deve ser submetido à investigação completa para o diagnóstico final, incluindo exame clínico e neurológico, exame oftalmológico completo com fundoscopia, exame de imagem cerebral (ecografia ou tomografia computadorizada), exames hematológicos e de função hepática.

CASO SUSPEITO

- RN ou lactente menor que seis meses cuja mãe era suspeita, provável ou confirmada para toxoplasmose gestacional
- RN ou lactente menor que seis meses com clínica compatível para toxoplasmose e IgG anti-T. gondii reagente
- RN ou lactente menor que seis meses com exames de imagem fetal ou pós parto compatível com toxoplasmose e IgG anti-T. gondii reagente. Caso Provável Suspeito que apresente uma das seguintes situações:
- Sorologia(s) indeterminada(s) ou não reagente(s) para IgM e/ou IgA anti-T. gondii até seis meses de idade e IgG anti-T. gondii em títulos estáveis
- Manifestações clínicas ou exames de imagem compatíveis com toxoplasmose congênita e IgG anti-T. gondii reagente com IgM ou IgA anti-T. gondii não reagentes e que não tenha coletado exames laboratoriais que excluam outras infecções congênitas antes de completar 12 meses de idade
- As crianças assintomáticas em investigação, durante os primeiros 12 meses de idade

CASO CONFIRMADO

Que apresente uma das seguintes situações:

- Presença de DNA de *Toxoplasma gondii* em amostras de líquido amniótico da mãe (BRASIL, 2013) ou em tecido fetal², líquido, sangue ou urina da criança
- Resultados de anticorpos IgM ou IgA e IgG anti-T. gondii reagente até seis meses de vida
- Níveis séricos de anticorpos IgG anti-T. gondii em ascensão em pelo menos duas amostras seriadas com intervalo mínimo de três semanas durante os primeiros 12 meses de vida
- IgG anti-T. gondii persistentemente reagente após 12 meses de idade (ver nota de número 5)
- Retinocoroidite ou hidrocefalia ou calcificação cerebral (ou associações entre os sinais) com IgG reagente e afastadas outras infecções congênitas (citomegalovírus, herpes simples, rubéola, sífilis, arboviroses) e mãe com toxoplasmose confirmada na gestação

CASO DESCARTADO:

Que apresente uma das seguintes situações:

- Ocorrência de negatização dos títulos de IgG antitoxoplasma antes de 12 meses de idade;
- Nas crianças que receberam tratamento, a soronegativação só deve ser considerada definitiva no mínimo dois meses após a suspensão das drogas antiparasitárias;
- Negativação de IgG anti-T. gondii após 12 meses de idade.

FLUXO PARA VIGILÂNCIA E ATENDIMENTO NOS CASOS DE TRIAGEM NEONATAL (TESTE DO PEZINHO) POSITIVA PARA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

Considerando que na data de 26 de Maio de 2021, foi sancionada a Lei nº 14.154, que altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), para aperfeiçoar o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), por meio do estabelecimento de rol mínimo de doenças a serem rastreadas pelo Teste do Pezinho.

Considerando a Portaria SCTIE/MS nº 7, de 4 de Março de 2020, que torna pública a decisão de ampliar o uso do Teste do Pezinho para a detecção da Toxoplasmose Congênita, no âmbito do SUS; Considerando a Nota Técnica Conjunta nº 01/2023 NEAPRI/GEPORAS/SSAS/SESA-ESe NEVE/GVS/SSVS/SESA-ES que versa sobre a inserção da triagem da Toxoplasmose Congênita no Teste do Pezinho (TP) no Estado do Espírito Santo; objetivando manter o acesso universal da Triagem Neonatal, com foco na prevenção, na intervenção precoce e no acompanhamento permanente das crianças com confirmação diagnóstica, a Secretaria de Saúde da Serra, por meio do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) emite a Norma Técnica com intuito de definir o fluxo de atendimento para os casos de triagem do Teste do Pezinho POSITIVO para Toxoplasmose Congênita.

Teste do Pezinho (TP):

Deve ser realizado nas UBS/URS entre o 3º e 5º dia de vida. Caso o recém-nascido esteja retido em hospital por tempo maior que 3 a 5 dias, o teste deverá ser realizado no local antes da alta. O material não deverá permanecer mais de 3 dias nas UBS/URS, sendo de responsabilidade do Gerente o envio para Laboratório Central da Serra, via malote, em rota previamente definida. O Laboratório Central da Serra ficará responsável por encaminhar as amostras ao CEDAB (Laboratório da APAE Vitória) com rota definida 3 vezes na semana (segundas, quartas e sextas-feiras). Os testes encaminhados ao CEDAB deverão ser devidamente identificados com **TODOS OS DADOS DO RECÉM-NASCIDO**: nome completo (ou RN de “nome da mãe”), data de nascimento, data da coleta, endereço, CEP, telefone, sexo, nome da mãe, cartão nacional de saúde (CNS), raça/cor.

Todos os pacientes com triagem **POSITIVA** (independente de resultado confirmado do Lacen) e todos os POSITIVOS confirmados pelo LACEN deverão ser encaminhados ao Ambulatório de Infectologia do HINSG (Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória), não devendo seguir o fluxo da regulação formativa no quesito de agendamento de consulta.

Referência

Guia de Vigilância e Saúde 6ª Edição revisada

Tiragem: 6ª edição revisada – 2024 – versão eletrônica



TOXOPLASMOSE CONGÊNITA NA TRIAGEM NEONATAL TESTE DO PEZINHO REALIZADO ENTRE 3º E 5º DIA DE VIDA

Hospital Municipal Materno Infantil e Hospital Estadual Jayme Santos Neves:
(Caso o RN retido por tempo maior que a 3 a 5 dias realizar coleta antes da alta)

UNIDADES BÁSICAS E/OU REGIONAIS DE SAÚDE

ENCAMINHAR MATERIAL PARA O CEDAB / APAE ATÉ O PRAZO MÁXIMO DE 3 DIAS

Triagem **NEGATIVA** para toxoplasmose congênita

Criança segue na puericultura na UBS/ URS

Triagem **POSITIVA** para toxoplasmose Congênita

A UBS/ URS será responsável por:

- Fazer busca ativa e convocar pais ou responsáveis para nova coleta de amostra do sangue;
- Agendar a coleta de sangue no **Laboratório Central AMES** com **URGÊNCIA**;
- Encaminhar ao Ambulatório de Infectologia do HINSG, portando:
 - Cópia da notificação no ESUS VS;
 - Laudo do teste do pezinho alterado;
 - Anexo II da Nota técnica;
 - CNS, CPF e demais documentos pessoais da mãe e da criança.

Criança segue na puericultura na UBS/ URS

TUBERCULOSE

CID10: A16.9

A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch. A doença afeta prioritariamente os pulmões (forma pulmonar), embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas. A forma extrapulmonar, que afeta outros órgãos que não o pulmão, ocorre menos frequente do que a forma pulmonar.

Importante: A forma pulmonar, além de ser mais frequente, é a principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da tuberculose.

Apesar de ser uma enfermidade antiga, a tuberculose continua sendo um importante problema de saúde pública. No mundo, a cada ano, cerca de 10 milhões de pessoas adoecem por tuberculose. A doença é responsável por mais de um milhão de óbitos anuais. No Brasil são notificados aproximadamente 80 mil casos novos e ocorrem cerca de 5,5 mil mortes em decorrência da tuberculose.

Sintomas:

- Tosse por 3 semanas ou mais (Principal sintoma)
- Febre vespertina
- Sudorese noturna
- Emagrecimento

Atenção: O principal sintoma da tuberculose pulmonar é a tosse. Essa tosse pode ser seca ou produtiva (com catarro).

Importante: 1 - Recomenda-se que toda pessoa com sintomas respiratórios, ou seja, que apresente tosse por três semanas ou mais, seja investigada para tuberculose.

2 - Recomenda -se investigação da tuberculose nas populações mais vulneráveis, em qualquer tempo de duração da tosse: População Privada de liberdade, Profissionais de saúde, Pessoas que vivem com HIV, Pessoas em situação de rua, Indígenas.

Transmissão:

A transmissão da tuberculose acontece por via respiratória, pela eliminação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de uma pessoa com tuberculose ativa (pulmonar ou laríngea), sem tratamento.

Quando outras pessoas respirarem essas partículas, há a possibilidade de se infectarem. Calcula-se que, durante um ano, em uma comunidade, uma pessoa com tuberculose pulmonar e/ou laríngea ativa, sem tratamento, e que esteja eliminando aerossóis com bacilos, possa infectar, em média, de 10 a 15 pessoas.

A tuberculose não se transmite por objetos compartilhados. Bacilos que se depositam em roupas, lençóis, copos e talheres dificilmente se dispersam em aerossóis e, por isso, não têm papel importante na transmissão da doença.

O bacilo é sensível à luz solar e a circulação de ar possibilita a dispersão das partículas infectantes. Por essa razão, ambientes ventilados e com luz natural direta diminuem o risco de transmissão. A etiqueta da tosse, que consiste em cobrir a boca com o antebraço ou lenço ao tossir, também é uma medida importante a ser considerada.

Diagnóstico:

O diagnóstico da tuberculose (TB) é realizado conforme preconizado no Manual de Recomendações Para o Controle da Tuberculose no Brasil, sendo subdividido em diagnóstico clínico, diferencial, bacteriológico, imagem, histopatológico e por outros testes diagnósticos.

Caso a pessoa apresente sintomas de tuberculose, é fundamental procurar a unidade de saúde mais próxima da residência para avaliação e realização de exames (coleta de escarro - 02 amostras e realização de raio x de tórax - agendamento pelo site: <https://agendamentosaude.serra.es.gov.br/login>). Todas as Unidades de Saúde do município da Serra é responsável pela solicitação dos exames da pessoa que esteja suspeita de tuberculose.

Para o diagnóstico laboratorial da tuberculose são utilizados os seguintes exames - **COLETA DE ESCARRRO (02 amostras):**

- Baciloscopia;
- Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB);
- Cultura;
- Teste de Sensibilidade aos fármacos.

Além do diagnóstico laboratorial, a avaliação clínica é de suma importância para o diagnóstico da TB e a realização da radiografia do tórax, também disponível em todas as Unidades de Saúde, é indicada como um método complementar para esse diagnóstico.

Se o resultado dos exames forem positivos ou suspeitos para tuberculose (coleta de escarro e / ou raio x de tórax), deve-se encaminhar o paciente para o Programa de tuberculose que fica na Unidade Regional de Saúde mais próxima da residência, para iniciar o tratamento o mais rápido possível e segui-lo até o final.

Tratamento:

O tratamento da tuberculose dura no mínimo seis meses, é gratuito e somente disponível no Sistema Único de Saúde (SUS).

No município da Serra o tratamento encontra-se disponível em todas as 06 Unidades Regionais de Saúde (URS de Valparaíso, URS de Novo Horizonte, URS de Feu Rosa, URS de Jacaraípe, URS de Serra Dourada e URS de Serra Sede) na Sala específica do Programa de Tuberculose.

São utilizados quatro medicamentos para o tratamento dos casos de tuberculose que utilizam o esquema básico: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. A tuberculose tem cura quando o tratamento é feito de forma adequada, até o final. O papel dos profissionais de saúde em apoiar e monitorar o tratamento da tuberculose, por meio de um cuidado integral e humanizado, é muito importante.

Importante:

1- Logo nas primeiras semanas do tratamento, a pessoa se sente melhor e, por isso, precisa ser orientada pelo profissional de saúde a realizar o tratamento até o final, independentemente do desaparecimento dos sintomas. É importante lembrar que o tratamento irregular pode complicar a doença e resultar no desenvolvimento de tuberculose drogarristente.

2- Com o início do tratamento, a transmissão tende a diminuir gradativamente, e em geral, após 15 dias, o risco de transmissão da doença é bastante reduzido.

Notificação:

Notifica-se apenas o caso confirmado de tuberculose (critério laboratorial, clínico ou exame de imagem), não realiza notificação de caso suspeito;

A notificação é feita por meio do preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose no Sistema de Informação e- SUS/ VS, pela Unidade Regional de Saúde, onde inicia - se o tratamento. Na ficha de notificação estão contempladas informações de identificação do paciente, do serviço, dados clínicos e epidemiológicos.

Importante:

Os óbitos nos quais a tuberculose é citada como causa básica ou associada devem ser comunicados aos responsáveis pela vigilância epidemiológica municipal com o objetivo de validar esse diagnóstico e verificar se as ações de vigilância foram realizadas. As orientações para a vigilância do óbito com menção de tuberculose estão descritas em protocolo específico.

Elaborado por: Rachel Cristine Diniz	 PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Data Elaboração: 02/01/2018
Revisado por: Sílvia Cardoso Lyrio e Tereza Valeska Noronha	UBS e URS	Data Revisão: 11/02/2025
COLETA DE ESCARRO		

OBJETIVO:

Realizar uma coleta adequada do escarro, para identificar o mais rápido possível os casos bacilíferos de Tuberculose Pulmonar para tratamento precoce da patologia e interrupção da cadeia de transmissão.

EXECUTORES:

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- 02 Potes plástico descartáveis, com tampa rosqueável e estéril;
- 02 Sacos plásticos;
- Fita adesiva;
- Etiqueta para identificação do pote.

PROCEDIMENTO:

1. O diagnóstico deve ser feito a partir de, pelo menos, duas amostras de escarro, sendo a primeira geralmente coletada no momento da consulta, para aproveitar a presença do doente. A segunda amostra deve ser coletada no dia seguinte, preferencialmente ao despertar;
2. As amostras devem ser coletadas em local aberto, de preferência ao ar livre ou em condições adequadas de biossegurança;
3. Entregar o pote plástico ao paciente, devidamente identificado com nome do paciente, data da coleta e o nome da unidade de saúde (a etiqueta de identificação deve ser fixada no corpo do pote);
4. Solicitar o exame no PEC/ESUS AB, caso necessidade do preenchimento de solicitação de exame manual, todos os campos da ficha devem ser preenchidos:

- Dados do paciente (Nome completo sem abreviação, data de nascimento, nº do cartão do SUS, endereço, telefone, Nome da mãe);
- Dados da Amostra (Exame solicitado, Motivo do exame, Data da coleta);
- Dados de vulnerabilidade;
- Dados do profissional requisitante (Nome, Registro no Conselho de Classe e Unidade de Saúde);

1. Testar se a tampa do pote está fechando bem, entregar o material ao paciente e realizar a orientação quanto ao procedimento;

2. Orientar o paciente quanto ao procedimento de coleta: Ao despertar pela manhã, lavar bem a boca (não deve escovar os dentes), inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse (não pode ser cuspe). Repetir esta operação até obter três eliminações de escarro, dentro do pote, evitando que ele esorra pela parede externa do pote.

3. Orientar o paciente a lavar as mãos;

4. Informar ao paciente que cada pote deve ser bem tampado e colocado em saco plástico individual com a tampa para cima e deve permanecer nesta posição para que não haja risco de derramamento;

5. Ao receber o pote do paciente após coleta, conferir a identificação da amostra, caso necessário, colocá-lo dentro do saco plástico novamente e acondicionar em refrigeração com cuidado para que não haja risco de derramamento;

6. Higienizar as mãos;

7. Lançar no livro de Sintomático Respiratório;

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. As unidades de saúde deverão receber, a qualquer hora de seu período de funcionamento, as amostras coletadas no domicílio e conservá-las sob refrigeração até o seu processamento.

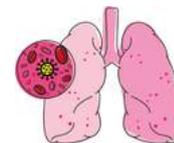
2. Na impossibilidade de envio imediato da amostra para o laboratório, esta poderá ser conservada em geladeira comum até no máximo 07 dias.

3. **ATENÇÃO:** Se a amostra de escarro estiver na unidade próximo ao prazo máximo de refrigeração (sete dias) deverá ser realizado contato com a gerência do laboratório, a fim de que seja recolhida a amostra antes do vencimento.

Telefone do laboratório: (27) 3338-6745 / 3338-6869/ Celular: (27) 98166-1244.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Manual de Normas Técnicas de Tuberculose para Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde, 2011.



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A PESSOA COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO

PORTA DE ENTRADA DOS PACIENTES SUSPEITOS DE TUBERCULOSE: TODOS OS SERVIÇOS DE SAÚDE

(Tosse há três semanas ou mais na população geral e a qualquer tempo de tosse população em situação de rua, privado de liberdade, população vivendo com HIV, albergues, comunidades terapêuticas de dependentes químicos ou instituições de longa permanência, indígenas, imigrantes ou profissional de saúde)

Solicitar coleta de escarro: Baciloscopia/ Teste Rápido Molecular de escarro, Registrar no livro Sintomático Respiratório e Solicitar Raio x (Perfil + PA).
Encaminhar as amostras de escarro para o Laboratório Municipal da Serra - resultado será disponibilizado no GAL

RESULTADO DO ESCARRO **POSITIVO** +
RAIO X SUSPEITO E/OU
CLÍNICA **SUSPEITA**

Agendar consulta no Programa de TB da Regional de Referência

RESULTADO DO ESCARRO **NEGATIVO** +
RAIO X **SUGESTIVO**

Agendar consulta no Programa de TB da Regional de Referência

RESULTADO DO ESCARRO **NEGATIVO** +
RAIO-X **NORMAL**

Encaminhar paciente para consulta na Unidade Básica de Referência. (Investigação de outra doença)

CASO CONFIRMADO DOENÇA TUBERCULOSE

Tratamento e notificação no e-SUS VS no Programa de Tuberculose
Adulto: tratamento nas 06 Unidades Regionais de Saúde;
Crianças e adolescentes até 17 anos tratamento na Unidade Regional de Saúde de Valparaíso

AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA DE TODOS OS PACIENTES
(Assistente Social da Unidade Regional de Saúde)

VULNERABILIDADE SOCIAL **CONFIRMADA**

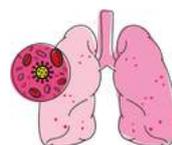
VALE TRANSPORTE
(para tratamento e demais acompanhamentos)

ACOMPANHAMENTO NA REDE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:
CRAS E CREAS; CENTRO POP; ABORDAGEM SOCIAL

Atendimento clínico do farmacêutico, preferencialmente mensal

ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE NO PROGRAMA DE TB ATÉ FINAL DO TRATAMENTO

-O motoboy lotado no laboratório municipal da Serra recolhe 1x por semana as amostras de escarro nos serviços de da Atenção Primária à Saúde da Serra.
-Mantenha as amostras de escarro sob refrigeração +2°C a +8°C. O envio das amostras para o laboratório, deve ser no máximo de 07 dias. Atentar-se para os feriados.



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO HOSPITAIS E UPA'S A PESSOA COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO

Porta de entrada dos pacientes suspeitos de Tuberculose: todos os serviços de saúde

(Tosse há três semanas ou mais na população geral e a qualquer tempo de tosse população em situação de rua, privado de liberdade, população vivendo com HIV, albergues, comunidades terapêuticas de dependentes químicos ou instituições de longa permanência, indígenas, imigrantes ou profissional de saúde)

ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO

Solicitar coleta de escarro: Baciloscopia, Teste Rápido Molecular, cultura e Raio x (Perfil + PA)
Hospitais encaminhar às amostras para o LACEN
UPA's encaminhar as amostras para o Laboratório Municipal da Serra

ATENÇÃO PARA O MONITORAMENTO DOS RESULTADOS DOS EXAMES SOLICITADOS

RESULTADO DO ESCARRO **POSITIVO** +
RAIO X SUSPEITO E/OU
CLÍNICA **SUSPEITA**

RESULTADO DO ESCARRO **NEGATIVO** +
RAIO X **SUGESTIVO** +
AVALIAÇÃO CLÍNICA

RESULTADO DO ESCARRO **NEGATIVO** +
RAIO-X **NORMAL** +
AVALIAÇÃO CLÍNICA

CASO CONFIRMADO

Notificar no e-SUS VS e comunicar à Vigilância Epidemiológica Municipal da Serra por e-mail: vig.epidemiologica@serra.es.gov.br
Iniciar tratamento*

CASO DESCARTADO

Liberar do isolamento respiratório
Continuar Investigação de outras doenças

TRANSFERÊNCIA** PARA INTERNAÇÃO

Comunicar via e-mail da Vigilância Epidemiológica e encaminhar em posse do paciente a evolução clínica e notificação

ÓBITO

Comunicar o óbito para o e-mail da Vigilância Epidemiológica com a evolução clínica em anexo

ALTA HOSPITALAR

Liberar o paciente com resumo de alta e medicação para os próximos 07 dias.
Encaminhar o paciente para o Serviço Social dar orientações quanto a continuidade do tratamento no município de residência. E, caso possível, agendar a consulta médica no município. Comunicar a Vigilância Epidemiológica da Serra a alta hospitalar

Vigilância Epidemiológica Municipal da Serra e-mail: vig.epidemiologica@serra.es.gov.br

*Hospitais: solicitar medicação com prescrição médica e notificação em anexo para o e-mail: farmacia.sesa@serra.es.gov.br
Telefone: 3252-7041 - Retirada de 2ª a 6ª feira

Endereço: R: Comendador Alcides Simão Helou, 1478 - Galpão 2 e 3 - Civit II, Serra - ES.

**Serviço de saúde deverá realizar notificação no e-SUS VS TODO caso confirmado de Tuberculose, independente dele já ter sido notificado em outro local - se atentar para o tipo de entrada (campo: 32 da ficha)

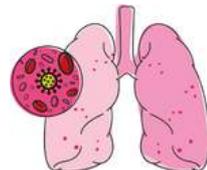


FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NO CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA (CDP) - SERRA DE CASO SUSPEITO DE TUBERCULOSE

SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (Tosse a qualquer tempo).

Busca ativa: no momento do ingresso ou “campanha”

Busca passiva: a partir da demanda espontânea



ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO

- Casos identificados no momento do ingresso na prisão, pelo período de 15 dias, após o início do tratamento para Tuberculose (repetir baciloscopia para retirada do isolamento);
- Casos suspeitos ou confirmados de resistência;
- Quando ocorre a falência de tratamento

EXAMES

Solicitar: Baciloscopia, Teste Rápido Molecular, cultura e Raio x (Perfil + PA)
(Enviar amostra de escarro com GAL para Laboratório Municipal da Serra)

ATENÇÃO PARA O MONITORAMENTO DOS RESULTADOS DOS EXAMES SOLICITADOS NÃO ESQUECER DE MONITORAR RESULTADO DA CULTURA

Resultado do escarro **Positivo** + Raio x suspeito e/ou Clínica **suspeita**

Resultado do escarro **Negativo** + Raio x **sugestivo** + **avaliação clínica**

Resultado do escarro **negativa** + Raio-x **normal** + **avaliação clínica**

CASO CONFIRMADO

- Notificar no e-SUS VS*, realizar teste rápido de HIV e comunicar à Vigilância Epidemiológica por e-mail.
- Iniciar tratamento no CDP Serra**** - realizando Tratamento Diretamente Observado (TDO) durante todo tratamento;
- Reação adversa e paciente HIV + encaminhar para avaliação / tratamento na URS de Valparaíso
- Paciente com resistência e MOTT (Micobactéria não tuberculosa) encaminhar para o HUCAM***

CASO DESCARTADO

Continuar Investigação de outras doenças

TRANSFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Encaminhar em posse do paciente uma cópia do prontuário e Comunicar via e-mail para Vigilância Epidemiológica

ÓBITO

Comunicar o óbito para o e-mail da Vigilância Epidemiológica com a evolução clínica em anexo

ASSISTENTE SOCIAL

Acompanhamento Social paciente e família

ALVARÁ DE SOLTURA OU TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE PRISIONAL

-Liberar, quando possível, com resumo de tratamento, medicação para os próximos 04 a 07 dias e comunicar imediatamente à Vigilância Epidemiológica por e-mail;
Após alvará de soltura, orientar quando possível, que o contactante de paciente bacilífero que não foi avaliado na Unidade Prisional, procurar o serviço de saúde para rastreamento de infecção latente

-Vigilância Epidemiológica Municipal da Serra e-mail: vig.epidemiologica@serra.es.gov.br

- Preencher mensalmente o boletim epidemiológico que será enviado por e-mail e participar do matriciamento da tuberculose toda 1ª segunda-feira do mês às 9h na Unidade Regional de Saúde de Valparaíso.

-*Unidade prisional deverá realizar notificação no e-SUS VS TODO caso confirmado de Tuberculose, independente dele já ter sido notificado em outro local - se atentar para o tipo de entrada (campo: 32 da ficha)

-**Solicitar medicação com prescrição médica e notificação em anexo para o e-mail: farmacia.sesa@serra.es.gov.br

Telefone: 3252-7041 - Retirada de 2ª a 6ª feira

-Endereço: R: Comendador Alcides Simão Helou, 1478 - Galpão 2 e 3 - Civit II, Serra - ES.

-*** HUCAM: 3335-7554 (Ambulatório casa 05)

INFECÇÃO LATENTE TUBERCULOSE

A Infecção Latente tuberculose - ILTB ocorre quando uma pessoa se encontra infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sem manifestação da doença ativa.

As pessoas com ILTB possuem um risco de adoecimento, uma vez que o bacilo pode ser reativado caso a resposta imunológica esteja alterada. Dessa forma, diagnosticar e tratar a ILTB é uma importante estratégia de prevenção para evitar o desenvolvimento da forma ativa da doença tuberculose, especialmente para:

- Contatos domiciliares de pessoas diagnosticadas com Tuberculose
- Crianças
- Infecção pelo HIV
- Pessoas em uso de tratamentos imunossupressores

Para isso, é importante que a equipe de saúde realize a **avaliação dos contatos de pessoas com tuberculose** e ofereça o exame para diagnóstico da ILTB aos grupos populacionais citados acima, mediante critérios para indicação do tratamento preventivo.

Os exames para diagnóstico da ILTB, para os grupos mencionados acima são: PPD ou IGRA e raio x de tórax, solicitados pelos profissionais das Unidades de Saúde do município.

Manter ambientes bem ventilados e com entrada de luz solar, proteger a boca com o antebraço ou com um lenço ao tossir e espirrar (higiene da tosse), e evitar aglomerações são orientações gerais para minimizar o risco de transmissão da tuberculose no domicílio e em ambientes públicos.

Tratamento:

O tratamento da ILTB somente é realizado pelos profissionais do Programa de Tuberculose das Regionais de Saúde. E, dura de 12 semanas a 06 meses, dependendo do medicamento prescrito.

O 3HP (RIFAPENTina + Isoniazida) é o esquema preferencial para o tratamento preventivo da tuberculose, e o 3RH (RIFAMPICina + Isoniazida) que é um dispersível pediátrico, são utilizados durante 12 semanas.

Notificação:

A notificação é feita por meio do preenchimento da Ficha de Notificação IL-TB no Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB. E, é realizada pela equipe do Programa de Tuberculose da Unidade Regional de Saúde, onde inicia - se o tratamento.

Prevenção:

A vacina BCG (bacilo Calmette-Guérin), ofertada no Sistema Único de Saúde (SUS), protege a criança das formas mais graves da doença, como a tuberculose miliar e a tuberculose meníngea. A vacina está disponível nas salas de vacinação das unidades básicas de saúde e em algumas maternidades.

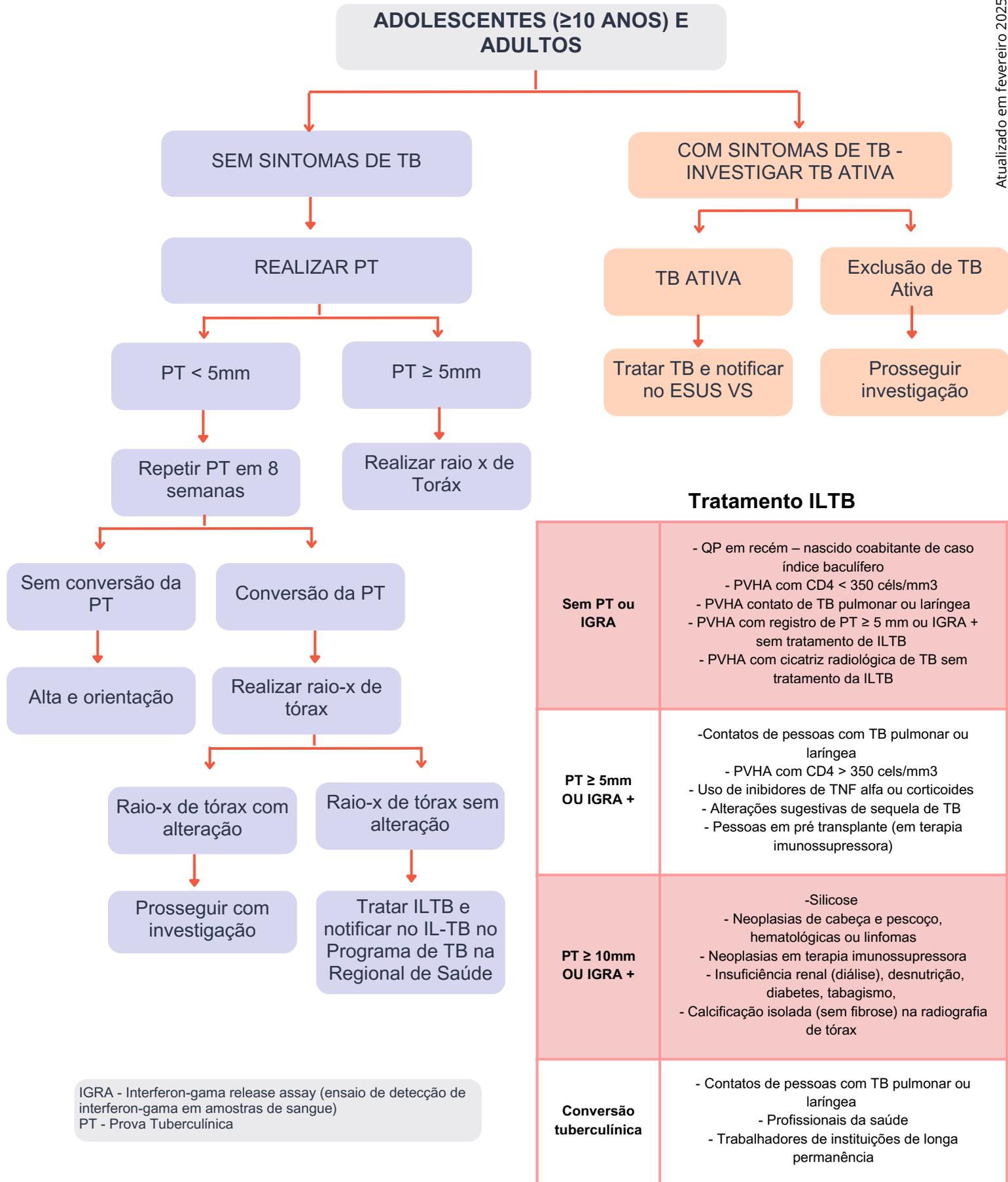
Importante: Essa vacina deve ser ministrada às crianças ao nascer, ou, no máximo, até os quatro anos, 11 meses e 29 dias.

Programa Municipal de Controle da Tuberculose



FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO - INFECÇÃO LATENTE TUBERCULOSE (ILTBT)

Atualizado em fevereiro 2025





PROVA TUBERCULÍNICA (PPD) - RASTREIO DE INFECÇÃO LATENTE DE TUBERCULOSE

Encaminhamento médico ou enfermeiro com solicitação de PPD

Em posse da solicitação comparecer em uma das sala do Programa de Tuberculose nos locais, dias e horários:

Regional de Serra Dourada
Segunda, Terça e Sexta
8 h às 12 h

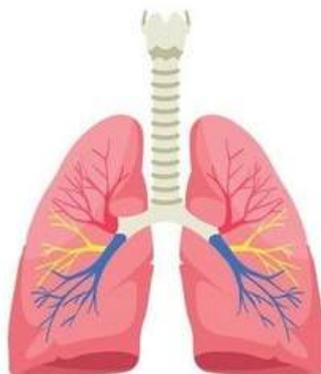
Regional de Valparaíso-
Segunda, terça e sexta.
Horário: 14 h às 17:30h

Regional de Jacaraípe -
Segunda, Terça e Sexta.
Horário: 7h às 12 h

Regional de Serra Sede -
Segunda.
Horário: 08 h às 10 h

Regional de Feu Rosa -
Segunda, terça e sexta.
Horário: 7:30 h às 11 h

OBS: Lembrando que a leitura para resultado ocorre 72 horas após a realização da Prova Tuberculínica.





FLUXOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO IGRA - RASTREIO DE INFECÇÃO LATENTE DE TUBERCULOSE

O IGRA somente está indicado:

- Pessoas vivendo com HIV com contagem de linfócitos T-CD4 + >350 Células/mm;
- Crianças com 2 anos até 9 anos, 11 meses e 29 dias, contato de TB ativa;
 - Pessoas candidatas a transplante de Células-tronco;
- Todas as pessoas que farão uso de medicamentos imunobiológicos e/ou imunossupressores ou em situação de pré-transplante de órgãos

REALIZAÇÃO EXAME IGRA

Procedimento será realizado no
Laboratório Municipal de Serra

Agendamento através dos contatos:

e-mail: laboratorio.tecnicos@serra.es.gov.br

Telefones: (27) 3338-6869 / 3338-6745

Celular: (27) 98166-1244

Dias da Coleta: toda Terça e Quinta - Feira.

Horário: 7h às 10 h

Endereço do Laboratório: Rua Elias Tomas, 237, Boa Vista II, Serra - ES.

Pessoas vivendo com HIV também poderá realizar o IGRA no SAE/CTA

Telefone para agendamento: (27) 33386757

Exame será coletado todas as quartas-feiras, exceto quando for véspera de feriado.

Horário da coleta: 7h às 9h

A requisição do GAL e o procedimento de coleta serão realizados por profissionais do Laboratório.

OBS: Recomendado: 4 h de jejum;

- Orientar ao paciente para pegar resultado do exame no Programa de Tuberculose da Regional do seu território;
- Os pacientes que apresentarem resultado para iniciar tratamento de ILTB deverão ser agendados pelo Programa de Tuberculose.
- Não realizar o procedimento em véspera de feriado, pois a amostra precisa ser processada em até 16 h.



FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DOS CONTATOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM A DOENÇA TUBERCULOSE NAS ESCOLAS DO MUNICÍPIO DA SERRA

Criança/ Adolescente (0 a 17 anos 11 meses e 29 dias) com diagnóstico de Tuberculose

Identificação da escola e turma pelo Programa Pediátrico de Tuberculose;
Encaminhamento dessas informações para o e-mail: tb@serra.es.gov.br e vig.epidemiologica@serra.es.gov.br

Atenção Primária da Saúde (APS) encaminhará cópia para subsecretária da Educação para o e-mail: sedu@serra.es.gov.br

A SEDU articulará uma reunião entre Diretor da Escola da criança/adolescente com doença Tuberculose e a Referência Municipal de Controle de Tuberculose na APS para formalizar a ação de Saúde na Escola.

Ação na Escola de Conscientização da Tuberculose + Avaliação dos Contatos

Será realizada por meio de palestra abordando o Tema Doenças Respiratórias;

A avaliação dos contatos do aluno que foi diagnosticado com Tuberculose será feito da sala de aula a qual o aluno pertence, utilizando estratégia elaborada pela Equipe de Saúde, respeitando a lei 14.289, de 03 de Janeiro de 2022, que trata da preservação do sigilo sobre a condição da pessoa com tuberculose.

A Escola enviará a carta para os pais autorizarem a realização dos exames (Prova Tuberculínica e Raio X de Tórax) para diagnóstico da Infecção Latente.

O Programa de Tuberculose organiza junto a Escola um cronograma para realizar a avaliação dos contatos com o exame da Prova Tuberculínica (**PPD**) e **leitura em 72 horas ou IGRA** que será realizado na Escola por um Profissional de Saúde habilitado.

Encaminhamento das crianças para realização do **Raio X de tórax** que será previamente agendado e realizado em uma Unidade Regional de Saúde mais próximo da Escola. Para o deslocamento dos contatos é necessário o transporte.

Retorno à Escola para realização dos agendamentos de consulta no Programa de Tuberculose. O Programa de Tuberculose em posse do resultado dos exames entrará em contato com a Escola para organizar a consulta médica

A Escola entregará aos pais ou responsáveis dos alunos, que realizaram os exames, os resultados, bem como as datas das consultas agendadas na Regional de Valparaíso onde está o Programa de Tuberculose Pediátrico.

O programa enviará o consolidado das ações de avaliação de contato para a Secretaria de Educação após a conclusão da ação.

VARICELA

CID10: B01

Doença viral, infecciosa aguda, transmissível, extremamente contagiosa, tendo como agente etiológico o RNA vírus pertencente ao gênero *Morbillivirus*, família *Paramyxoviridae*.

Infecção viral primária febril aguda, altamente contagiosa.

- **Modo de Transmissão:** pessoa a pessoa, por meio de contato direto ou de secreções respiratórias e, raramente, através de contato com lesões de pele.

-**Diagnóstico:** É clínico, considerando os sinais e sintomas apresentados: exantema de aspecto maculopapular e distribuição centrípeta, que após algumas horas, torna-se vesicular evoluindo para pústulas e posteriormente para crostas secas. As lesões cutâneas apresentam-se nas diversas formas evolutivas acompanhadas de prurido.

- **Notificação:** obrigatório notificar no e-SUS toda suspeita clínica em até 24 horas.



FLUXOGRAMA VARICELA

CASO SUSPEITO

Indivíduo com quadro discreto de febre moderada, de início súbito, que dura de 2 a 3 dias, sintomas generalizados inespecíficos (mal estar, adinamia, anorexia, cefaleia) **E** erupção cutânea pápula - vesicular, que se inicia na face, no couro cabeludo ou no tronco (distribuição centripeta).

O **polimorfismo** é característico da varicela: lesões em diversos estágios em uma **mesma região do corpo** (pápulas, vesículas, pústulas e crostas)



NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA

Notificar no ESUS VS;

Inserir telefones de contatos atualizados e pequena história clínica na observação da ficha



PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

De 01 a 02 dias antes do aparecimento da exantema e estende-se até que todas as lesões estejam em fase de crosta.



Contatos telefônicos da Vigilância Epidemiológico - (27) 3252-9520
Plantão finais de semana e feriados - (27) 98166-1035
e-mail: vig.epidemiologica@serra.es.gov.br

VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA

CID10: Y09

Notificação

A notificação das violências interpessoais e autoprovocadas foi incluída na listagem de agravos de **notificação compulsória** por meio da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde. De acordo com a legislação, demandam notificação todos os casos **“suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, bem como tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, violência decorrente de intervenção legal, além de agressões homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades.** E, no caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objeto de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBTQIAP+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, transgêneros, travestis, queer, assexual, intersexo, pansexual, demais orientações sexuais e identidades de gênero, não-binário, drag queen).

Não se notifica no e-SUS VS casos de violência extrafamiliar cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino, como por exemplo, brigas entre gangues, brigas nos estádios de futebol, brigas em bares, conflitos cuja motivação é o tráfico de drogas e outras. Essa modalidade de violência pode ser monitorada por meio de outros sistemas de informação da secretaria de segurança pública por exemplo. (Guia de Vigilância em Saúde, 6ª edição, capítulo 12 - Ministério da Saúde)

Em 2015, o Ministério da Saúde ampliou a possibilidade da notificação dos casos de violências para serviços de outras políticas públicas, tais como, serviços de assistência social, rede de atendimento à mulher, educação, conselhos tutelares e outros.

Posteriormente, a Lei Estadual nº 11.147 de 07/07/2020, tornou compulsória a notificação das violências por Instituições de Ensino e de Assistência Social. Cabe ressaltar que a notificação dos casos possui como objetivo a produção de dados e informações que contribuam para a análise das violências nos territórios, a fim de subsidiar ações e políticas públicas voltadas para a sua prevenção, bem como possibilitar a articulação da rede de proteção, visando cessar a situação de violência.

Aspectos gerais da notificação

- As notificações serão realizadas no Sistema de Informação em Saúde e-SUS VS, através do endereço eletrônico “esusvs.saude.es.gov.br”;
- Para situações de violência sexual e tentativa de suicídio, a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 do Ministério da Saúde, estabelece a notificação imediata (em até 24 horas).
- Para as demais notificações, o técnico tem até sete (7) dias para realizar a notificação no sistema de notificação e-SUS VS (esusvs.saude.es.gov.br);

Durante o atendimento, ao tomar conhecimento de uma situação de violência, sendo ela uma violência atual ou uma violência pregressa, o técnico deve realizar a notificação compulsória no sistema e-SUS VS respeitando os critérios e orientações estabelecidos no item anterior. No que se refere às diferentes situações de violência e/ou negligência e, ao público atendido,

Para situações de violência envolvendo crianças e adolescentes

- Preencher a ficha de notificação compulsória no sistema e-SUS VS;
- Comunicar ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes, conforme exigência do artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);
- Encaminhar o caso ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Para situações de violência envolvendo idosos

- Preencher a ficha de notificação compulsória no sistema e-SUS VS;
- Encaminhar o caso ao CREAS;
- Comunicar o caso ao Conselho Municipal de Direitos e Defesa da Pessoa Idosa da Serra (COMIDS).

Para situações de violência envolvendo mulheres

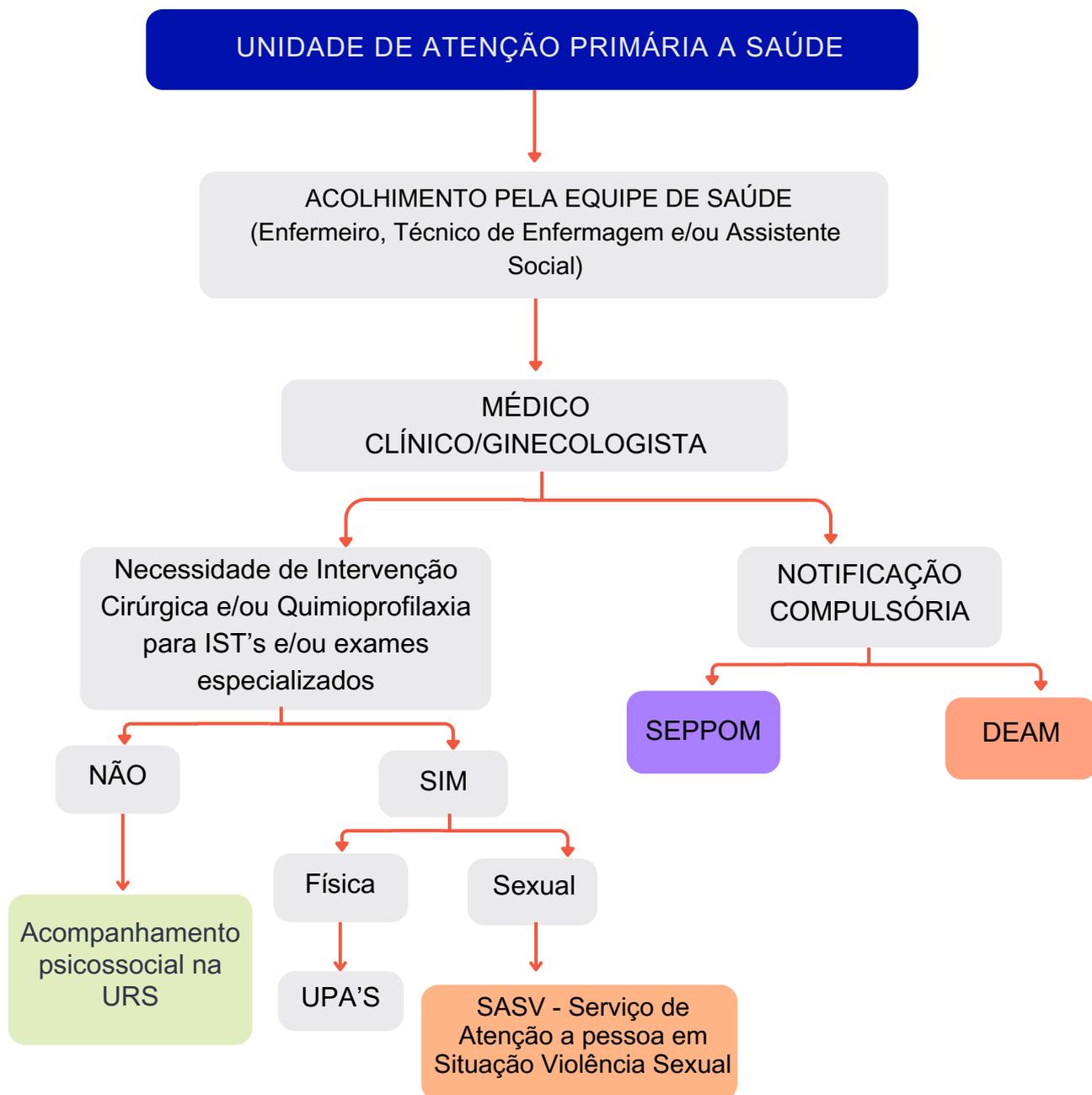
- Preencher a ficha de notificação compulsória no sistema e-SUS VS;

Encaminhar o caso à Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres (SEPPOM).

Para todas as situações de notificação, o técnico deve fazer a avaliação do caso de forma individualizada, bem como os encaminhamentos necessários para a Rede de Atenção e Proteção de Pessoas em Situação de Violência (Assistência Social, Saúde, SEPPOM, Delegacias especializadas e outros).



FLUXOGRAMA MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA



Atualizado em fevereiro 2025

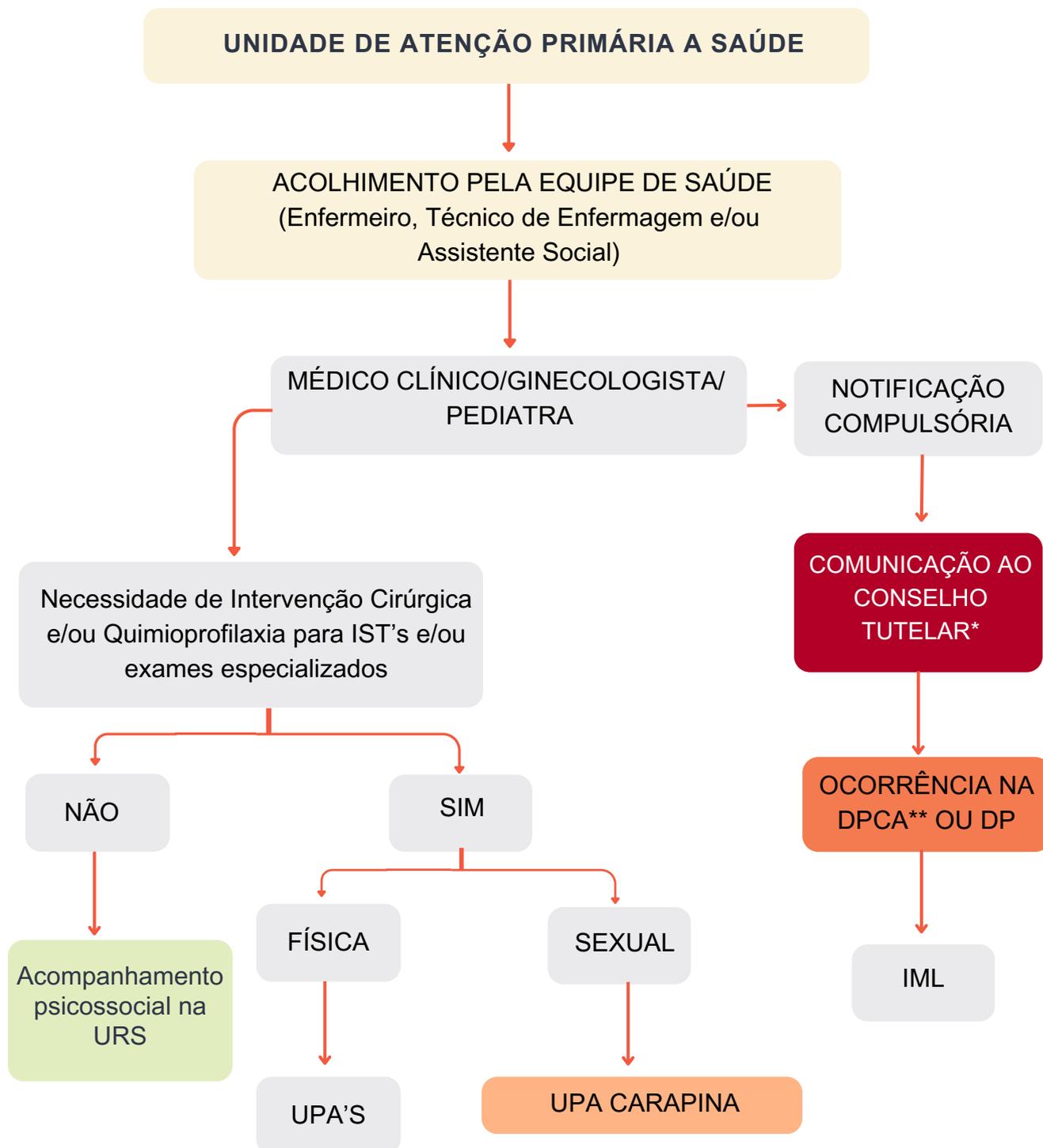
* As DEAM são unidades da Polícia Civil que atendem mulheres vítimas de violência doméstica e familiar.
Endereço: R. Sebastião Rodrigues Miranda, 49 - 2º Andar - Boa Vista II, Serra - ES. Telefone: (27) 3328-7212

** SEPPOM: Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres (27) 99836-2909

SASV: R. Aduacto Morais da Silva - Civit II, Serra - ES, 29168-088



FLUXOGRAMA DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

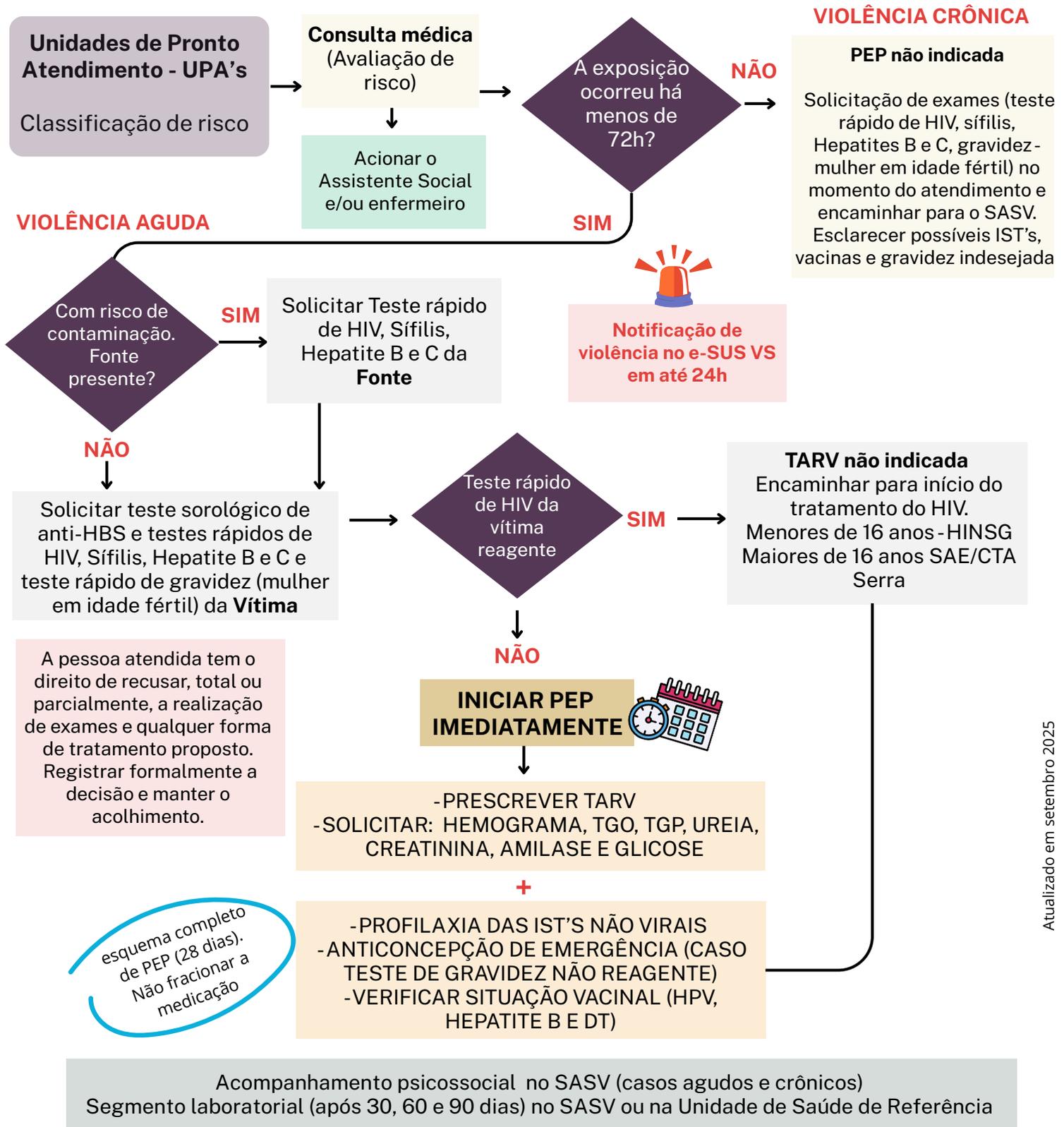


*Verificar lista de telefones e endereços das regionais dos Conselhos Tutelares.

** A Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente (DPCA) é competente para fiscalizar, investigar e instaurar inquérito e procedimentos policiais nos casos de infração penal praticada contra crianças e adolescentes.
- O Hospital Materno Infantil da Serra fará o acompanhamento sorológico e psicossocial dos casos de violência sexual.



Fluxograma para avaliação de indicação de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais - Violência Sexual



- Conforme o Artº 217-A do Código Penal o ato de conjunção carnal ou outro ato libidinoso **com menor de 14 anos** considera-se **estupro de vulnerável**, para tanto são irrelevantes a experiência sexual ou o consentimento da vítima.
- Adolescentes (a partir de 12 anos) podem ser atendidos sem a necessidade da presença de pais ou responsáveis.
- Orientar sobre o segmento após 30, 60 e 90 dias na unidade de saúde ou serviço de referência.
- **Não** é exigido boletim de ocorrência, especialmente nos casos de violência sexual.
- **ORIENTAR SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO.**



FLUXOGRAMA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

PORTA DE ENTRADA

Qualquer serviço (de saúde ou não), onde é feito o primeiro contato.
Realizar ACOLHIMENTO, ATENDIMENTO HUMANIZADO e ESCUTA QUALIFICADA

Notificação imediata até
24H na ficha de violência -
e-SUS VS

SERVIÇO DA REDE DE SAÚDE

Consulta clínica: anamnese e exame
físico e exames necessários.

ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL.

INTOXICAÇÃO

(Ingesta de medicamentos,
venenos com intenção de
suicídio)

Fazer a notificação de
intoxicação + notificação de
violência

**VIOLÊNCIA
AUTOPROVOCADA?**

COM IDEIAÇÃO SUICIDA

(Enforcamento, arma de fogo,
arma branca, precipitação lugar
elevado ou veículo em
movimento e outros)

SEM IDEIAÇÃO SUICIDA
(cutting e autonegligência)

TENTATIVA DE SUICÍDIO

- Orientar a família sobre cuidados e proteção;
- Encaminhar para Unidade regional de Saúde do território; paciente será liberado da UPA com encaminhamento para o serviço de referência;
- *Preenchimento de prontuário mais completo possível com descrição do relato do paciente, da anatomia das lesões e atualização dos dados de endereço e telefone;
- Avaliar necessidade de internação em leito de saúde mental ou encaminhamento para avaliação em pronto socorro psiquiátrico

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO TERRITÓRIO DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA:

- Fazer busca ativa de usuários com notificação de violência pelos parceiros e/ou urgência e emergência
- Monitorar os casos até a alta de todos os serviços de saúde e monitorar a situação de violência/vulnerabilidade (principalmente crianças, adolescentes, mulheres e idosos).



VIGILÂNCIA SAÚDE DO TRABALHADOR

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compõe a Política Nacional de Vigilância em Saúde e compreende todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho (formal ou informal), de seu vínculo empregatício (público ou privado), assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado (BRASIL, 2012).

ACIDENTE DE TRABALHO

Acidentes de trabalho são considerados causas externas, logo não naturais (Classificação Internacional de Doenças CID-10 V01 a Y98).

Podem ocorrer no ambiente de trabalho durante o exercício do trabalho (Típico), no trajeto entre residência e trabalho e vice e versa (Trajeto).

Podem provocar lesão corporal, perturbação funcional ou dano material. Além de resultar em perda, redução temporária, ou permanente da capacidade de trabalho e até a morte.

Também são considerados acidentes de trabalho as agressões e violências ocorridas no ambiente de trabalho ou no trajeto: agressões verbais, assédio moral, assédio sexual, agressões físicas, suicídios e homicídios (ESPÍRITO SANTO, 2023).

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Acidentes e agravos relacionados ao trabalho são de notificação compulsória desde 2004 e as fichas estão disponíveis no e-SUS VS. A responsabilidade de notificação é do serviço de saúde que está atendendo o paciente naquele momento(ESPÍRITO SANTO, 2023).

Nas fichas de **Intoxicação Exógena** e de **Acidente por Animal Peçonhento**, o campo nº 56 deve ser preenchido indicando se o caso foi decorrente do trabalho. Se confirmado, registre a descrição da exposição/acidente no campo de observação. **Não é necessário** notificar na ficha de Acidente de Trabalho.

NOTIFICAR EM DUAS FICHAS QUANDO:

Acidente de trabalho por causa violenta → ficha DRT + ficha de violência.

Acidente de trabalho com exposição a material biológico por agressão animal → ficha DRT + ficha de atendimento antirrábico.

Exposição a material biológico com patologia de notificação compulsória → ficha DRT + ficha da doença (ex.: hepatite).

ACIDENTE COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

Pode acontecer com qualquer trabalhador e envolve contato direto ou indireto com material biológico (humano ou animal) potencialmente contaminado. A exposição pode ocorrer por objetos perfurocortantes ou não.

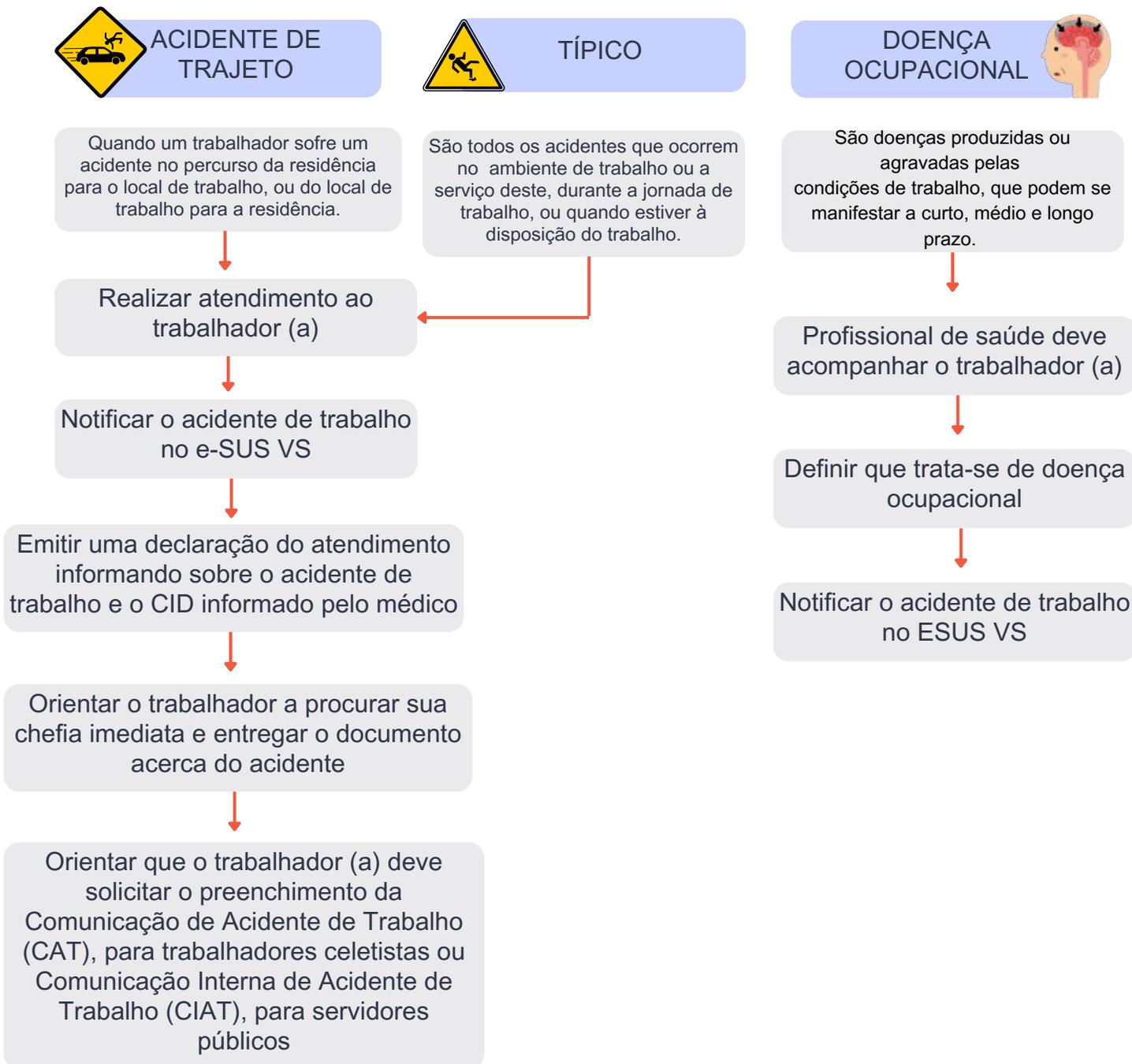
Em casos de acidente, o profissional deve:

1. Realizar o primeiro atendimento;
2. Encaminhar o trabalhador para a UPA de Carapina, Serra Sede ou Castelândia, seguindo o protocolo em anexo.

🔍 **Atenção:** Notificar apenas casos confirmados de acidentes ou agravos relacionados ao trabalho.



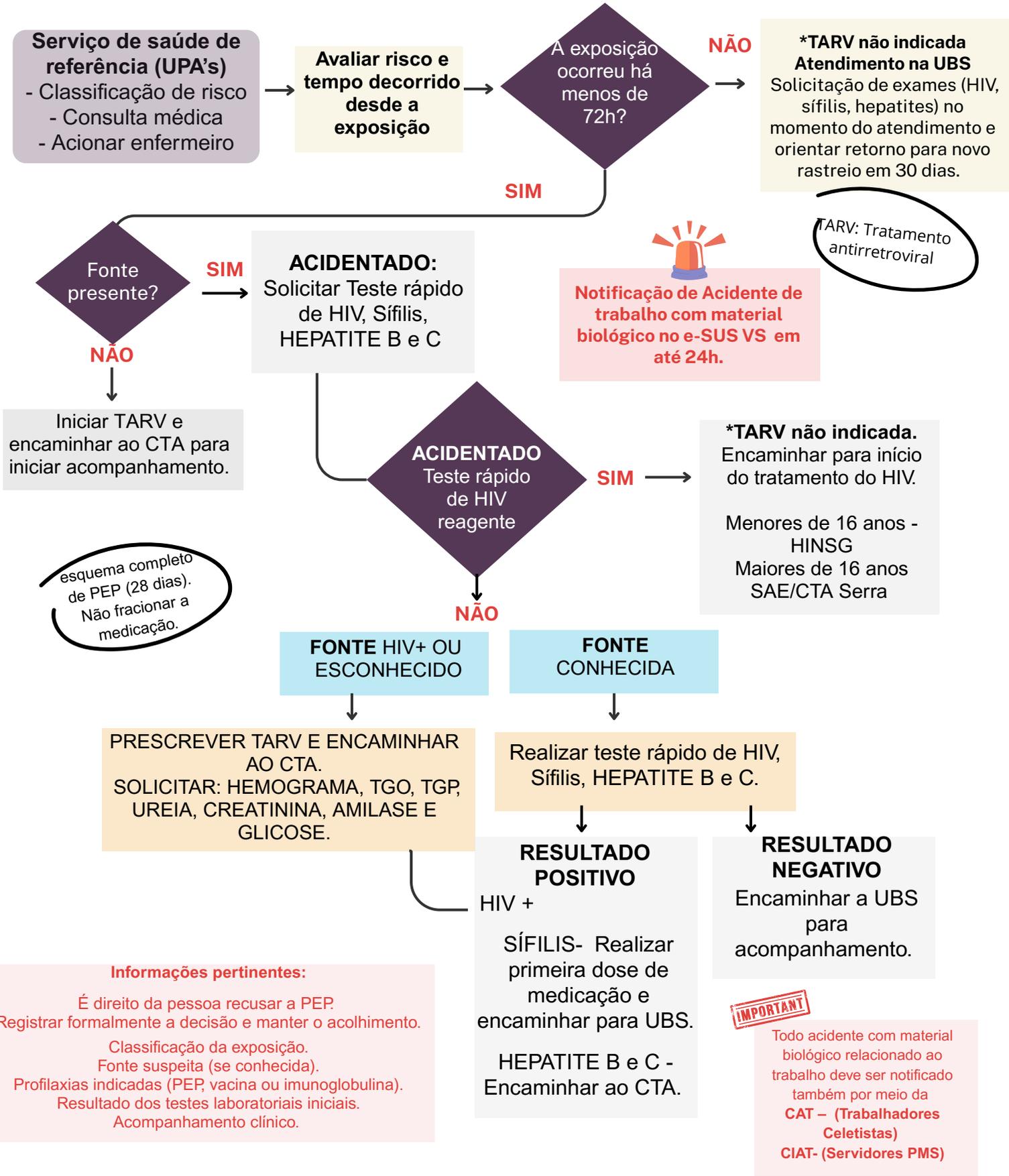
FLUXOGRAMA DA VIGILÂNCIA SAÚDE DO TRABALHADOR



Vigilância Epidemiológica Municipal da Serra e-mail: vig.sd.trabalhador@serra.es.gov.br
Telefone durante a semana: 3252-9520;
Telefone Plantão finais de semana e feriados: 98166-1035



FLUXOGRAMA PARA AVALIAÇÃO DE INDICAÇÃO DE PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) ACIDENTE MATERIAL BIOLÓGICO





SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

- **ESUS VS**
- **GAL**
- **SINASC**
- **SIM**

ESUS VS

SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO

O e- SUS VS é atualmente o sistema estadual de notificação e investigação das doenças e agravos que constam da lista nacional de notificação compulsória. Seu uso é de forma descentralizada, contribuindo para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso ao sistema on-line, o que trouxe agilidade no conhecimento dos casos registrados e conseqüentemente nas tomadas de decisões e encaminhamentos referente a saúde pública. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

O que a senha de Profissional de saúde da acesso?

- É o perfil padrão dedicado aos notificadores;
- Notifica todos os agravos definidos no cadastro;
- Notifica apenas na unidade de saúde que trabalha;
- Atualiza as suas próprias notificações;
- Atualiza notificações de pacientes que residem em seu município onde trabalha que tenham sido inseridas por outro município;
- Neste perfil é possível notificar: um agravo, surto, epizootia, notificação negativa;

Como solicitar senha?

O gerente da unidade/ serviço de saúde deverá solicitar através do email oficial da unidade para: sinan.sesa@serra.es.gov.br, solicitando senha de acesso ao sistema ESUS-VS.

O e-mail deverá conter os seguintes dados:

- Nome completo:
- CPF:
- N° cartão SUS:
- e-Mail:
- Telefone:
- Categoria profissional:
- Local de Lotação:

O 1º acesso

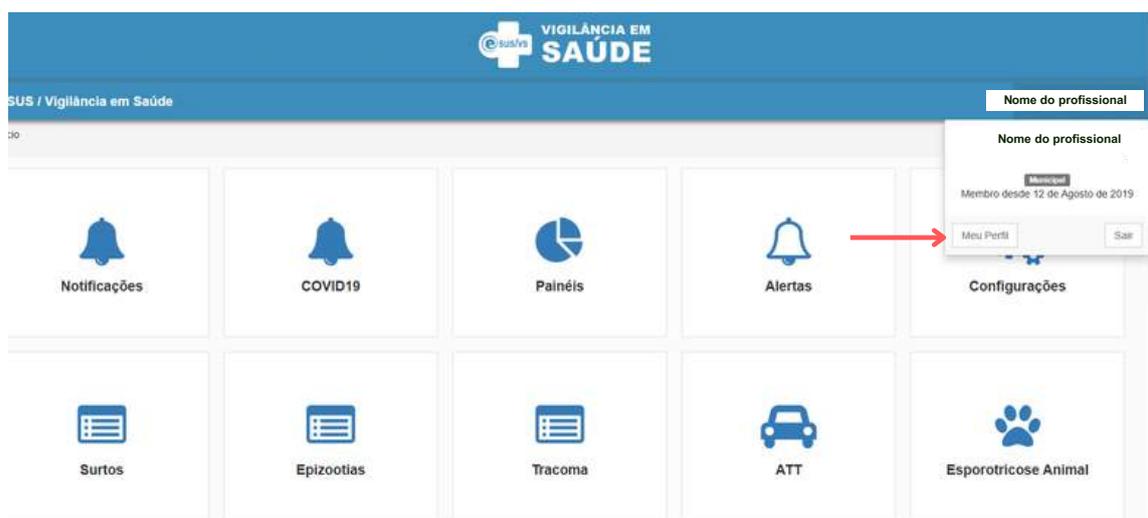
Para fazer login no sistema acesse: www.esusvs.saude.es.gov.br.

Todos os acessos possuem um cadastro padrão que deverá ser trocado após 1º acesso.

Login: Usuário: nº do CPF e Senha: 12345678



Trocar a senha em: Meu perfil.

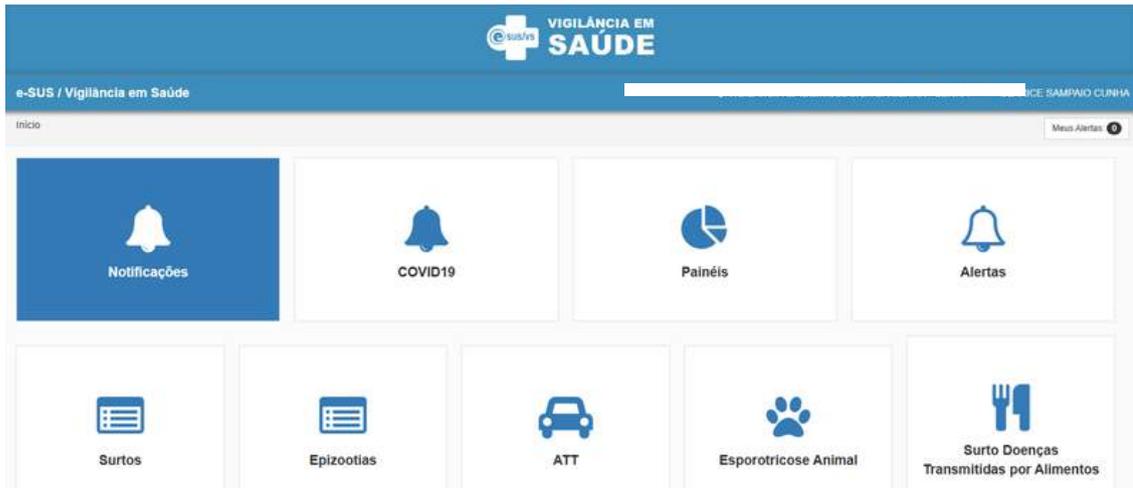


Realizando uma notificação:

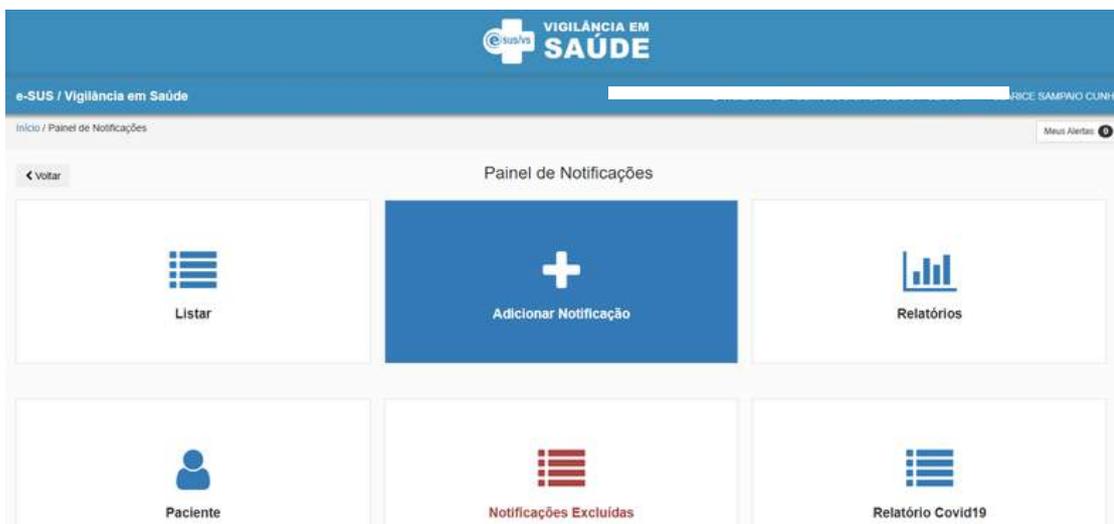
- Selecione a Unidade de saúde que gostaria de acessar:



- Clique na aba notificações:



- Adicionar notificação



- Ao clicar em notificações escolha o agravo a ser notificado



Inicie a sua notificação:

A ficha é um importante instrumento de Vigilância Epidemiológica e de gestão pública, é através das notificações que todas as ações são planejadas em nível municipal, estadual e nacional.

O notificador é um integrante fundamental para o início do cuidado ao paciente, até à transformações das políticas do SUS.

Enquanto instrumento de investigação da doença, quanto mais precisa a informação melhor será para todos os envolvidos.

Exemplos: ao realizamos busca ativa do paciente, precisamos do endereço e telefone atualizado; casos de violência quanto maior detalhes do caso mais agilidade no atendimento da vítima na rede, endereços corretos nas notificações de dengue geram ações de combate ao vetor pela Vigilância Ambiental, preenchimento do tratamento na ficha de atendimento antirrábico agiliza a solicitação de soro. Todas as notificações tem sua função.

Então como fazer? Preencha os campos com **ATENÇÃO!**

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

e-SUS / Vigilância em Saúde

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DA SERRA - SERRA - CLARICE SAMPAIO CUNHA

Início / Painel de Notificações / Nova Notificação de Dengue

Notificação Compulsória
A90 - Dengue

CASO SUSPEITO: Paciente com febre com duração máxima de 7 dias, acompanhada de pelo menos 2 dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração, exantema e com exposição à área com transmissão de dengue ou com presença de *Aedes aegypti* nos últimos quinze dias.

Dados Gerais

Tipo Notificação * 2 - Individual

Tipo de Doença/Agravado A90 - Dengue

Data Notificação * dd/mm/yyyy

UF * ES - Espírito Santo

Município * SERRA

Unidade de Saúde * VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DA SERRA

Data do diagnóstico / Primeiros Sintomas / Ocorrência * dd/mm/yyyy

Data igual ou inferior ao campo 3

Notificação Individual

Busca pelo CNS/CPF * [Campo de texto] **Buscar**

Digite o CPF ou cartão SUS e clique em Buscar

Nome * [Campo de texto]

Data Nascimento * Seleccione a data

- Campos com **barra vertical vermelha (!)** são de preenchimento obrigatório
- Tenha em mãos o cartão SUS ou o CPF do paciente, escreva o número deste e clique na opção buscar.

Notificação Individual

Busca pelo CNS/CPF * [Campo de texto] **Buscar**

Digite o CPF ou cartão SUS e clique em Buscar

- O sistema preencherá de forma automática nome e dados do paciente como sexo, data de nascimento e idade, nome da mãe.
- **Não é possível notificar um agravo sem o CPF ou nº do Cartão SUS do paciente.**
- A seguir preencha todos os itens da ficha de notificação.

Lembrando que tudo que o profissional não colocar na ficha, mas entender que é importante para o entendimento do caso, deve ser colocado no campo de Observação.

The image shows a screenshot of a web form. At the top left, there is a small tab labeled 'Observações' with a minus sign, circled in red. Below it is a large, empty rectangular text area. At the bottom right of the text area, there is a green button with the text 'Salvar' and a small icon, also circled in red.

Exemplo notificações de violência: é de extrema importância um resumo da história na observação para os devidos encaminhamentos para os conselhos de direito.

Ao final do preenchimento da ficha clique no botão **VERDE SALVAR**.

Pronto, sua notificação já estará no banco de dados estadual!

LISTAR / ATUALIZAR AS FICHAS DOS PACIENTES NOTIFICADOS NA UNIDADE DE SAÚDE OU REFERENCIADOS PARA A UNIDADE DE SAÚDE.

Essa função é de extrema importância para o acompanhamento dos casos notificados. A unidade/ profissional de saúde poderá acessar tanto as notificações realizadas pelo serviço lotado, quanto por outros locais que atenderam o residente do bairro da Unidade.

Dessa forma, a unidade de saúde consegue acompanhar em tempo real todos os agravos registrados.

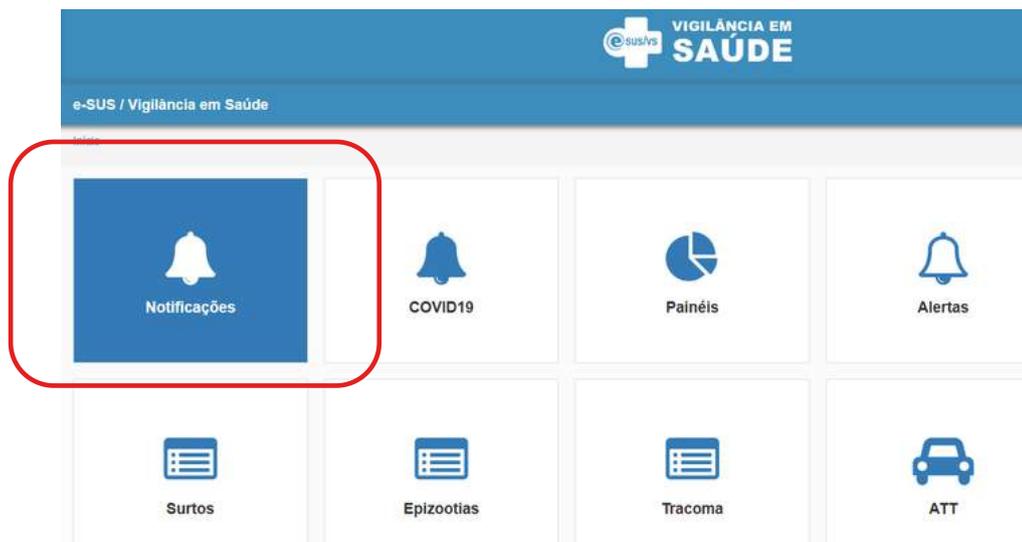
Exemplo: sífilis congênita notificada pelo Hospital Materno que a unidade ainda não tinha conhecimento;

Atendimento antirrábico realizado pela UPA que precisa dar continuidade ao tratamento na unidade de saúde;

Caso de tuberculose atendido no Hospital Jayme Santos Neves que ainda não iniciou o tratamento no território.

Então como fazer essa busca das notificações?

Procurando um agravo já notificado:



Clique em listar:



Procurando um agravo já notificado:

- Por nome;
- Por número da notificação;
- Por data;
- Por município do paciente;
- Por unidade notificadora;
- Por CPF;
- Por número do cartão SUS;
- Por município da unidade de saúde notificadora;
- Pelo nome do notificador.

E na sequência clique em filtrar notificação

Lista de Notificações

6039217
Total de Notificações

Listar

0
Minha Unidade de Saúde

Listar

157
Minhas Notificações

Listar

Filtros

Criado em
Selecione a data

Até
Selecione a data

Notificado em:
Selecione a data

Até
Selecione a data

Diagnosticado em:
Selecione a data

Até
Selecione a data

Alterado em:
Selecione a data

Até
Selecione a data

Nº Notif.

Agravos
Por favor selecione

Unid. Saúde Notificadora
Selecione a opção

Cartão SUS Paciente

CPF Paciente

Nome Paciente

Município Paciente
Selecione a opção

Notificador
Selecione a opção

Município Unidade Notificadora
Selecione a opção

Filtrar Notificações
Limpar Filtros

A sugestão é que essa busca seja realizada diariamente para ter conhecimento de um todos quanto aos casos de agravos / doenças do território que a unidade de saúde atende.

Referência Municipal do Sistema e-SUS-VS

GAL

GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL (GAL)

O Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL gerencia processos de análises laboratoriais de amostras biológicas humanas, ambiental e animal.

Requisição de análise de exames laboratoriais dos usuários, pelos profissionais e atendimentos nos postos de saúde do SUS;

Quem usa o Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL?

As Unidades de Saúde, Gestores municipais e estaduais e outras pessoas definidas pelos Gestores que tenham interesse em obter informações de atendimentos laboratoriais de saúde do município poderão utilizar o Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL.

A solicitação de acesso deverá ser realizada através do e-mail oficial da instituição requisitante direto para o e-mail: sinan.sesa@serra.es.gov.br, com o envio do Termo de confidencialidade (ANEXO)

Acesso ao Sistema: <https://gal.lacen.es.gov.br/gal/>

Área Restrita

GAL
Gerenciador de Ambiente Laboratorial

Servidor: gal.lacen.es.gov.br
Versão: 2.23.1
Reg. INPI: 09.382-1
Cliente: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/130.0.0.0 Safari/537.36

"Este Programa encontra-se protegido contra a utilização não autorizada, conforme preceitua a Lei nº 9.609, de 19 de fevereiro de 1998, regulamentada"

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Laboratório

Usuário:

Senha:

Módulo: Seleccione o Módulo

Laboratorio:

Entrar Limpar

Administrador

Usuário:

Senha:

Entrar Limpar

ATENÇÃO:

A senha é pessoal e não deverá ser compartilhada!

Digite o nome do Usuário e senha, cadastrados na Aplicação Laboratório.

Área Restrita

GAL
Gerenciador de Ambiente Laboratorial

Servidor: gal.lacen.es.gov.br
Versão: 2.23.1
Reg. INPI: 09.382-1
Cliente: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/130.0.0.0 Safari/537.36

"Este Programa encontra-se protegido contra a utilização não autorizada, conforme preceitua a Lei nº 9.609, de 19 de fevereiro de 1998, regulamentada"

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Laboratório

Usuário:
Senha:
Módulo: Seleção o Módulo ▼
Laboratório:

Entrar Limpar

Administrador

Usuário:
Senha:

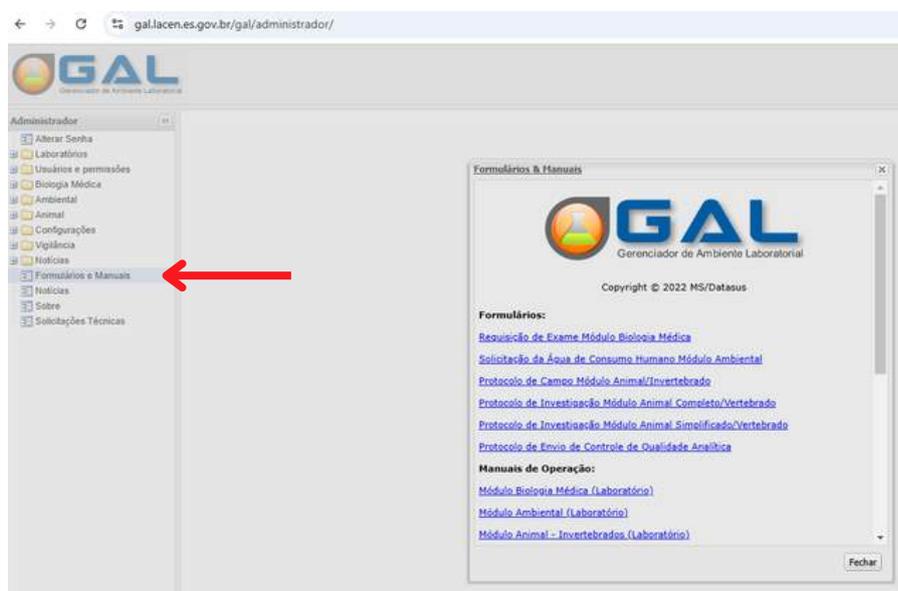
Entrar Limpar

- Selecione o laboratório que usuário tem acesso - Módulo Biologia Médica;
- Clique em ENTRAR ou LIMPAR para acessar a aplicação ou apagar dados digitados, respectivamente; ·
- Para abandonar a tela clique em no alto à direita do seu Browser.
- Saída do sistema NOTA: Clique em , abaixo à direita do browser, para sair do sistema.

O usuário deve logar no sistema acessando na Aplicação:

Laboratório, informando o nome do usuário e senha, nome do módulo “Biologia Médico Humana” e nome do laboratório.

Todas as outras orientações podem ser encontradas dentro do sistema no campo Formulários e Manuais.





Nome completo: _____

CPF: _____ Telefone: (____) _____

e-mail: _____

Cargo/função: _____ N° Funcional: _____

Conselho de Classe/Matrícula (se aplicável): _____

Nome da Instituição: SEMUS SERRA/LCM SERRA

Em atendimento aos dispositivos legais brasileiros, assumo o compromisso de manter confidencialidade sobre todas as informações técnicas e pessoais do sistema a que tenho acesso (marcar o sistema):

- Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)
- Harpya
- SISCEL

Estando ciente e de acordo com as obrigações de atendimento às diretrizes estabelecidas pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (Lacen/ES) na utilização do sistema:

- a) Tratar com estrita confidencialidade toda informação, documentada ou não, recebida por mim no desempenho de minhas funções, e não divulgar as informações fornecidas pelo sistema do Lacen/ES a qualquer pessoa ou organização que não seja o titular dos dados ou solicitante da análise ou autoridade sanitária (em cumprimento a determinação legal), e em não usar estas informações para obter qualquer tipo de vantagem.
- b) Manter toda a documentação disponibilizada pelo sistema de forma segura;
- c) Não produzir cópias, fotografias e transferir quaisquer documentos extraídos do sistema e/ou informações confidenciais do Lacen/ES e dos pacientes/empresas para parte não autorizada.
- d) Não agir de maneira prejudicial à imagem ou aos interesses do Lacen/ES.
- e) Zelar pela senha recebida para utilizar o sistema, visto que é pessoal e intransferível.
- f) Cooperar com os procedimentos de investigação na eventualidade de qualquer desvio dos requisitos estabelecidos neste documento.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções administrativas, cíveis e penais que poderão advir a qualquer tempo, mantendo sigilo absoluto quanto aos dados e informações contidas no sistema, utilizando-os exclusivamente para o propósito das atividades relacionadas ao bom andamento das finalidades precípua do Lacen/ES, da vigilância em saúde e da assistência médica ao paciente.

Data, ____ de _____ de _____.

Assinatura

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDO VIVOS

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado oficialmente a partir de 1990 pelo Ministério da Saúde. O SINASC permite coletar dados sobre os nascimentos e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde. O Sistema possibilita a construção de indicadores úteis para o planejamento e gestão dos serviços de saúde, principalmente relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do SUS, contribuindo para efetiva melhoria da saúde da população.

O formulário de Declaração de Nascidos Vivos (DNV), é um documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados epidemiológicos sobre nascidos vivos, considerado como o documento hábil para a lavratura da Certidão de Nascimento pelos Cartórios do Registro Civil.

A emissão de DNV é de competência de profissionais das Maternidades previamente cadastradas no SINASC. Para o preenchimento da DNV, devem ser privilegiadas as informações prestadas pela (o) parturiente, pelos profissionais de saúde que prestarão assistência, e aquelas constantes nos documentos disponíveis, como prontuários, caderneta da gestante e anotações pertinentes.

Em partos domiciliares assistidos por profissionais, o preenchimento da DNV será realizado pelo profissional que assistiu ao parto. Para isso, o profissional, previamente cadastrado no SINASC municipal, deverá dirigir-se a Secretária de Municipal de Saúde de Serra portando documentação de registro no conselho profissional, comprovante de residência recente e dados da parturiente constantes nos documentos disponíveis, como prontuários, caderneta da gestante e anotações pertinentes.

Os partos ocorridos em estabelecimentos de saúde que não são cadastrados como maternidade, não dispõem de DNV. Sendo assim, em partos ocorridos nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Gerais (Sem Maternidade), a DNV deverá ser emitida pela maternidade que realizará a assistência após o parto. Para partos domiciliares sem acompanhamento profissional, a parturiente e a criança deverão ser encaminhados à maternidade mais próxima para assistência pós parto e emissão da DNV.

A DNV deve ser emitida para todo nascimento com vida, independente do tempo de vida, da duração da gestação, do peso e da estatura do recém-nascido.

Na ocorrência de extravio ou dano da declaração de nascido vivo, a parturiente ou responsável deverá realizar boletim de ocorrência relatando o acontecido. O B.O deverá ser apresentado no serviço de saúde de nascimento para emissão de nova declaração de nascido vivo.

No caso de nascidos vivos na extinta Maternidade Coronel Leoncio Vieira de Rezende (Maternidade de Carapina), a DNV deverá ser solicitada a Vigilância Epidemiológica/SINASC por:

- PROTOCOLO: <https://prefeiturasempapel.serra.es.gov.br> com os dados NOME DA MÃE, DATA DE NASCIMENTO DA MÃE, DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA, SERVIÇO DE SAÚDE DE NASCIMENTO DA CRIANÇA e ANEXAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA. A segunda via será disponibilizada no processo eletrônico.
- e-mail: sim.sinasc.sesa@serra.es.gov com os dados NOME DA MÃE, DATA DE NASCIMENTO DA MÃE, DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA , SERVIÇO DE SAÚDE DE NASCIMENTO DA CRIANÇA e ANEXAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA. Informar número de telefone para agendamento de retirada da segunda via no setor SINAS/V.E/SESA.

A emissão indevida ou extravio da DO e/ou DNV, quando conhecida, deve ser denunciada aos órgãos competentes pela instância que tinha a sua guarda. A partir disso, será comunicado a todas as instâncias competentes sobre o ocorrido.



FLUXO DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

SOLICITAÇÃO DNV SINASC/VE/SESA/SERRA

SERVIÇO DE SAÚDE NOTIFICADOR

NASCIMENTO EMISSÃO DNV

1ª VIA
BRANCA

2º VIA
AMARELA

3º VIA
ROSA

SINASC/VE/SESA Realiza a conferência da sequência numérica e recolhe a DNV no Serviço de Saúde Notificador *

Parturiente ou responsável legal
-> Registro Cartório

Prontuário da Parturiente
Serviço de Saúde Notificador

Atualizado em fevereiro 2025

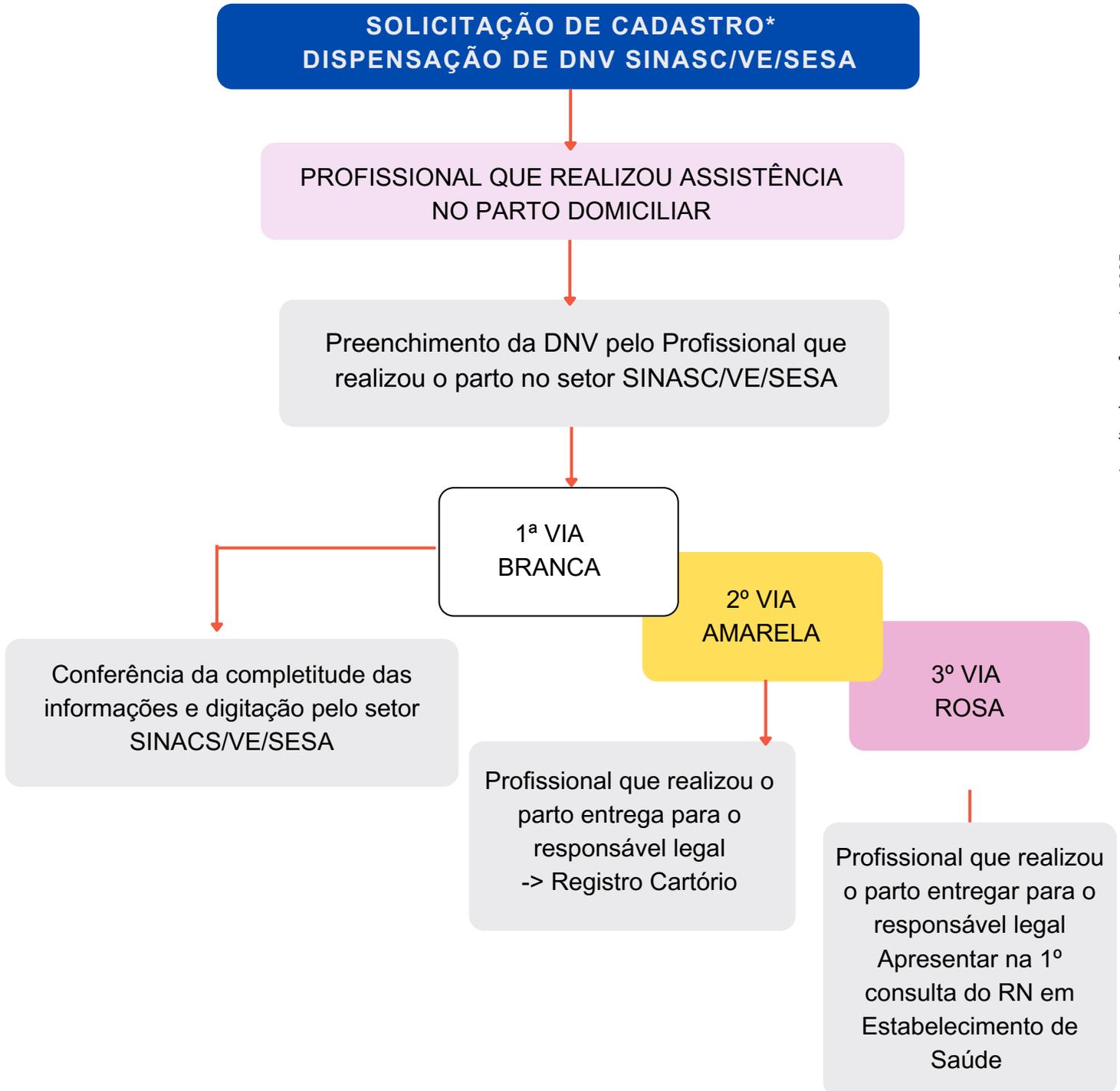
*As DNVs recolhidas deverão corresponder a sequência numérica dispensada pela SESA. O serviço notificador é responsável pela guarda e controle das DNVs. Será obrigatório o registro de boletim de ocorrência no caso de extravio de DN.

E-mail: sim.sinasc.sesa@serra.es.gov.br / Contato: (27) 3252-9520

Retirar no setor após 24h do pedido.



FLUXO DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS PARTO DOMICILIAR



*As DNVs recolhidas deverão corresponder a sequência numérica dispensada pela SESA. O serviço notificador é responsável pela guarda e controle das DNVs. Será obrigatório o registro de boletim de ocorrência no caso de extravio de DNV.

E-mail: sim.sinasc.sesa@serra.es.gov.br / Contato: (27) 3252-9520
Retirar com horário agendado.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE

O Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM) foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1975. O SIM possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde em todos os níveis de atenção do SUS, contribuindo, assim para efetiva melhoria da saúde da população.

O formulário de Declaração de Óbito (DO), é documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, sendo o documento hábil para a lavratura da Certidão de Óbito pelos Cartórios do Registro Civil. A DO é distribuída pelo SIM aos serviços de saúde notificadores (Hospitais, UPAs e Home Care) localizados no município de Serra.

A emissão da DO é de competência do médico assistente, ou substituto, excetuando-se apenas os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, quando a responsabilidade por este ato é atribuída ao médico legista ou equivalente. **O preenchimento da DO é um ato médico**, portanto, os dados informados em todos os campos da DO são de responsabilidade do médico que atestou a morte, cabendo ao atestante preencher pessoalmente e revisar o documento antes de assiná-lo.

A emissão da DO do paciente internado sob regime hospitalar/UPA e/ou “Home Care” deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua ausência ou impedimento, pelo médico substituto, independente do tempo decorrido entre a admissão ou internação e o óbito. Nos óbitos por causas naturais e sem evidências e/ou suspeitas de violência, em que não foi possível definir a causa do óbito, o falecido poderá ser encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO) para confirmação das causas do óbito e emissão da DO. Já nas mortes por causas não naturais ou suspeita de causas externas (violência, acidente, queda, etc), o falecido deverá ser obrigatoriamente encaminhado ao Instituto Medico Legal para definição das causas do óbito e emissão da DO.

Na ocorrência de óbitos em domicílio, nos quais o paciente era assistido por serviços de “Home Care”, a DO deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência. As DOs emitidas por empresas de “Home Care” serão dispensadas a elas conforme o município de localização da empresa.

Para óbitos por causas naturais, ocorridos em domicílios no município de Serra, em que o falecido recebia assistência médica, esse profissional poderá emitir a DO Domiciliar. Esse documento deverá ser preenchido na UPA Serra 24 horas. Para isso, o médico deverá apresentar sua identificação profissional, um comprovante de residência recente e preencher o termo de responsabilidade, datar, carimbar e assinar os documentos.

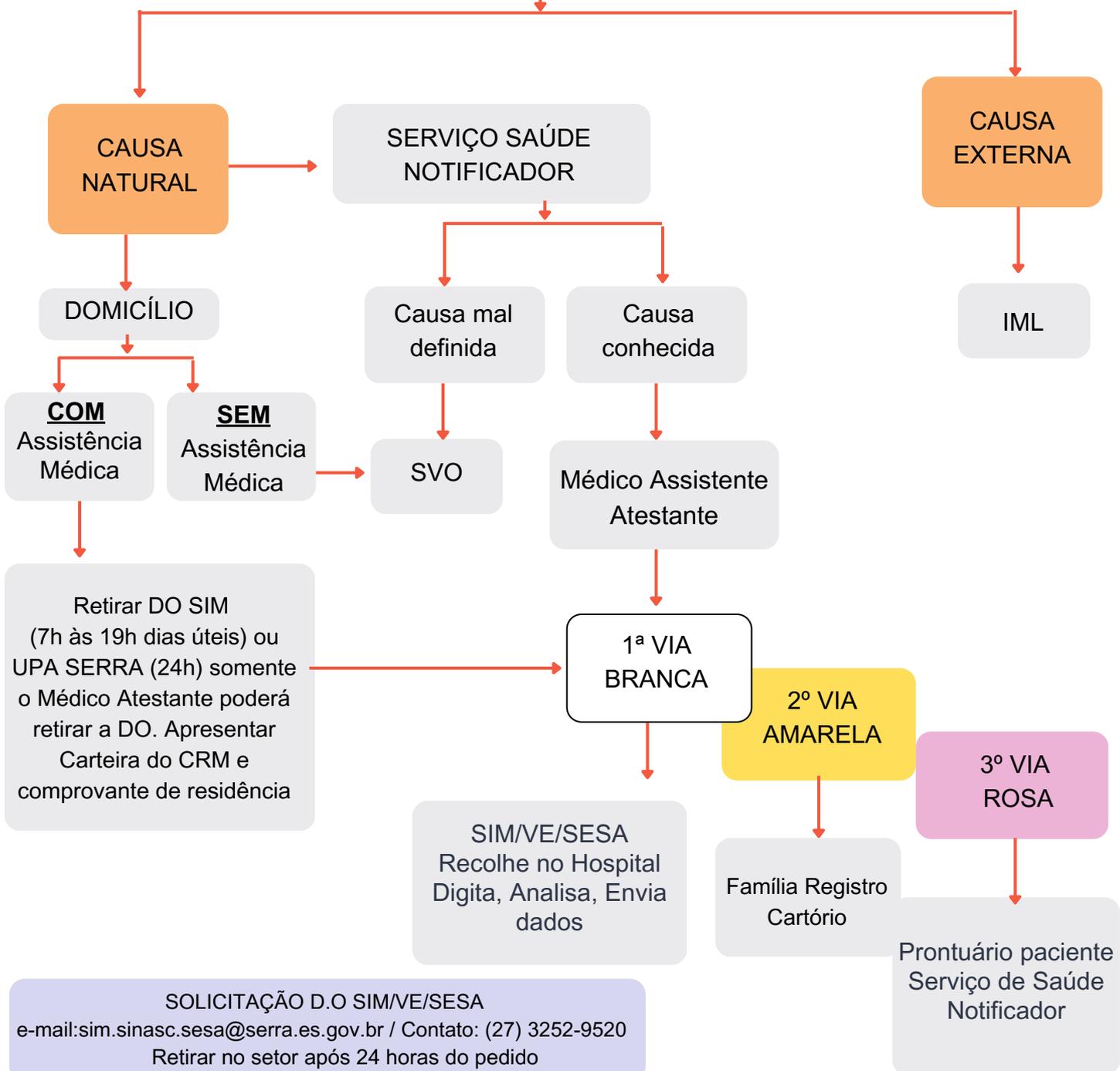


FLUXO DECLARAÇÃO DE ÓBITOS

SOLICITAÇÃO DO SIM/VE/SESA

ÓBITO
SERVIÇO DE SAÚDE NOTIFICADOR

Atualizado em fevereiro 2025

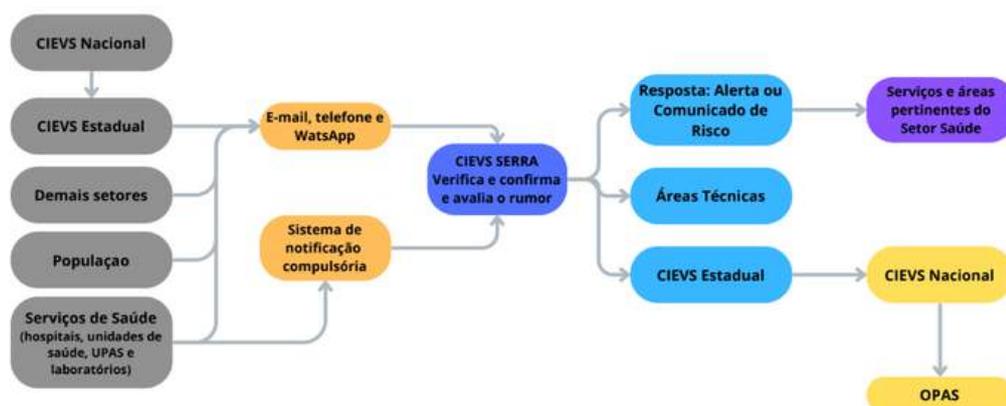


CIEVS

O CIEVS Serra- Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde, compõe uma Rede de unidades de inteligência epidemiológica para detecção, verificação, avaliação, monitoramento e comunicação de risco imediata, de potenciais Emergências em Saúde Pública de Importância Municipal, Estadual, Nacional e Internacional (ESPII).

A Serra foi contemplada com a unidade CIEVS em 29 de setembro de 2020, através da Portaria no 30, por se tratar de um município estratégico, tendo mais de 500 mil habitantes, possuir uma extensa área litorânea, potencial turístico, grandes zonas rurais e crescente polo industrial do Estado do Espírito Santo.

1-Fluxograma de comunicação do CIEVS Serra/ES



Atualmente a unidade é responsável por todos os eventos relacionados às ESPIIs, e por algumas doenças e agravos como Monkeypox, Botulismo, surtos, apoio às referências técnicas e atua como Ponto Focal do Vigidesastre e dos eventos emergenciais relacionados à saúde pública.

Trabalhamos também em regime de plantão e podemos ser acionados no:
Telefone/whatsapp: 27 98166-1450 e e-mail: cievs.serra-es@serra.es.gov.br

COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL

O Comitê de Estudo da Mortalidade Materno-Infantil (CMMI) tem caráter institucional e multidisciplinar, atuando com características técnico-científicas, sigilosas, não coercitivas, com função eminentemente educativa. O CMMI tem como objetivo monitorar os óbitos maternos e infantis na Serra, dando maior veracidade aos dados estatísticos, aumentando a completude e a qualidade dos dados epidemiológicos, além de propor medidas de intervenção para mitigar a ocorrência dos óbitos.

Óbitos de mulheres em idade fértil são aqueles ocorridos na faixa etária de 10 a 49 anos. Óbitos maternos são aqueles que ocorrem em mulheres durante a gravidez ou puerpério, causada por complicações relacionadas à gravidez, que não sejam acidentais. A morte materna é um evento que deve ser notificado obrigatoriamente. São denominados óbitos infantis, aqueles ocorridos em menores de 1 anos de vida. Também fazem parte das investigações do CMMI os óbitos fetais (óbitos que ocorrem antes do nascimento).

As atividades do CMMI transcorrem a partir da busca de prontuário nas instituições hospitalares; ambulatoriais, visitas domiciliares, solicitação de laudos do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), laudos do Departamento Médico-Legal (DML), consulta a sistemas de informação da saúde (GAL, e-SUS VS, SIM, SINASC, SI-PNI, VACINA E CONFIA, ETC). Os resultados dessas buscas contribuem para envolver e sensibilizar os gestores e os profissionais de saúde sobre a importância da mortalidade materno infantil, e auxilia na tomada de decisões.

PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO



- SALA DE VACINA
- ESUS NOTIFICA
- ESAVI
- DOSE SUPERVISIONADA

SALA DE VACINAÇÃO



A sala de vacinação é classificada como área semicrítica e, consideradas as características relacionadas, este ambiente deve ser destinado exclusivamente à administração dos imunobiológicos.

Além disso, é necessário cumprir as especificidades e condições em relação ao ambiente e às instalações, conforme Manual de Normas e Procedimentos para vacinação, 2024.

Equipe e funções em serviços de vacinação

O enfermeiro é o responsável pela supervisão e o desenvolvimento das atividades da sala de imunização. Todo serviço de saúde precisa ter 1 profissional designado para exercer tal função, que deve estar apto a conduzir e orientar sua equipe, constituída por técnico ou auxiliar de enfermagem, além do envolvimento e apoio de toda equipe que presta a assistência na Atenção Básica.

O dimensionamento da equipe que atua diretamente na sala de vacinação deverá ser realizado com base na produção anual da sala de vacinação e pelo tempo médio da ação de administração de imunobiológicos (desde a triagem aos cuidados pós-administração). Considerando o dimensionamento de cada equipe a especificidade e a complexidade das atividades de imunização, bem como das demais atividades realizadas nas unidades de saúde, defini-se a necessidade de profissionais capacitados à imunização e que atuem exclusivamente na sala de vacina, durante o desenvolvimento desta atividade, evitando contaminação cruzada e risco de infecção relacionada à assistência à saúde e de exposição da integridade e qualidade dos insumos manuseados, em atenção às normativas referentes à segurança do paciente.

Vacinação e Atenção Primária

No contexto da vacinação, a participação das equipes de Atenção Primária à Saúde é primordial para a prevenção de doenças e agravos com o propósito de controlar, erradicar e eliminar as doenças imunopreveníveis. Para garantir o aumento das coberturas vacinais, o processo de trabalho na Atenção Primária se organiza considerando os “10 passos para ampliação das coberturas vacinais”.

10 passos para ampliação das coberturas vacinais



1. Manter as salas de vacinação abertas durante todo o horário de funcionamento da unidade de saúde.
2. Evitar barreiras de acesso.
3. Aproveitar as oportunidades de vacinação em consultas ou outros procedimentos na unidade.
4. Monitorar a cobertura vacinal e realizar busca ativa de usuários faltosos.
5. Garantir o registro adequado da vacinação no cartão de vacinação do usuário e nos sistemas de informação.
6. Orientar a população sobre atualização do calendário vacinal.
7. Combater qualquer informação falsa sobre vacinação.
8. Intensificar as ações de vacinação em situações de surto.
9. Promover a disponibilidade e a qualidade das vacinas ofertadas à população.
10. Garantir pessoal treinado e habilitado para vacinar durante todo o tempo de funcionamento da unidade.

Site do Programa Estadual de Imunizações para acesso aos documentos técnicos relacionados: <https://saude.es.gov.br/programa-estadual-de-imunizacoes-e-imunopreveniveis>

CADASTRO E ACESSO AO ESUS NOTIFICA

O QUE É O ESUS-NOTIFICA?

Sistema do Ministério da Saúde para notificação de EVENTOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍVEIS À VACINAÇÃO OU IMUNIZAÇÃO (ESAVI) e ERROS DE IMUNIZAÇÃO.

QUEM PODE TER ACESSO AO ESUS NOTIFICA?

Para o perfil AUTOCADASTRO todos os cidadãos podem ter acesso. Para o perfil MUNICIPAL, preferencialmente os Enfermeiros responsáveis pelo setor de imunização do serviço, ou outro profissional treinado pelo Enfermeiro para uso do sistema. Como envolve senhas e acesso ao GOV.BR, cada profissional que faça notificação, deve ter a sua própria senha para acesso, por questões de segurança.

COMO TER ACESSO AO ESUS – NOTIFICA?

Para ter acesso ao sistema de notificação, acesse o site <https://notifica.saude.gov.br/login>

COMO FAZER O CADASTRO NO ESUS NOTIFICA?

Acesse o site <https://notifica.saude.gov.br/login>

Clique no botão “Entrar com gov.br” para obter acesso ao sistema.

Ao clicar em “Entrar com gov.br”, será redirecionado para a página da plataforma gov.br. Caso o profissional já tenha uma conta na plataforma GOV, basta inserir seu CPF e senha. Caso não tenha, seguir os passos do sistema para a criação da conta no GOV.BR.

Após a realização do cadastro na plataforma, informar à Referência Técnica em imunizações do Município, responsável pelo monitoramento e acompanhamento dos ESAVI's e erros de imunização o e-mail no qual foi feito o cadastro na plataforma, para que esta possa liberar o perfil MUNICIPAL para o profissional. Este perfil será liberado para os profissionais que ficarem responsáveis pela notificação dos ESAVI's (preferencialmente o enfermeiro da sala de vacinação).



e-SUS Notifica

Utilize suas credenciais de operador para acessar o sistema.

Entrar com gov.br

COMO REALIZAR O CADASTRO NO GOV.BR?

1. Clicar no botão Entrar com gov.br;
2. Digite seu CPF para criar ou acessar sua conta gov.br;
3. Clique em Continuar



Identifique-se no gov.br com:

Numero do CPF

Digite seu CPF para criar ou acessar sua conta gov.br

CPF

Digite seu CPF

Continuar

Outras opções de identificação:

Login com seu banco

Login com QR code

Seu certificado digital

Seu certificado digital em nuvem

Está com dúvidas e precisa de ajuda?

[Termo de Uso e Aviso de Privacidade](#)

4. Marque as opções Li e estou de acordo com os termos de uso e Não sou um robô.
5. Clique em Continuar;

Vamos criar sua conta gov.br

Vai ser simples!

Vamos guiá-lo durante o processo.

Li e estou de acordo com o Termo de Uso e Aviso de Privacidade

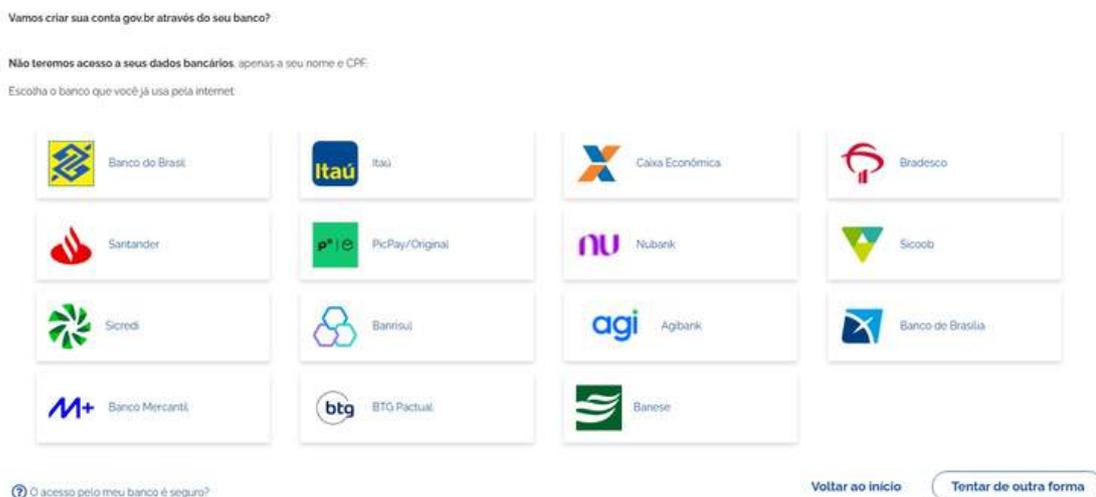
Sou humano



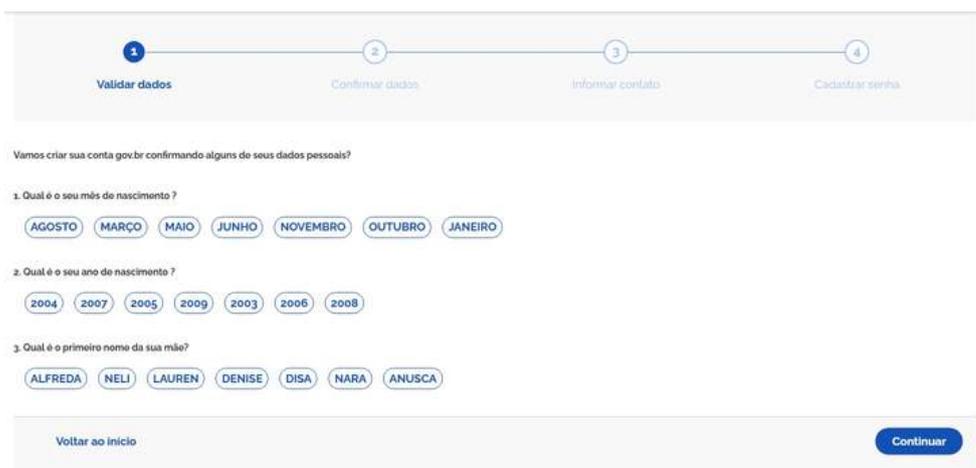
Privacidade - Termos e Condições

Continuar

6. Para criar sua conta gov.br através do seu banco, selecione o banco usado pela Internet ou clique no botão “Tentar de outra forma”. Ao optar pela opção, TENTAR DE OUTRA FORMA, o cadastro será feito pela conta de e-mail.



7. Complete as informações e clique em Continuar;



8. Clique no botão Continuar, após confirmar os dados.



9. Selecione a forma de habilitação de cadastro que desejar e clique em Continuar;

Validar dados Confirmar dados **Informar contato** Cadastar senha

Enviamos um código para ativar sua conta gov.br.
Informe um contato para recebê-lo

Por e-mail

Por telefone celular

Voltar ao início Continuar

10. Após ler a mensagem, clique no botão OK, para continuar com o seu cadastro.

Validar dados **Atenção** Cadastar senha

Enviamos um código para ativar sua conta gov.br.
Informe um contato para recebê-lo

Por e-mail

Por telefone celular

Voltar ao início Continuar

Atenção
O contato que você informar será o **contato cadastrado para sua conta gov.br**.
Ele será usado para recuperar senha, ativar a conta e confirmar outras transações. É importante que você guarde esse contato.

OK

11. Informe o código recebido via e-mail ou celular e clique em Continuar;

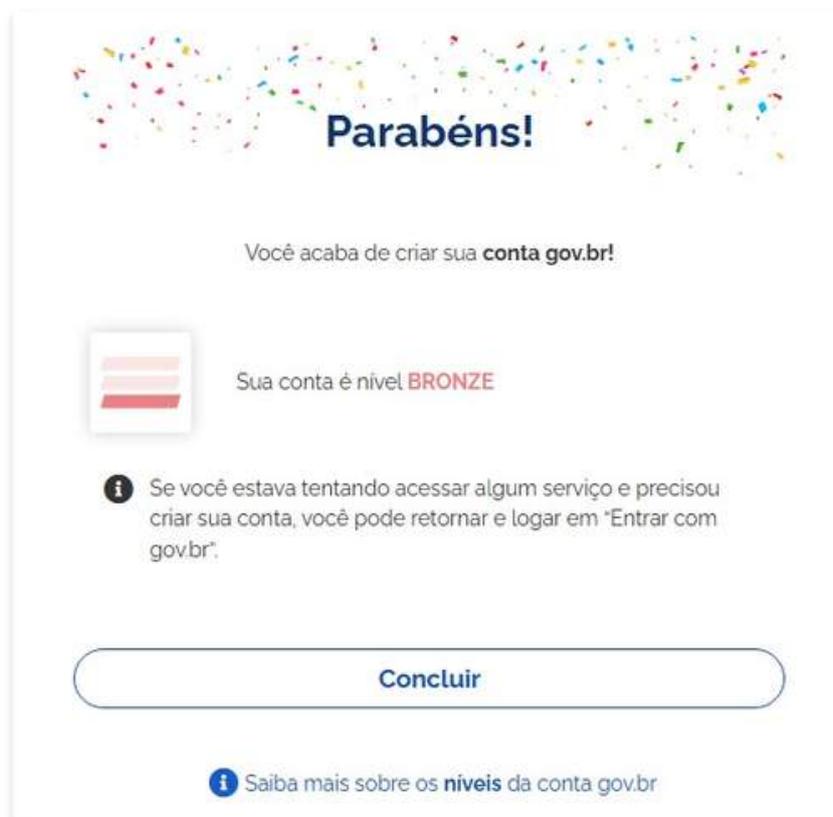
Validar dados Confirmar dados **Informar contato** Cadastar senha

Digite o código recebido em:

Não recebeu o código? [Reenviar código](#)

Voltar ao início Voltar à tela anterior Continuar

12. A conta foi criada!
o Nível da conta será de acordo com a qualidade de dados apresentados no cadastro.



COMO REALIZAR O PRIMEIRO ACESSO AO E-SUS NOTIFICA COM A VALIDAÇÃO GOV.BR

Link abaixo do tutorial de navegação e-SUS Notifica:

https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Tutorial-de-Navegacao-e-SUS-VE_16_08_21.pdf

ERRO DE IMUNIZAÇÃO

O QUE É UM ERRO DE IMUNIZAÇÃO?

Conforme o MANUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO (MS, 2021), erro de medicação é qualquer evento evitável que pode causar ou levar a um uso inapropriado de medicamentos, entre esses, todos os imunobiológicos, ou acarretar dano a um paciente, enquanto o medicamento está sob o controle de profissionais de saúde, pacientes ou consumidores. Pode estar relacionado com a prática profissional, os produtos para a saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, orientação verbal, rotulagem, embalagem e nomenclatura de produtos industrializados e manipulados, dispensação, distribuição, administração, educação, monitorização e uso.

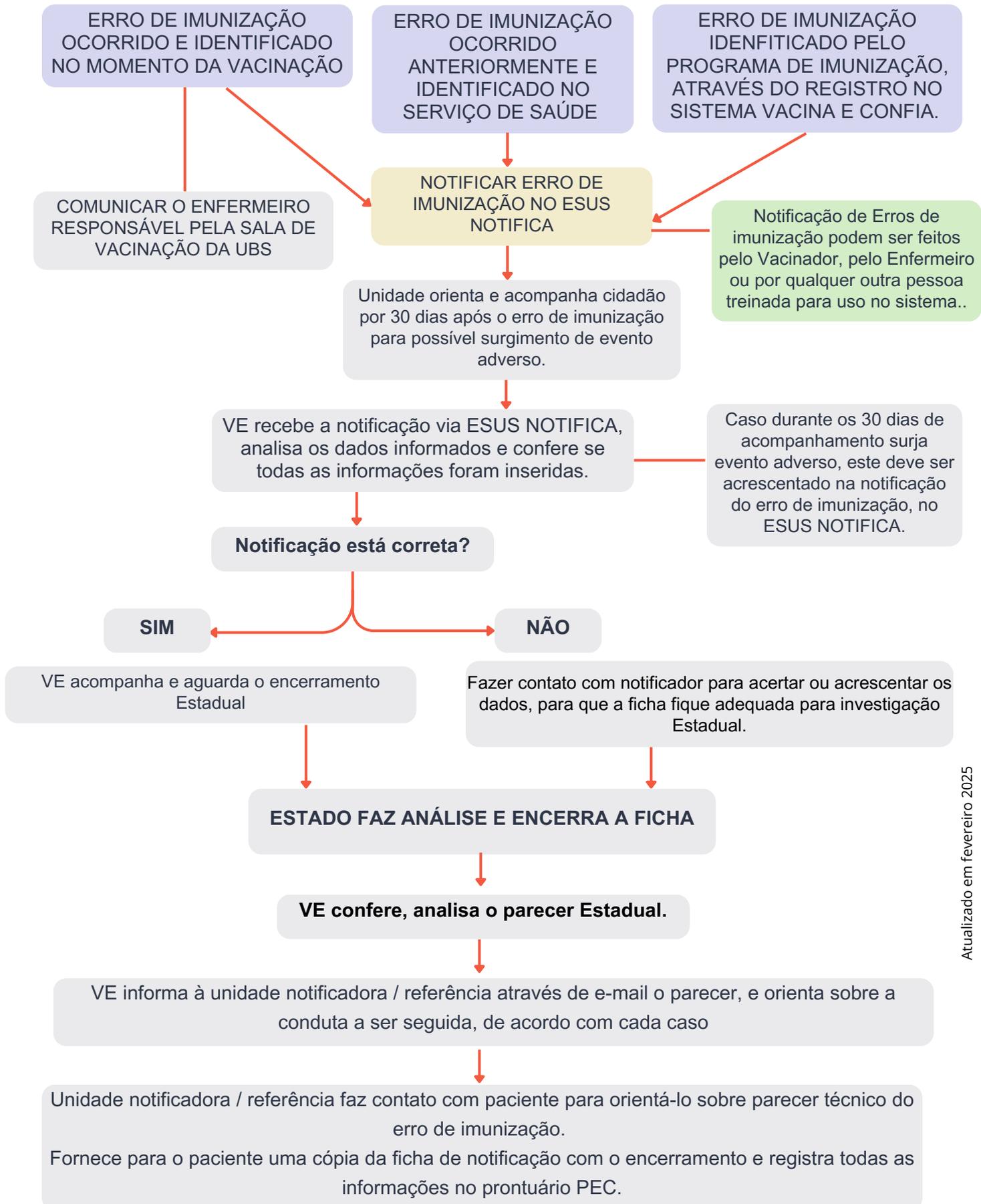
É essencial que as vacinas sejam utilizadas de acordo com suas indicações, contraindicações, dosagens, condições de armazenamento, procedimentos de reconstituição descritos em bula, entre outros. Os erros de imunização, decorrentes de atitudes ou procedimentos não cumpridos conforme estabelecidos nas normas, por si só ou em conjunto, podem causar redução ou ausência do efeito esperado e eventos adversos graves e até fatais.

É NECESSÁRIO NOTIFICAR NO ESUS NOTIFICA?

Identificado um erro de imunização, este deve ser notificado no ESUS NOTIFICA, independente do tempo ou do local que causou o erro. Esta conduta é importante para que a sala de vacina tenha respaldo e orientações adequadas para dar seguimento ou não a um esquema de vacinação.



FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO ERRO DE IMUNIZAÇÃO



EVENTOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍVEIS À VACINAÇÃO OU IMUNIZAÇÃO (ESAVI)

O QUE É UM ESAVI?

Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) são qualquer ocorrência médica indesejada após a vacinação, não possuindo necessariamente uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico (imunoglobulinas e soros heterólogos). Um ESAVI pode ser qualquer evento indesejável ou não intencional, isto é, sintoma, doença ou achado laboratorial anormal.

Eles podem ser inesperados ou esperados, tendo em vista a natureza e as características do imunobiológico, bem como o conhecimento já disponível pela experiência acumulada. Entre os eventos esperados, incluem-se aqueles relativamente comuns, como febre, dor e edema locais, ou mesmo eventos mais graves, como convulsões febris, episódio hipotônico-hiporresponsivo, anafilaxia etc.

Eventos inesperados são aqueles não identificados anteriormente, às vezes com vacinas de uso recente. Ressalta-se que muitos dos eventos são meramente associações temporais, não se devendo à aplicação das vacinas. Assim, quando eles ocorrem, há necessidade de cuidadosa investigação, visando a um diagnóstico diferencial e possível tratamento, bem como uma adequada classificação de causalidade.

Como podem ser classificados?

- Quando ao tipo de manifestação: locais ou sistêmicos
- Quanto à gravidade: grave ou não grave
- Quanto à causalidade: relacionada ao produto, à qualidade da vacina, erro de imunização, reação de ansiedade.

QUAIS EVENTOS NOTIFICAR?

Sempre que o evento for grave, inesperado ou que esteja relacionado a uma vacina nova, com pouco tempo de utilização no país. Vacinas como COVID e DENGUE, orienta-se que todo evento adverso seja notificado, mesmo que não seja grave, por questões de farmacovigilância.

O QUE É UM ESAVI GRAVE?

São considerados ESAVI graves qualquer evento clinicamente relevante que:

I - Requeira hospitalização.

II- Possa comprometer o paciente, ou seja, que ocasione risco de morte e que exija intervenção clínica imediata para evitar o óbito.

- III - Cause disfunção significativa e/ou incapacidade permanente.
- IV - Resulte em anomalia congênita.
- V - Ocasione o óbito.

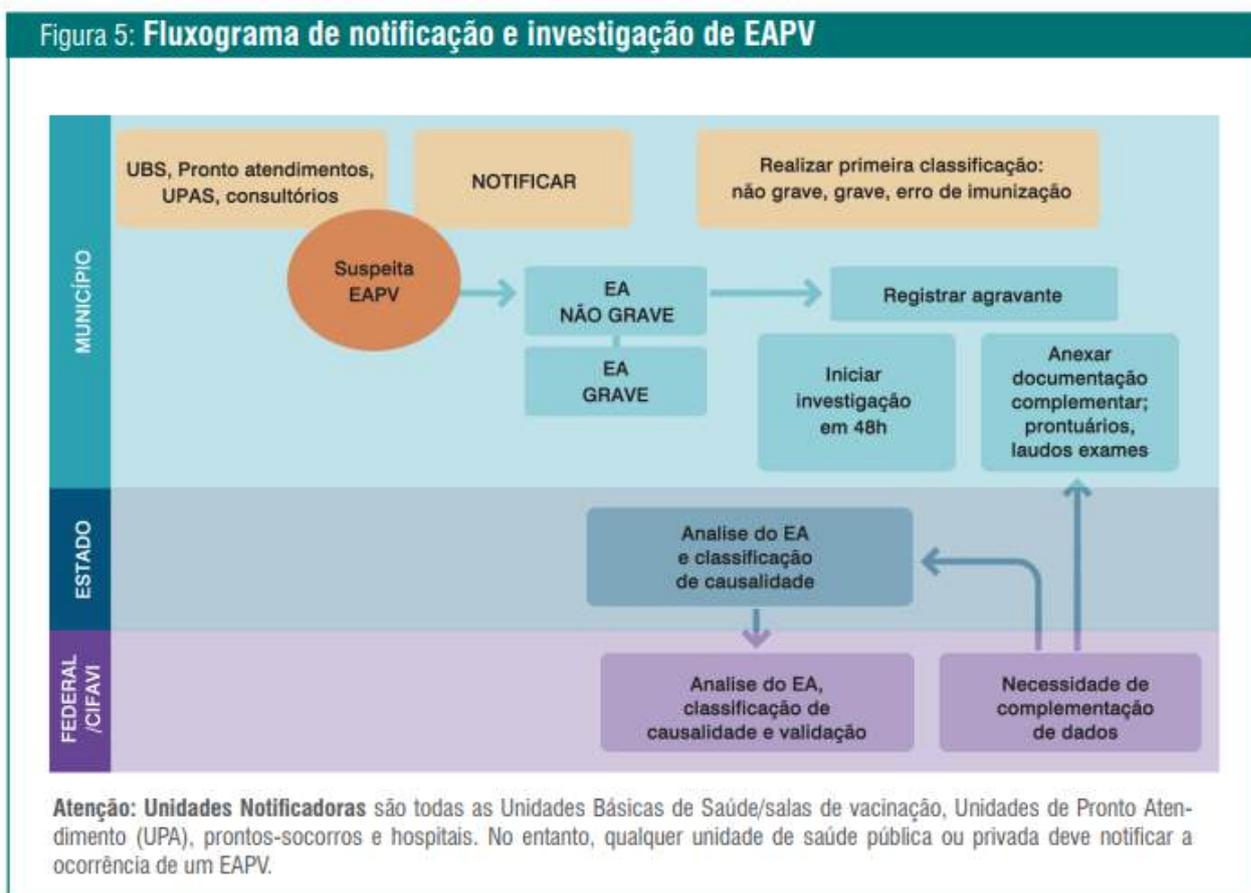
O que é um ESAVI não grave?

Qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de evento adverso grave (EAG). Os eventos não graves não representam risco potencial para a saúde do vacinado, embora também devam ser cuidadosamente monitorados, pois podem sinalizar um problema potencialmente maior em relação à vacina ou à imunização, ou ter um impacto sobre a aceitabilidade da imunização em geral.

É muito importante diferenciar “gravidade” e “intensidade” (esta última inadequadamente traduzida em alguns textos como severidade). Um evento pode ser leve, moderado ou intenso, independentemente de ser ou não grave, como uma hiperemia local intensa.

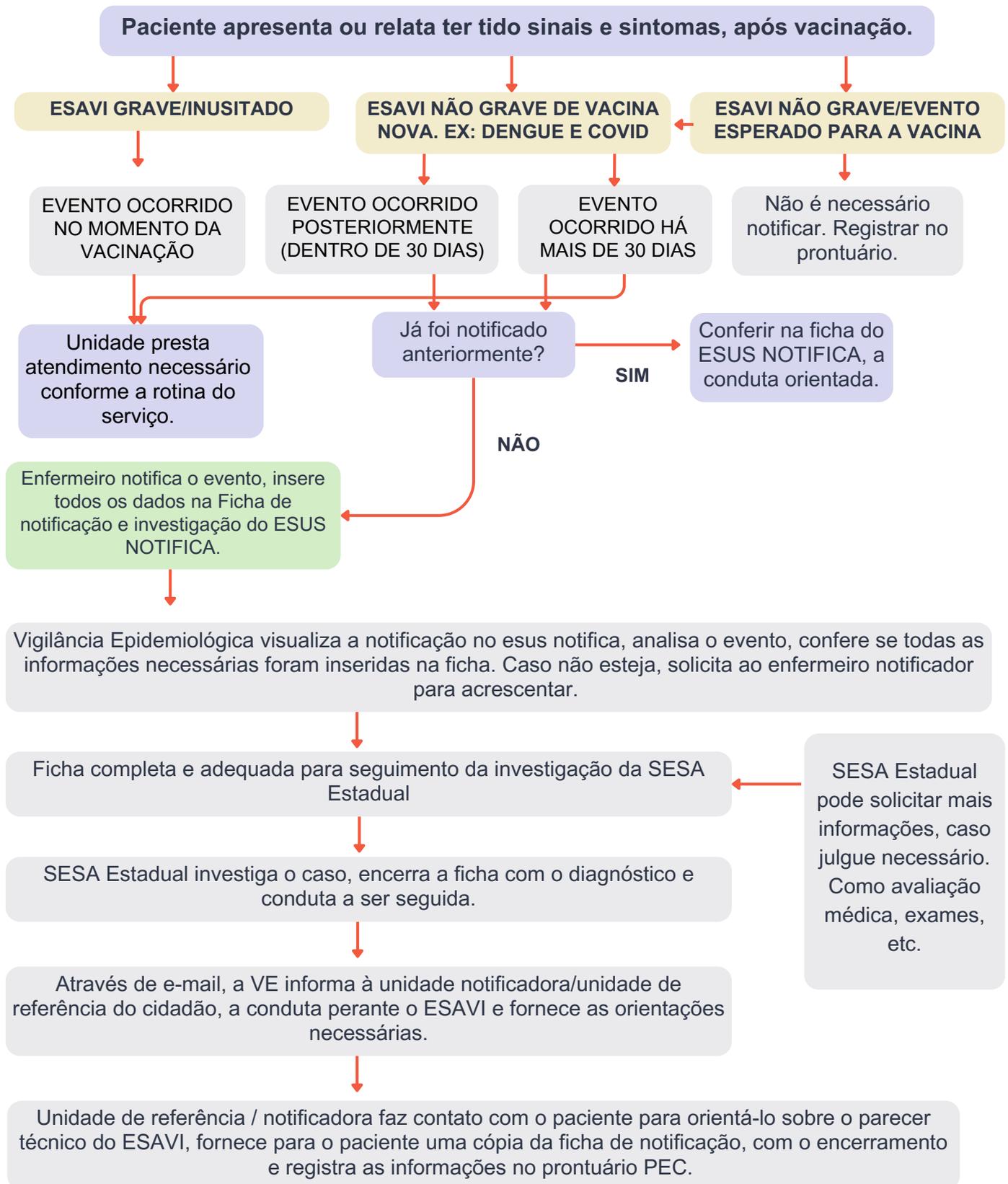
POR QUE NOTIFICAR ESAVI DE VACINAS NOVAS?

Qual manual do MS é utilizado para apoio no momento de identificar se um evento é esperado ou não para determinada vacina?





FLUXOGRAMA NOTIFICAÇÃO DE ESAVI – UNIDADES DE SAÚDE



Atualizado em fevereiro 2025

DOSE SUPERVISIONADA

O QUE É O SERVIÇO DE DOSE SUPERVISIONADA?

Serviço de vacinação para pessoas que por algum motivo não podem ser vacinados na unidade de saúde e precisam receber a dose do imunobiológico sob supervisão, em local com suporte médico de urgência e emergência.

PARA QUEM É A DOSE SUPERVISIONADA?

Cidadãos com alergias graves ao ovo ou a algum componente de determinada vacina ou que apresentaram algum evento adverso grave após receber algum imunobiológico.

COMO SOLICITAR ESTE SERVIÇO?

A dose supervisionada de vacinação é solicitada pela unidade de saúde através de e-mail para o programa de imunização (imunizacao.sesa@serra.es.gov.br). Deve ser enviado foto do cartão de vacina, foto documento pessoal ou dados: NOME COMPLETO, CPF, CNS, DN, E NOME DA MÃE; laudo ou pedido médico se tiver, telefones de contato e descrição do caso.

Orientar ao solicitante ou responsável, que o programa de imunização fará contato telefônico para agendar a dose. Importante fornecer o telefone do programa para contato (27) 3252.9377

COMO É REALIZADO ESTE SERVIÇO?

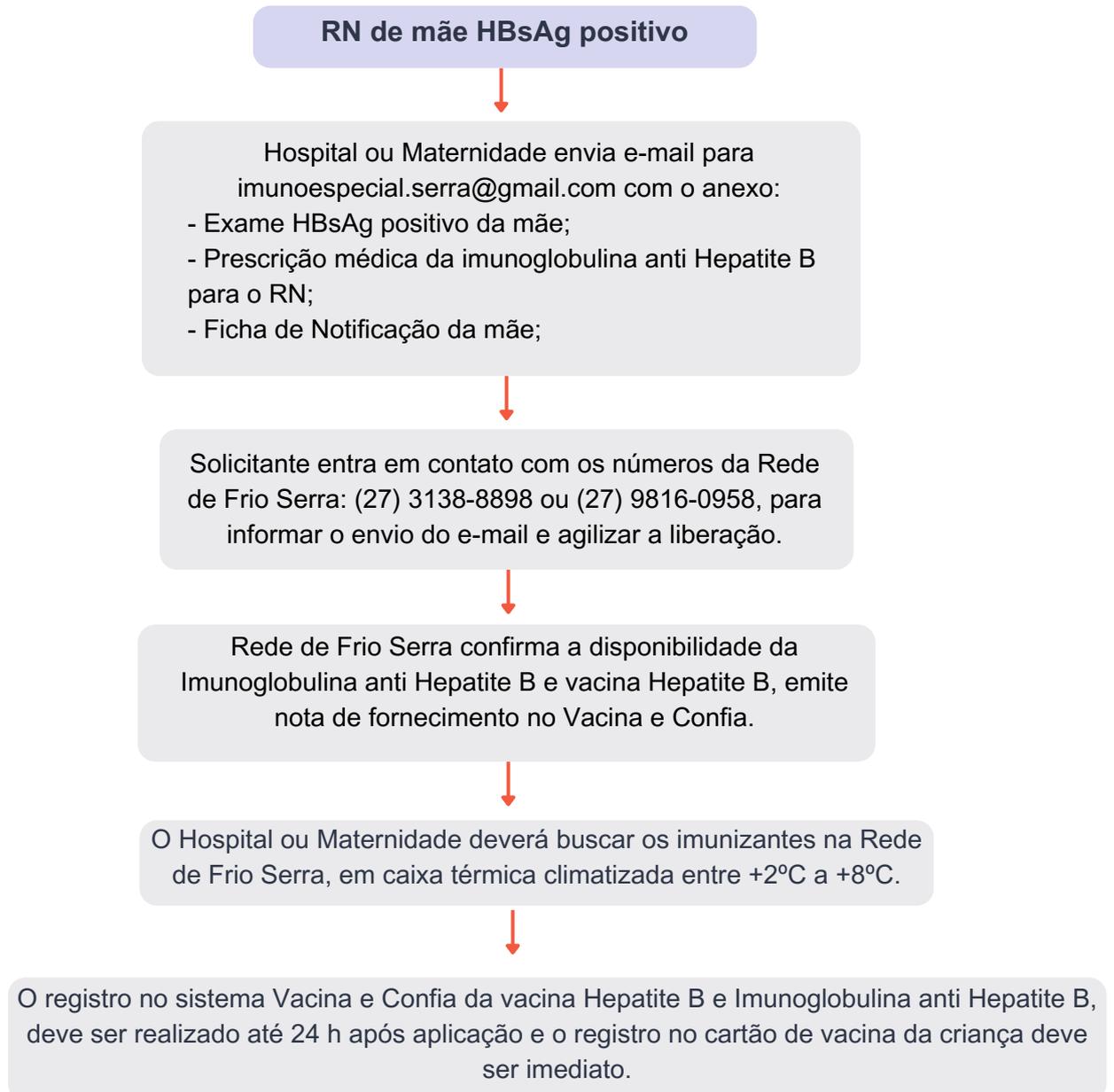
Esse serviço é oferecido uma vez por semana, às quintas-feiras, às 8h, na UPA infantil, anexa ao Hospital Materno Infantil da Serra, sendo realizado por um profissional vacinador capacitado. O objetivo é aumentar a segurança e a eficácia do processo de vacinação, proporcionando uma experiência mais tranquila e informativa para o paciente.

Programa Municipal de Imunização



FLUXOGRAMA DE SOLICITAÇÃO E LIBERAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA ANTI HEPATITE B

1 - Prevenção da infecção perinatal pelo vírus da Hepatite B.



Nos domingos e feriados, a solicitação da IGHAT deverá ser feita ao Plantão da Vigilância Epidemiológica, por meio do telefone 98166-1035.

2 - Vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por VHB

Ver profissionais expostos a risco, tabela abaixo. Cabe ressaltar que o uso da IGHAHB em duas doses, com intervalo de um mês entre as doses, está indicado para aqueles que já receberam duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal, ou que tenham alergia grave à vacina.

Tabela 8 Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLÓGICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PACIENTE-FONTE		
	AGHBS POSITIVO	AGHBS NEGATIVO	AGHBS DESCONHECIDO OU NÃO TESTADO
1. Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ¹
2. Com vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação ¹
3. Previamente vacinado			
Com resposta vacinal conhecida e adequada (≥ 10 UI/mL)	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
Sem resposta vacinal após a primeira série (três doses)	IGHAHB + primeira dose da vacina contra hepatite B ou IGHAHB (2x) ²	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) ¹
Sem resposta vacinal após segunda série (seis doses)	IGHAHB (2x) ²	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2x) ²

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLÓGICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PACIENTE-FONTE		
	AGHBS POSITIVO	AGHBS NEGATIVO	AGHBS DESCONHECIDO OU NÃO TESTADO
4. Com resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde: <ul style="list-style-type: none"> Se anti-HBs ≥ 10 mUI/mL: nenhuma medida específica Se anti-HBs ≤ 10 mUI/mL: IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B 	Testar o profissional de saúde: <ul style="list-style-type: none"> Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação 	Testar o profissional de saúde: <ul style="list-style-type: none"> Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação¹

Fonte: DPNI/SVSA/MS.

¹ O uso associado de imunoglobulina hiperimune anti-hepatite B está indicado se o paciente-fonte tiver alto risco para infecção pelo VHB, como nos seguintes casos: usuários de drogas injetáveis; pacientes em programas de diálise; contatos domiciliares e sexuais de portadores de AghBs; pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo; heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas; história prévia de infecções sexualmente transmissíveis; pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B; indivíduos privados de liberdade e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

² IGHAHB (2x): duas doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B com intervalo de um mês entre as doses. Essa opção deve ser indicada para aqueles que já receberam duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal ou apresentem alergia grave à vacina.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023. Tabelas 8, pag. 51 e 52.

3. Comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B

Deve-se tentar identificar a situação sorológica do exposto quanto à hepatite B. Caso a pessoa exposta seja suscetível (anti-HBs negativo), estão indicadas a vacina Hepatite B e a Imunoglobulina anti Hepatite B, aplicadas o mais precocemente possível, no máximo até 14 dias após a exposição.

Quando não for possível identificar a situação sorológica do exposto, considerar o indivíduo previamente vacinado como protegido.

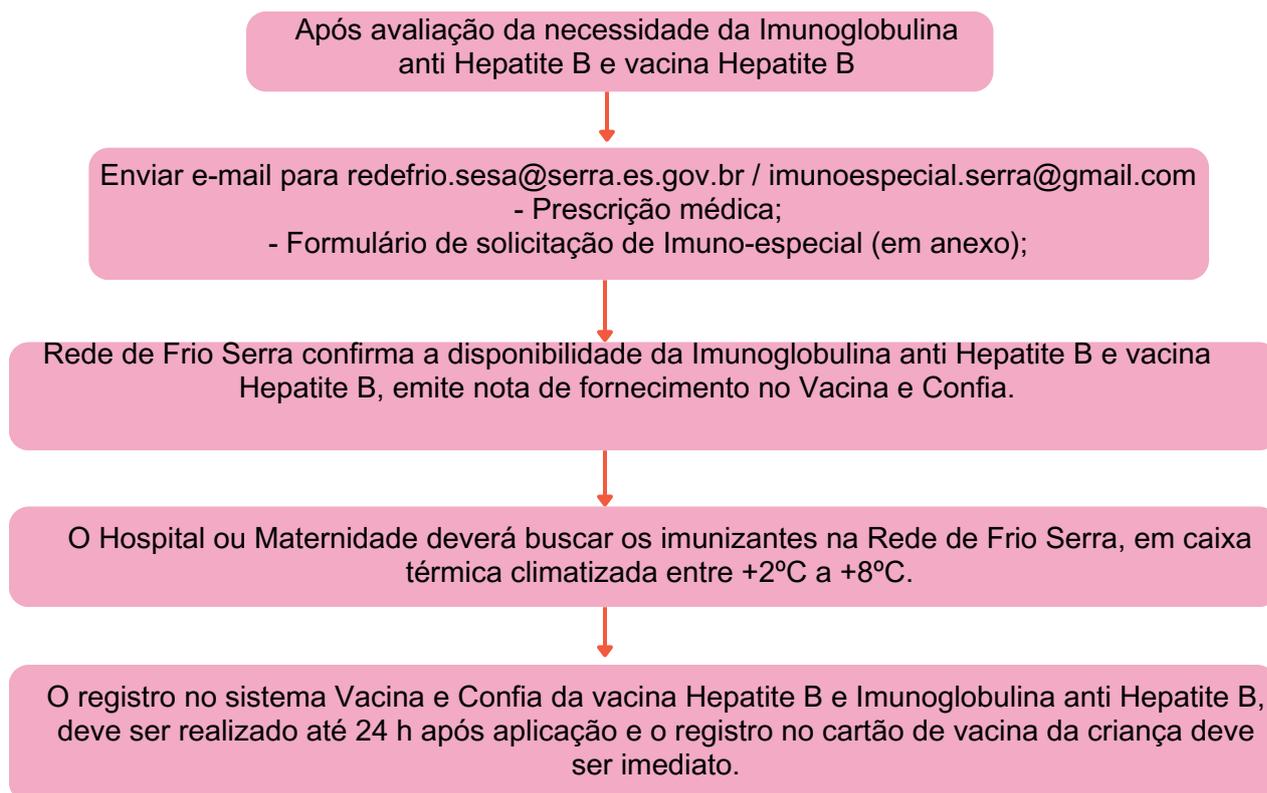
4. Vítima de violência sexual.

Se a vítima não for vacinada ou estiver com vacinação incompleta contra hepatite B, vacinar ou completar a vacinação. Não se recomenda o uso rotineiro de Imunoglobulina anti Hepatite B, exceto se a vítima for suscetível e o responsável pela violência seja HBsAg positivo ou pertencente a grupo de risco (usuários de droga, por exemplo). Quando indicada, a Imunoglobulina anti Hepatite B deve ser aplicada o mais precocemente possível, no máximo até 14 dias após a exposição.

5. Imunodeprimidos após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados

Imunodeprimidos devem receber Imunoglobulina anti Hepatite B após exposição de risco, pois sua resposta à vacinação pode ser inadequada.

TRANSPLANTADOS DE FÍGADO INFECTADOS PELO Vírus da Hepatite B - O uso da Imunoglobulina anti Hepatite B em pacientes infectados pelo Vírus Hepatite B submetidos a transplante de fígado é regulamentado pela Portaria n.º 86, de 5 de fevereiro de 2002, da Secretaria de Assistência à Saúde, e essa indicação não é de responsabilidade dos CRIE.



PLANTÃO

VE

O plantão na vigilância epidemiológica aos finais de semana é extremamente importante por várias razões; sendo que a principal delas é garantir que haja uma resposta oportuna e contínua das doenças e agravos de notificação imediata, surtos ou emergências de saúde pública; que podem ocorrer a qualquer momento, inclusive aos finais de semana, feriados e pontos facultativos. Alguns pontos que destacam a sua importância são:

Detecção precoce de surtos: alguns casos de doenças infecto-contagiosas ou surtos podem começar a se manifestar no fim de semana, e a vigilância constante permite uma resposta mais rápida, evitando a propagação do problema.

Monitoramento contínuo: muitas vezes, as situações epidemiológicas exigem monitoramento, especialmente em situações de pandemia, surtos sazonais de doenças (como gripe ou dengue) ou emergências inesperadas.

Coordenação imediata de respostas: caso surjam novos casos ou focos de doenças, é necessário coordenar ações de bloqueio, controle e até campanhas de conscientização, o que demanda atuação mesmo em dias não úteis.

Apoio a serviços de saúde: o plantão de vigilância garante a continuidade das ações de vigilância epidemiológica todos os dias da semana, monitorando e qualificando as equipes de saúde nas instituições públicas e privadas, certificando que as equipes estejam informadas e preparadas para lidar com quaisquer agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde.

Prevenção de maiores danos: com o plantão ativo, a vigilância consegue identificar a ocorrência de agravos, doenças e mudanças nos padrões para aplicar medidas de controle rapidamente, evitando que o evento se espalhe e/ou se agrave.

Monitoramento dos casos de atendimento antirrábico: a raiva é uma doença grave e de alta letalidade, e seu controle requer atenção imediata, especialmente nos casos de mordidas por mamíferos (principalmente por cães e gatos, herbívoros domésticos, animais silvestres e morcegos). Durante o fim de semana, a vigilância epidemiológica está atenta para garantir que os serviços de atendimento antirrábico funcionem adequadamente, com a administração da vacina e do soro específico, quando necessário. O plantão garante que os casos sejam rapidamente reportados, registrados e acompanhados, evitando a evolução para casos fatais.

Ou seja, ter vigilância constante nos fins de semana pode ser crucial para controlar crises de saúde pública de maneira eficaz e minimizar impactos na população.

PLANTÃO VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



Você sabe qual a importância do plantão da VE da Serra?

Vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos conforme PORTARIA GM/MS N° 217. Nossas visitas acontecerão sempre aos finais de semana, feriados e pontos facultativos.

O que fazer quando a equipe do plantão de VE passar no seu setor?

Seja solícito e de forma objetiva comunique os casos suspeitos e/ou confirmados que são de notificação compulsória, dos pacientes do seu setor. Informando os dados principais e a evolução dos pacientes. Lembrando que a notificação no sistema ESUS/VS continua sendo de responsabilidade do serviço e do profissional de saúde que esteja atendendo.

Quais os agravos e doenças que devem ser notificados?

Todos os agravos e doenças de notificação compulsória. Alguns casos mais comuns são:

Meningite
Dengue
Covid - 19
Tuberculose
Malária
Tétano

Doenças exantemáticas: Sarampo/ Rubéola
Violência interpessoal e autoprovocada
Sífilis gestante e congênita
Acidente de trabalho

Aponte a câmera do seu celular ou clique [aqui](#) e veja a [lista COMPLETA](#) dos agravos de notificação:



Contatos

27 98166-1035
(ligação e Whatsapp)
07h as 18h



PREFEITURA MUNICIPAL DA

SERRA

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 2009. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Instrução para Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo – 4ª ed. / Ministério da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 6004, de 2004. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 5326, de 2014. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SESA nº 69, de 2021. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Vitória, ES, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 152 p. : il. Modo de acesso: [Texto do seu parágrafo](#).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional : procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_integradas_vigilancia_atencao_emergencia_saude_publica.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Integrada da Covid-19, Influenza e Outros Vírus Respiratórios de Importância em Saúde Pública [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema de Vigilância em Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Vitória, ES, 2023.

ESPÍRITO SANTO. Portaria Estadual nº 115-R, de 4 de agosto de 2022. Inclui a relação de doenças, agravos e eventos de interesse estadual à Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências. Vitória, ES, 2022.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Municipal de Saúde da Serra. Boletim Epidemiológico. Serra: Superintendência de Vigilância em Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica Covid-19: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Nota Técnica nº 01/2023-SESA/SSVS/GEVS/NEVE. Atualização das orientações técnico-operacionais sobre a Covid-19. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Notas-Tecnicas-Vigentes/NOTA%20%C3%89CNICA%20N%C2%2012023%20%E2%80%93%20SESASSVSGEVSNEVE.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância e Saúde 6ª ed. revisada, versão eletrônica, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose Gestacional e Congênita. Tiragem: 1ª edição, 2018, versão eletrônica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde 5ª ed., versão eletrônica, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos: Módulo 1: Tratamento. Brasília : Ministério da Saúde, 2024. 116 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Controle de Infecção por M. tuberculosis em Ambientes de Saúde [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de Vigilância da Infecção Latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 2ª ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: Estratégias para 2021-2025. Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7ª ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia. Brasília, DF, março de 2016. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_atencao_saude_resposta_ocorrencia_microcefalia.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 02-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS. Disponível em: http://www.portalsinan.sau.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância Ambiental em Saúde / Fundação Nacional de Saúde. – Brasília: FUNASA, 2002. 42 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações. – 2.ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.294 p.: il.

ESPOROTRICOSE. Esporotricose Humana: sintomas, causas, prevenção, diagnóstico e tratamento. Disponível em: <http://www.copyspider.com.br>. Acesso em: 10 jul. 2021.

ESPOROTRICOSE. Esporotricose Humana: sintomas, causas, prevenção, diagnóstico e tratamento. Disponível em: <https://cmqv.org/esporeticose-humana-sintomas-causas-prevencao-diagnostico-e-tratamento/#:~:text=A%20transmiss%C3%A3o%20da%20Esporotricose%20durante,ou%20espirro%20de%20animais%20infectados>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde – 5ª ed. rev. e atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 1.126 p.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Manual de Procedimentos Técnicos para Coleta, Acondicionamento e Transporte de Amostras Biológicas. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/LACEN/Manuais/MAN.NB01.001%20-%20REV%2000%20-%20%20MANUAL%20DE%20PROC.%20TEC.%20COLETA,%20ACOND.%20E%20TRANSP%20DE%20A.B..pdf>. Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Segundo Protocolo de Vigilância e Manejo Clínico da Esporotricose Humana e Animal no Estado do Espírito Santo. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Vigil%C3%A2ncia%20Ambiental/Protocolos/Segundo_Protocolo_Esporotricose_2024_Ass.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.