



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA
COORDENADORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA HOSPITALAR

MANUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

**Normas e Rotinas para Notificação e Investigação das
Doenças/Agravos de Notificação Compulsória**

Boa Vista/RR, fevereiro de 2016

Maria Suely Silva Campos
Governadora do Estado de Roraima

César Ferreira Penna de Faria
Secretário Estadual da Saúde de Roraima

Paulo Bastos Linhares
Secretário Adjunto de Saúde

Daniela Palha Souza Campos
Coordenadora Geral de Vigilância em Saúde - CGVS

Luciana Cristina Grisoto
Diretora do Departamento de Vigilância Epidemiológica - DVE/CGVS

ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Maria Soledade Garcia Benedetti
Gerente do Núcleo de Vigilância Hospitalar - NVH/DVE/CGVS/SESAU/RR

APRESENTAÇÃO

A vigilância em saúde é entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

A Vigilância Epidemiológica (VE) em âmbito hospitalar surge como um componente importante desse processo uma vez que o objetivo da VE em âmbito hospitalar é detectar e investigar doenças de notificação compulsória (DNC) atendidas em hospital por meio da Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) e Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE).

O MANUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - Normas e Rotinas para Notificação e Investigação das Doenças/Agravos de Notificação Compulsória foi elaborado para servir de ferramenta a VE em âmbito hospitalar e tem como objetivo atualizar as estratégias e recomendações relacionadas às ações de saúde pública para o enfrentamento das doenças transmissíveis/DNC em âmbito hospitalar e incorporar novos textos sobre temas que, a partir da publicação da Portaria GM N° 204, de 17 de fevereiro de 2016, passaram a compor a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública.

O Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, de 2014, é mais do que um instrumento de informação, pois contempla também as dimensões de “protocolos de conduta”, baseadas na aplicação do conhecimento científico no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e de normas técnicas que orientam a atuação dos profissionais para o controle de doenças de importância em saúde pública e serve de farol para as ações da VEH. O processo de revisão e atualização constituiu uma oportunidade de reflexão e decisão sobre as recomendações adotadas pelo Ministério da Saúde acerca dos problemas de saúde pública, para garantir que as orientações constantes nos documentos oficiais pudessem, baseadas nas melhores evidências disponíveis, orientar as práticas de vigilância em saúde na VEH.

Com esta perspectiva, espera-se que novas revisões atualizem os textos que compõem este manual, na medida da produção de novas evidências científicas, e que constituam sínteses de novos processos de reflexão e escolhas para o aprimoramento das ações da vigilância em saúde no âmbito do SUS. Com as tecnologias de comunicação e informação eletrônicas cada vez mais disseminadas, a atualização passa a ter uma nova dinâmica, com a revisão contínua de conteúdos sempre que haja novas evidências ou estratégias.

Maria Soledade Garcia Benedetti
Gerente do Núcleo de Vigilância Hospitalar - NVH/DVE/CGVS

1 INTRODUÇÃO

A vigilância epidemiológica (VE) em âmbito hospitalar tem como missão detectar as doenças de notificação compulsória (DNC) atendidas no hospital. Os pacientes com doenças de manifestações graves, em especial as emergentes, geralmente tem o hospital como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). A informação de agravos de notificação imediata, às unidades de saúde, possibilita a implementação de medidas de controle junto à população e a interrupção da cadeia de transmissão dessas doenças.

É o setor responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a VE das DNC e outros agravos de interesse para a saúde pública, e sua implantação permite acompanhar o perfil de morbi-mortalidade da população atendida, o que possibilita apoiar o planejamento do serviço e do sistema de saúde, bem como conhecer as DNC no âmbito hospitalar visando desencadeamento das ações de controle.

A legislação que norteia a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar teve início com a **Lei nº 8.080 (19/09/90)** que dispõe sobre a execução de ações de VE como uma das atribuições do SUS.

A Portaria nº 2.616/GM (12/05/98) informa que é competência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) notificar, na ausência de um núcleo de vigilância epidemiológica, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos das DNC, atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital.

A Portaria nº 2.529, de 23 de novembro de 2004, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, com a criação de uma rede de Núcleos de VE em Âmbito Hospitalar (NHE) em hospitais de referência no Brasil, integrando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, define as competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos, considerando que as DNC constituem risco à saúde da população, e que o conhecimento dessas doenças é primordial para o desencadeamento das ações de controle; Considerando que o ambiente hospitalar é importante fonte para a notificação das DNC, principalmente os casos mais graves e que a investigação epidemiológica de casos pode demonstrar o surgimento de novas doenças (doenças emergentes), a reemergência de outras e, até mesmo, mudanças na história natural de uma doença, com impacto importante para a saúde pública no País.

O **Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar** é integrado por todo hospital em funcionamento no território nacional, independentemente de sua natureza e da existência de relação para a prestação de serviços ao SUS. A finalidade da criação do subsistema é o aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica a partir da ampliação de sua rede de notificação e investigação de agravos, em especial doenças transmissíveis, com aumento da sensibilidade e da oportunidade na detecção de DNC. A notificação de DNC permite à unidade de saúde hospitalar e ao município a adoção, oportunamente, de medidas de controle, possibilitando a interrupção da cadeia de transmissão de doenças entre a população. A instituição da rede de hospitais de referência serve de apoio para o planejamento das ações de vigilância e constitui ferramenta importante para o planejamento e gestão hospitalar.

A **Portaria Nº 01/SVS** (17/01/2005) regulamenta a implantação do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, integrando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

O Estado de Roraima participa do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (SNVEAH), desde 2004, e em agosto de 2006, o Hospital Geral de Roraima (HGR) passou a integrar a rede do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica como Hospital de Referência Nível I.

A **Portaria Nº 2.254, de 5 de agosto de 2010**, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, e revoga a Portaria nº 2.529, de 23 de novembro de 2004.

A **Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013**, regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

A **Portaria Nº 183, de 30 de janeiro de 2014** regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação, e revoga a Portaria Nº 2.254, de 5 de agosto de 2010.

O incentivo financeiro de que trata o art. 1º tem como objetivo financiar, no âmbito da vigilância em saúde, a implantação e manutenção das seguintes ações e serviços públicos estratégicos:

- I - Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) - (antes: Núcleos Hospitalares de Epidemiologia – NHE);
- II - Serviço de Verificação de Óbito (SVO);
- III - Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP);
- IV - Vigilância Sentinela da Influenza;
- V - Projeto Vida no Trânsito;
- VI - Programa Academia da Saúde; e
- VII - Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN).

As ações e serviços de VEH se referem ao incentivo Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), previsto no inciso I do art. 19 da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 2013.

As ações de VEH terão por objetivo detectar, de modo oportuno, as doenças transmissíveis e os agravos de importância nacional ou internacional, bem como a alteração do padrão epidemiológico em regiões estratégicas do país, desenvolvida em estabelecimentos de saúde hospitalares, que atuarão como unidades sentinelas para a REVEH.

A atuação da VEH tomará por base protocolos e procedimentos padronizados, que permitam a identificação oportuna, a notificação imediata, a investigação inicial ou complementar e o registro ou a atualização de informações no SINAN e em outros sistemas oficiais, quando disponíveis.

A VEH será realizada de modo articulado com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), instituído pela Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, e demais estruturas ou

setores integrantes do sistema hospitalar que visem contribuir para a qualificação do cuidado em saúde ou vigilância das doenças e agravos.

Para a execução de ações de VEH, **o estabelecimento de saúde** deverá atender aos seguintes requisitos:

I - designar profissional de saúde de nível superior, preferencialmente com experiência em vigilância epidemiológica, como responsável pelas atividades de vigilância epidemiológica hospitalar;

II - promover, em até 24 (vinte e quatro) horas, a notificação compulsória imediata de todos os casos e óbitos por doenças ou agravos identificados, segundo legislação vigente;

III - realizar investigação complementar dos casos e óbitos hospitalizados já notificados por outros estabelecimentos de saúde, registrando-se a informação no instrumento ou sistema de informação correspondente, quando disponível; e

IV - elaborar relatório trimestral com o perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das doenças de notificação compulsória, a ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso.

Para a execução de ações de VEH, **a Secretaria de Saúde dos Municípios** deverão atender aos seguintes requisitos:

I - designar profissional ou setor de referência para implementar e gerir a estratégia de vigilância epidemiológica hospitalar em seu âmbito de gestão;

II - consolidar os relatórios encaminhados pelos estabelecimentos de saúde participantes da REVEH de sua área de abrangência, independentemente da gestão hospitalar federal, estadual ou municipal, para conhecimento e análise do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das doenças de notificação compulsória de seu território; e

III - encaminhar relatório trimestral consolidado à Secretaria de Saúde Estadual, em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso.

Para a execução de ações de VEH, as **Secretarias de Saúde do Estado** deverão atender aos seguintes requisitos:

I - designar profissional ou setor de referência para implementar e gerir a estratégia de vigilância epidemiológica hospitalar em seu âmbito de gestão;

II - consolidar os relatórios encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde participantes da REVEH de sua área de abrangência, independente da gestão hospitalar, federal, estadual ou municipal, para conhecimento e análise do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar, das doenças de notificação compulsória do seu território; e

III - encaminhar relatório semestral consolidado à SVS/MS, em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso.

A avaliação das ações de VEH será efetuada semestralmente pela SVS/MS por meio do SINAN, a partir do ano seguinte ao da habilitação.

2 ATRIBUIÇÕES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

- Notificação e investigação de doenças e agravos;
- Busca ativa diária;
- Participação em investigação de surtos;
- Consolidação, em análise e divulgação da informação;
- Promoção de integração entre setores afins do hospital;
- Monitoramento das DNC, nascimentos e óbitos;
- Realização de estudos epidemiológicos;
- Avaliação das ações de VE por meio de indicadores;
- Participação em atividades de imunização;
- Atuação como campo de estágio;
- Recomendação e promoção das medidas de controle;
- Retroalimentação ao gestor e profissionais;
- Vigilância das doenças não transmissíveis;
- Vigilância Sentinela;
- Outras atividades.

3 COMO PROCEDER DIANTE DA NOTIFICAÇÃO

Os profissionais da VEH detectam agravos ou DNC a partir da busca ativa em locais estratégicos no hospital, como o pronto-socorro, unidades de internação, laboratório e ambulatório. Outras fontes importantes para o conhecimento de agravos de notificação no hospital são a farmácia, o Serviço de Arquivo Médico (SAME) e o laboratório de anatomia-patológica.

O planejamento e priorização das ações com a estruturação das fontes na investigação de casos depende do tipo de hospital e do seu grau de complexidade. É importante a avaliação do perfil do hospital (doenças infecciosas, geral ou pediátrico), número de leitos, e as unidades de internação (leitos de doenças infecciosas, leitos pediátricos, leitos gerais).

As fichas de atendimento de pronto-socorro devem ser verificadas diariamente para identificação de DNC, na sua totalidade.

Para as unidades de internação é fundamental a visita diária dos profissionais da VEH às enfermarias de doenças infecciosas, pediátricas e clínica médica, bem como às unidades de terapia intensiva e pronto-socorro. Outras unidades, clínicas e cirúrgicas, deverão ser avaliadas de acordo com a realidade de cada hospital.

É fundamental a parceria com o laboratório clínico e anatomopatológico para o êxito das investigações, pois todos os exames solicitados para DNC deverão ser conhecidos imediatamente pela VHE/UBE. Caso a suspeita de DNC não tenha sido detectada pela VHE, é possível a notificação oportuna para a implementação das medidas de controle necessárias, segundo as normas de vigilância epidemiológica.

Para o encerramento do caso, é fundamental o acesso aos resultados laboratoriais e ao prontuário de alta, para o preenchimento da ficha epidemiológica referente aos campos: evolução, confirmação e critério de confirmação, entre outros.

A integração de todos os setores do hospital permite ampliar a sensibilidade do sistema da vigilância hospitalar.

A investigação epidemiológica das DNC é efetuada a partir de fichas epidemiológicas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), específicas para cada agravo. A notificação é realizada à vigilância epidemiológica do município por telefone ou fax, para os agravos de notificação imediatos. As fichas epidemiológicas podem ser digitadas no SINAN, com transferência periódica para o município, ou encaminhadas para digitação pelo município, conforme estabelecido no sistema de vigilância seguindo o fluxo de informação e periodicidade exigida.

A análise do banco de dados do SINAN deve ser realizada pelos profissionais da VEH, com ampla divulgação para todos os profissionais e a direção do hospital, permitindo sua utilização na gestão hospitalar. A sensibilização de todos os profissionais por meio da retroalimentação é importante para que eles participem de forma ativa na notificação.

Vale ressaltar a importância do desenvolvimento de programas para o treinamento de estudantes (medicina, enfermagem e outros), aprimoramento profissional e pós-graduação (residência). Nas VEH, em especial hospitais universitários, a capacitação teórica-prática em vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar constitui área importante de aprendizagem clínico-laboratorial e epidemiologia de DNC, com interface direta entre a assistência e a prevenção de doenças.



Figura 1 - principais fontes de informação para a VEH/UVE

É fundamental que o profissional da VEH identifique os fluxos, o volume de atendimento em cada fonte de informação dentro do hospital e construa a rotina de busca ativa de casos de DNC em cada fonte de informação.

Principais fontes de informação:

- **Laboratório** - Bacteriologia (*Micobacterium tuberculosis* (BK+), *Neisseria meningitides*, *Salmonella tify*, entre outras). Líquor (citoquímica, bacteriologia, cultura e contra imuno ensaio eletroforese). Sorologias (HIV/Aids, Hepatites A, B, C, D, sarampo/rubéola, dengue, chikungunya, zika, entre outras).

- **LACEN** - fluxo de envio de material biológico para exames, preenchimento da ficha de notificação com número do SINAN, rotina de devolução de resultados por meio do programa GAL.
- **Enfermarias** - listagem manual ou eletrônica dos pacientes internados.
- **Pronto Socorro/Emergência** - fichas de atendimento, óbitos nas últimas 24 horas.
- Arquivo médico/Comissão de prontuário e óbito - rotina de codificação dos diagnósticos (separação de todos os casos com diagnóstico de DNC, declaração de óbito e declaração de nascido vivo).
- **Anatomia patológica** - exames sugestivos de DNC.
- **Farmácia** - prescrição de tuberculostáticos, antiretrovirais, etc.
- **Informática** - AIH, autorização de procedimentos de alta complexidade (APAC), etc.
- **Serviço de Verificação de Óbito (SVO)** - laudo das necrópsias.

É importante ainda, desenvolver parcerias e acertar definições de limites de atribuição com setores selecionados do hospital:

- CCIH - acertar rotinas e discutir atribuições frente aos casos de DNC, surtos de DNC e de infecção hospitalar. Nessa discussão o foco deverá ser conduta para:
 - controle exposição em profissionais de saúde
 - caso secundário no hospital
 - orientações conjuntas para tuberculose e agravos inusitados.
- Centro de imunização
- Acidentes perfuro-cortantes/Saúde do trabalhador (serviço de saúde dos funcionários)
- Gerência de Risco
- Registro hospitalar de Câncer
- Centro de Intoxicação.

4 PROCEDIMENTOS GERAIS PARA A NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DOS AGRAVOS/DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

4.1 Como notificar:

Em caso de suspeita:

- preencher a **Ficha Individual de Notificação (FIN)** ou a **Ficha Individual de Investigação (FII)** pelo profissional de saúde que atendeu o caso ou membro da VHE, em três vias, conforme Fluxo de formulários e de Informação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) detalhados a seguir.

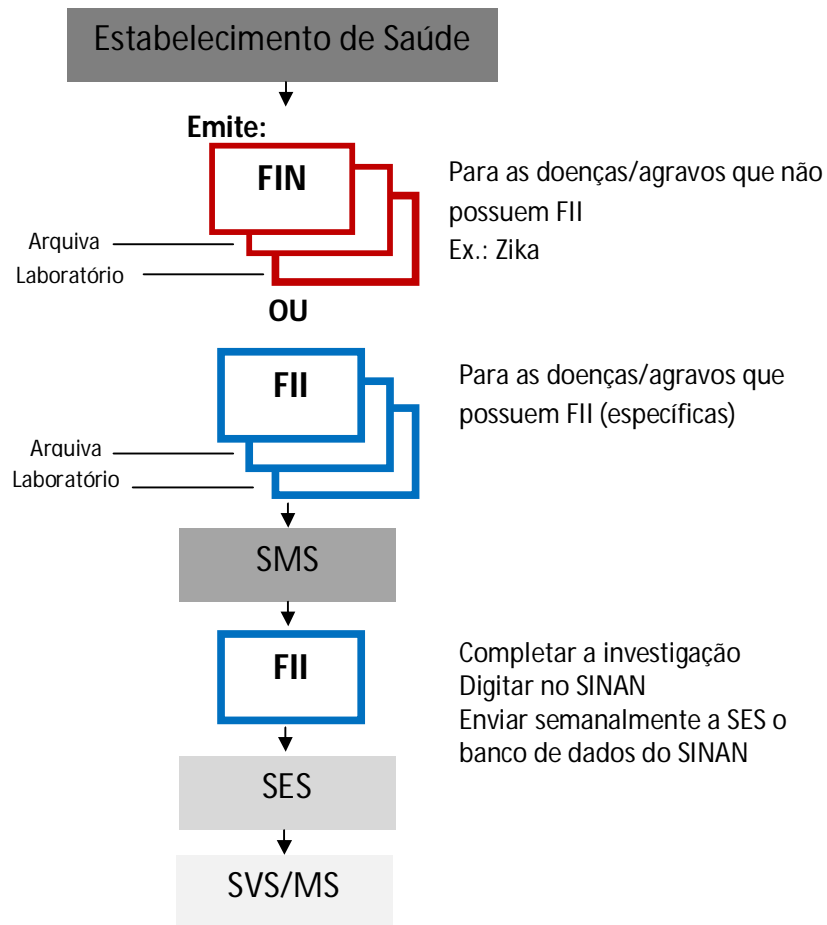
- nos casos de notificação imediata deverá comunicar a VE do municipal e estadual para que medidas sejam tomadas.

Todas as fichas de notificação/investigação epidemiológica devem ter uma via mantida/arquivada na VEH, sejam digitadas no SINAN (ficha original) ou enviadas para a Secretaria Municipal de Saúde digitar (cópia da ficha), para posterior análise epidemiológica e elaboração de relatórios pela VEH.

A organização das fichas deverá ser feita por doenças e em ordem alfabética, facilitando a consulta. Devem ser estabelecidas rotinas periódicas de backup e de

consistência para o SINAN e para outro banco de dados, no caso de terem desenvolvido base específica para a VEH do hospital.

4.2. Fluxo de formulários e de Informação do SINAN



5 FLUXO DE INFORMAÇÕES DA NHE/UVE

Fluxo da Notificação - O fluxo da notificação adotado deve seguir da unidade de saúde para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). As fichas epidemiológicas (notificação/investigação) podem ser digitadas no SINAN pela unidade de saúde, com transferência periódica para o município, ou encaminhadas para digitação pelo município, conforme estabelecido no sistema de vigilância local, seguindo o fluxo de informação e periodicidade recomendado em portaria.

Após serem inseridos no SINAN a SMS se responsabiliza por enviar os dados para a Secretaria Estadual de Saúde (SES), e esta para a Secretaria de Vigilância em Saúde do MS.

5.1 Fluxo de notificação das Doenças/Agravos de Notificação Compulsória



5.2 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC)

PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

Considerando o art. 10, incisos VI a IX, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, alterada pela Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que determina a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso às informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, publicado no Diário do Senado Federal em 13 de março de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS); e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), resolve:

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Esta Portaria define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo.

Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos:

I - **agravo**: 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;

II - **autoridades de saúde**: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - **doença**: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

IV - **epizootia**: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública;

V - **evento de saúde pública (ESP)**: situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes;

VI - **notificação compulsória**: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

VII - **notificação compulsória imediata (NCI)**: notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

VIII - **notificação compulsória semanal (NCS)**: notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

IX - **notificação compulsória negativa**: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e

X - **vigilância sentinela**: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse

para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Art. 3º **A notificação compulsória** é obrigatória para os 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.

§ 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

§ 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Art. 4º **A notificação compulsória imediata** deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no anexo.

Art. 5º **A notificação compulsória semanal** será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória.

Parágrafo único. No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 6º A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 7º As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória que estejam sob sua responsabilidade.

Art. 8º As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

Art. 9º A SVS/MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória.

Art. 10. A SVS/MS publicará normas técnicas complementares relativas aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde e demais diretrizes técnicas para o cumprimento e

operacionalização desta Portaria, no prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da sua publicação.

Art. 11. A relação das doenças e agravos monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 12. A relação das epizootias e suas diretrizes de notificação constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 14. Fica revogada a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 108, Seção 1, do dia 09 de junho de 2014, p. 37.

LISTA DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) - PORTARIA N° 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

Doença ou agravo de notificação IMEDIATA* (≤ 24 horas)	Doença ou agravo de notificação SEMANAL*
<ul style="list-style-type: none"> • Acidente de trabalho: grave e em crianças e adolescentes • Acidente por animal peçonhento • Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva • Botulismo • Cólera • Coqueluche • Dengue - óbitos • Difteria • Doença de Chagas Aguda • Doença Invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> • Doença Meningocócica e outras meningites • Doenças com suspeita de disseminação intencional: Antraz pneumônico, Tularemia, Variola • Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: Arenavírus, Ebola, Marburg • Doença aguda pelo vírus Zika em gestantes • Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika • Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à Saúde Pública (ver definição no Art 2° da Portaria de DNC) • Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação • Febre Amarela • Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão • Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya • Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em Saúde Pública • Febre Maculosa e outras Riquetisioses • Febre Tifóide • Hantavirose • Influenza humana produzida por novo subtipo viral • Leptospirose • Malária na região extra Amazônica • Poliomielite por poliovírus selvagem • Peste • Raiva humana • Síndrome da Rubéola Congênita • Doenças Exantemáticas: Sarampo, Rubéola • Síndrome da Paralisia Flácida Aguda • Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus, SARS-CoV, MERS-CoV • Tétano: Acidental, Neonatal • Varicela - Caso grave internado ou óbito • Violência: sexual e tentativa de suicídio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidente de trabalho com exposição a material biológico • Dengue - Casos • Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) • Doença aguda pelo vírus Zika • Esquistossomose • Febre de Chikungunya • Hanseníase • Hepatites virais • HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida • Infecção pelo HIV em gestante , parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV • Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) • Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases e metais pesados) • Leishmaniose Tegumentar Americana • Leishmaniose visceral • malária na região amazônica • Óbito: Infantil e Materno • Sífilis: Adquirida, Congênita, Em gestante • Toxoplasmose gestacional e congênita • Tuberculose • Violência: doméstica e/ou outras violências.

* Informação adicional: Notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

PORTARIA Nº 205, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece sanções respectivas e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso às informações, previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS);

Considerando a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;

Considerando que o objetivo da estratégia de vigilância sentinela é monitorar indicadores chaves em unidades de saúde selecionadas, "unidades sentinelas", que sirvam como alerta precoce para o sistema de vigilância; e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória por meio da estratégia de vigilância sentinela no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), resolve:

Art. 1º Esta Portaria define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.

Art. 2º Para efeito desta Portaria considera-se vigilância sentinela o modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

Art. 3º As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória, que estejam sob sua responsabilidade, conforme preconiza a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

Art. 4º As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

Art. 5º A SVS/MS, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória.

Art. 6º A SVS/MS publicará normas complementares relativas aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde e demais diretrizes técnicas para o cumprimento e operacionalização desta Portaria, no prazo de até 90 (noventa) dias, contado a partir da data de sua publicação.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Fica revogada a Portaria nº 1.984/GM/MS, de 12 de setembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 177, Seção 1, do dia 15 de setembro de 2014, p. 59.

ANEXO

Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela

Nº	DOENÇA OU AGRAVO
I. Vigilância em Saúde do Trabalhador	
1	Câncer relacionado ao trabalho
2	Dermatoses ocupacionais
3	Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT)
4	Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho
5	Pneumoconioses relacionadas ao trabalho
6	Transtornos mentais relacionados ao trabalho
II. Vigilância de doenças de transmissão respiratória	
1	Doença pneumocócica invasiva
2	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)
3	Síndrome Gripal (SG)
III. Vigilância de doenças de transmissão hídrica e/ou alimentar	
1	Rotavírus
2	Doença Diarreica Aguda
3	Síndrome Hemolítica Urêmica
IV. Vigilância de doenças sexualmente transmissíveis	
1	Síndrome do Corrimento Uretral Masculino
V. Síndrome neurológica pós infecção febril exantemática	

6 ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

As orientações abaixo não substituem as recomendações do GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE do Ministério da Saúde.

BOTULISMO
Como suspeitar: TGI: vômitos, constipação ou diarreia associados a alterações neurológicas. Alterações Neurológicas: instalação aguda, alterações visuais, flacidez palpebral, modificações da voz, distúrbios da deglutição, flacidez muscular generalizada, agitação psicomotora. Antecedentes de risco: ingestão de alimentos sem cocção prévia, tais como embutidos de carnes ou conservas em lata e vidro (palmitos, aspargos, cogumelos, alcachofra, doces, peixes, frutos do mar) especialmente acondicionados em embalagens submetidas a vácuo.
Como investigar: Pesquisa da toxina no sangue: colher 10 ml de sangue o mais precocemente possível antes da administração do soro (*). Isolamento do <i>Clostridium botulinum</i> em fezes ou material obtido do ferimento (*). (* Solicitar ao NVE/UVE o meio de transporte e formulários adequados para a investigação. Obs.: para diagnóstico diferencial solicitar de rotina coprocultura.
Como Notificar: O médico ao se deparar com quadros neurológicos abruptos, em adultos geralmente saudáveis, e com história de ingestão de alimentos suspeitos (conservas em latas ou vidros de palmitos, embutidos, ou compotas) deve notificar imediatamente a suspeita de Botulismo ao NVH/UVE.

COLERA
Como suspeitar: A) Pessoa proveniente de região onde está ocorrendo cólera, que no prazo máximo de 10 dias apresente diarreia aguda com fezes líquidas e sem sangue, de início súbito. B) Pessoa comunicante de indivíduo que tenha chegado aos últimos 30 dias de região onde está ocorrendo cólera endêmica ou epidemicamente, que passe a apresentar diarreia aguda com fezes líquidas e sem sangue, de início súbito. C) Pessoa com 5 ou mais anos de idade que apresente diarreia aguda com fezes líquidas e sem sangue, de início súbito.
Como investigar: a) Colha swab anal, encaminhe ao Laboratório para setor de microbiologia no meio de transporte específico (Cary Blair), com pedido específico e xérox da notificação. b) Solicite para investigação complementar exame a fresco de fezes (AF) e coprocultura (COPROROT). Obs.: as amostras devem ser colhidas antes da administração de antibiótico ao paciente.
Como notificar: Em caso de suspeita, notifique ao NVE/UVE pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento.

COQUELUCHE
Como suspeitar: Toda pessoa que, sem outra causa aparente, independente do estado vacinal, apresentar quadro de infecção de vias aéreas superiores há pelo menos duas semanas, com uma ou mais das seguintes manifestações: tosse paroxística, gemido inspiratório, vômitos pós-tosse. E em criança menores de um ano, episódios de cianose e crises de apnéia. Em surto - considere suspeito, paciente com sintomas de vias aéreas que tem contato mútuo com um caso de coqueluche.

Como investigar:

Cultura para *Bordetella pertussis* (colher swab de nasofaringe) maior positividade na fase catarral ou no início do paroxismo. Impresso do Laboratório Avisar o Laboratório do NVE/UEV antes da coleta para disponibilizar o meio de transporte CHARCOAL (Reagan-Love)

Como fazer a prevenção:

No ambiente hospitalar precauções para transmissão por gotículas - Isolamento respiratório, por cinco dias após iniciar o antibiótico.

Como notificar: Em caso de suspeita, notifique ao NVE/UEV pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento.

DENGUE**Como suspeitar:**

Toda pessoa com doença febril aguda com duração máxima de 07 dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração, exantema. Antecedente de ter estado nos últimos 15 dias em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença do *Aedes aegypti*.

Como notificar: Em caso de suspeita, notifique ao NVE/UEV o mais rápido possível, no dia do atendimento.

Como investigar:

Sorologia: colher (10 ml) a partir do 5º dia de doença (MAC ELISA IgM).

Caso o Laboratório não esteja realizando o exame, encaminhar para Laboratório com xérox da notificação e impressos específicos. Pesquisa de Vírus (encaminhar material para LACEN/RR). Tem sido feita somente em situações especiais (discutir com a Vigilância Epidemiológica do programa da dengue).

DIFTERIA**Como suspeitar:**

Febre, comprometimento acentuado do estado geral e uma ou mais das seguintes manifestações: Placas branco-acinzentadas bastante aderentes, com pequeno halo de hiperemia em amígdalas e/ou palato e/ou pilares.

Aparecimento, após quadro amigdaliano, de miocardite ou comprometimento de nervos periféricos. Aumento do volume dos gânglios cervicais com edema periganglionar; amigdalite que não respondeu aos tratamentos habituais com grande comprometimento do estado geral.

Como investigar:

Bacterioscopia direta não tem valor diagnóstico.

Swab nasal e de orofaringe semeado em meio específico (meio de cultura PAI): colher material da borda da pseudomembrana, não da região central (não remover a pseudomembrana); material de lesões cutâneas, conjuntivais pode ser colhido.

Para realização dos exames específicos, enviar material ao laboratório com xérox da notificação.

Como prevenir:

Encaminhe para vacinação tríplice crianças com 2, 4, 6 meses de idade reforços com 15 meses e 5 anos.

Encaminhe para vacinação com dupla adulto (difteria e tétano) adultos a cada 10 anos.

Como notificar: Em caso de suspeita, notifique ao NVE/UEV pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento.

DOENÇA DE CHAGAS

Como suspeitar: Presença de miocardite (traduzível pelo ECG), associado à manifestação sistêmica de febre, mal estar geral, cefaléia, edema, hiporexia, hipertrofia de linfonodos. Pode ocorrer hepatoesplenomegalia. Quando existe porta de entrada pode estar presente o chagoma de inoculação ou sinal de Romana (ocular).

Apenas a forma aguda deve ser notificada. Portanto, todo caso suspeito de Doença de Chagas Aguda, ou Doença de Chagas transfusional (ou acidental) deve ser notificado.
Informações disponíveis no Guia de Vigilância em Saúde/MS, 2014.

Como investigar:

Os dados epidemiológicos, idade do paciente, os exames sorológicos, ECG e radiológicos, em geral, permitem a perfeita caracterização dessa entidade clínica.

O exame parasitológico é a técnica mais simples, realizada através de gota fresca de sangue (microscopia direta) ou pela técnica de gota espessa corada, como empregada pela malária. O exame parasitológico direto através de hematoscopia, deve ser repetido 3 a 4 vezes ao dia por vários dias, diante da suspeita clínica. Realização de ELISA IgM pode ajudar no diagnóstico, mas a confirmação da fase aguda só é feita pela presença do parasita em sangue periférico.

Há outros métodos para diagnóstico como Hemaglutinação indireta, Imunofluorescência indireta e Elisa, mais empregados no diagnóstico dos casos crônicos.

Como notificar: Apenas a forma aguda deve ser notificada. Portanto, todo caso suspeito de Doença de Chagas Aguda, ou Doença de Chagas Transfusional (ou acidental) deve ser notificado para NVE/UVE.

DOENÇA INVASIVA POR *Haemophilus Influenzae B* (DIHiB)

Como suspeitar:

Crianças < de 5 anos que não completaram a série primária de vacinação para HiB (Síndrome infecciosa, celulite, meningite, artrite séptica, bacteremia, empiema, pericardite, osteomielite, abscesso cutâneo, epiglote, pneumonia). A maior incidência de DIHiB ocorre em crianças de 3 meses a 3 anos. Epiglote é rara em crianças menores de 12 meses.

Fatores predisponentes à DIHiB: doença falciforme, asplenia, infecção pelo HIV, imunodeficiências e neoplasias.

Como investigar:

Bacterioscopia e cultura de LCR, líquido pleural, aspirado de ouvido médio na dependência da apresentação clínica.

Contra-imunoeletroforese no LCR ou outros materiais.

Rx na epiglote.

Como prevenir:

Indique vacinação contra DIHiB a partir de 2 meses de idade Indique quimioprofilaxia com rifampicina para:

Contatos íntimos de creche ou pré-escola com idade < 24 meses e diante da ocorrência de um segundo caso confirmado deve-se estender a quimioprofilaxia para todos, inclusive adultos.

Contatos domiciliares, inclusive adultos, somente em caso de haver na mesma residência outra criança com idade < 4 anos.

Dose de rifampicina: adultos: 600mg/dia - 4 dias; crianças: < 1 mês - 10mg/kg/dia - 4 dias; 1 mês-12 anos - 20mg/kg/dia - máximo 600mg/dia.

Como notificar: Todo caso suspeito deve ser comunicado, pelo meio mais rápido possível, ao NVE/UVE.

DOENÇA MENINGOCÓCICA

Como suspeitar quando houver:

Síndrome infecciosa e/ou síndrome de hipertensão intracraniana e/ou síndrome radicular.

Em lactentes: a clínica geralmente é de septicemia com diminuição da sucção, vômitos, transtornos sensoriais, aumento do tônus e convulsões. Pode haver abaulamento de fontanela. 50 a 60% dos casos de doença meningocócica têm lesões hemorrágicas cutâneas, petéquias, equimoses ou sufusões hemorrágicas.

Como investigar:

- colher líquido o mais rápido possível;

- solicitar citologia, bioquímica, bacterioscopia e cultura;
- contra-imunoelektroforese do líquido;
- colher amostra de sangue para Hemocultura: 3 amostras;
- solicitar contra-Imunoelektroforese.
Colher fragmento de pele (biópsia da lesão hemorrágica): bacterioscopia e cultura do raspado das lesões. O material deve ser obtido raspando-se a lesão com o lado cego de um estilete, até o aparecimento de um líquido.

OUTRAS MENINGITES

Como suspeitar:

Febre

Sinais meníngeos

Antecedente de TCE, otite, sinusite, uso de drogas injetáveis, infecção pelo HIV.

Como investigar:

Exame físico detalhado com avaliação de fundo de olho, avaliar a presença de sinais de localização. Antecedente de risco.

Coleta de LCR: Exame realizado

- quimiofisiológico
- cultura (líquor, sangue, petéquias ou fezes)
- contra-imunoelektroforese cruzada (líquor ou soro)
- aglutinação pelo látex (líquor ou soro)

Como atuar na PREVENÇÃO: Instituição imediata de precauções para transmissão por gotículas; manutenção das precauções para as infecções bacterianas sem agente identificado ou por meningococo ou por Hib por 24 h a partir do início do tratamento.

Como prevenir: Recomendada para contatos íntimos do caso: rifampicina a cada 12 horas por dois dias: adultos (600 mg/dose), crianças abaixo de 1 mês: 5 mg/kg/dose, de 1 mês-12 anos: 10 mg/kg/dose (máximo 600 mg/dose).

Instituição imediata de precauções para transmissão por gotículas.

Como notificar: Todos os pacientes que apresentem LCR com alterações nos parâmetros citofisiológicos devem ser notificados, independente do resultado da bacterioscopia e cultura.

Comunicar: o Sistema de Vigilância Epidemiológica Hospitalar pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento.

DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (DTAs)

- EXAME: coprocultura (Fezes para cultura de bactérias enteropatogênicas) (Papel Fitrol)

- SETOR: Parasitologia

- MATERIAL:

1- **Swab retal:** Introduzir o swab na ampola retal comprimindo-o, em movimentos rotatórios suaves, em toda a extensão da ampola. Inocular no meio de transporte.

2- **Fezes in natura.**

3- **Swab fecal:** Recolher parte das fezes com auxílio de um swab. Introduzir o swab no meio de transporte Cary-Blair ou água peptonada alcalina ou recolher entre 3 a 5 gramas de fezes, diarreicas ou não, em recipiente de boca larga, limpos e/ou esterilizados (não utilizar substâncias químicas). Evitar recolher amostras fecais contidas nas roupas, superfícies de camas ou chão.

- PERÍODO DE COLETA: Na fase ativa da doença. A semeadura deve ser realizada imediatamente após a coleta.

- ACONDICIONAMENTO: Tubo de água peptonada alcalina (ph 8.4-8.6) ou meio de Cary Blair. Espalhar as fezes diarreicas ou emulsionadas em água em 2/3 de uma das superfícies do papel, com auxílio de um fragmento de madeira ou outro material disponível. Acondicionar as tiras de papel de filtro em invólucros plásticos, Colher a amostra, tampar e observar a umidade (a amostra só é válida enquanto o papel de filtro se mantiver úmido).

- TRANSPORTE: Processar as amostras acondicionadas em tubos de água peptonada alcalina até 12

horas após a coleta, O meio de transporte Cary-Blair conserva, até 4 (quatro) semanas, numerosos tipos de bactérias inclusive vibriões. No entanto, como o swab, retal ou fecal, contém outros microrganismos da flora normal, recomenda-se processá-lo de 24 a 72 horas após a coleta (a 30°C), ou até 7 (sete) dias, se mantido sob refrigeração (4 a 8°C).

COLETA E ARMAZENAMENTO CONFORME ORIENTAÇÕES DO LABORATÓRIO.

Ficha de notificação de surto, em anexo.

ENCEFALITE POR ARBOVIRUS

Denomina-se arboviroses as doenças causadas por um grupo de bunyavírus denominados arbobunavírus. Têm importante papel na transmissão os artrópodes hematófagos. As entidades clínicas relacionadas compreendem: encefalite de St. Louis, encefalite equina oeste e leste, e outras arboviroses que também podem cursar com encefalites como dengue, febre amarela e Mayaro. Outros agentes relacionados: West Nilo, vírus Rocio, Oropouche.

Como suspeitar:

Paciente com quadro de febre alta, exantema, artralgia, congestão conjuntival, cefaléia, vômitos, alteração de marcha e equilíbrio e outras alterações neurológicas. Líquor com aumento de proteínas e aumento de celularidade a custas de linfomononucleares. Tendência a ocorrer em surtos. Paciente com história epidemiológica de contato estreito com ambiente silvestre.

Como Investigar: Coletar sangue e líquido para isolamento viral até o 3º dia do início dos sintomas conforme orientação do NVE. Nos casos suspeitos de dengue com sorologias IgM negativos testar o soro para St Louis.

ESQUISTOSSOMOSE

Como suspeitar:

Esquistossomose Aguda: após 3 a 7 sem da exposição, febre, anorexia, dor abdominal e cefaléia, com menor frequência o paciente pode referir diarreia, náuseas, vômitos, tosse seca; ao exame físico pode apresentar hepatoesplenomegalia e geralmente eosinofilia acentuada.

Forma intestinal: em geral assintomática.

Forma hepato-esplênica: paciente de áreas de alta endemicidade.

Forma hepato-intestinal.

Como investigar:

Realização de parasitológico de fezes pelo método Kato-Katz.

Ultrassonografia abdominal.

Biópsia retal ou hepática, apesar de não estar indicado para utilização na rotina, pode ser útil em casos suspeitos, na presença de exame parasitológico de fezes negativo.

Como prevenir:

Identificação, tratamento e controle de tratamento adequado dos portadores de *S. mansoni*.

Modificação das condições de transmissão (educação em saúde, saneamento ambiental nos focos).

Como notificar: Todo caso confirmado ao NVE/UVE.

FEBRE AMARELA

Como suspeitar:

Procedência de áreas endêmicas: região Amazônica, Centro-Oeste e região pré-amazônica do Maranhão. Países da América do Sul (Venezuela, Bolívia, Equador, Colômbia e Peru) e países endêmicos da África, acompanhado de síndrome febril, icterícia ou hemorrágica.

Como investigar:

Sorologia (MAC-ELISA IgM): colher 10 ml de sangue, após o 5º dia de doença.

Isolamento de Vírus: colher 5 ml de sangue, enviar imediatamente ao Laboratório para acondicionamento, até o 5º dia de doença ou enquanto permanecer a febre.

Fragmento de tecido de necrópsia (coração, fígado, rins, baço, linfonodo e cérebro) armazenado em frasco estéril com formalina tamponada a 10%. Colher material no máximo até 12 horas após o

óbito.

Como tratar: Medidas de suporte. Não há tratamento específico. ATUE NA PREVENÇÃO. Encaminhe para vacinação anti-amarílica indivíduos que viajarão para áreas endêmicas, com pelo menos 10 dias antes da viagem (revacinação a cada 10 anos).

Como notificar: Em caso de suspeita, notifique ao NVE/UBE pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento.

FEBRE CHIKUNGUNYA

Como suspeitar:

Nem todos os indivíduos infectados pelo chikungunya desenvolvem sintomas. Estudos mostram que 3 a 28% apresentam infecção assintomática.

Fase aguda - A fase aguda dura em média 7 dias, podendo variar de 3 a 10 dias, e se caracteriza pelo aparecimento abrupto de febre alta (>38,5°C), dor articular (artralgia) intensa e exantema maculopapular. Este ocorre geralmente de 2 a 5 dias após o início da febre, em aproximadamente metade dos pacientes. Cefaleia, dor difusa nas costas, mialgia, náusea, vômitos, poliartrite e conjuntivite são manifestações menos frequentes que surgem em diferentes momentos da doença. Fatores de risco individuais, tais como idades extremas (neonatos e idosos) e presença de comorbidades podem determinar a gravidade da doença.

Gestantes - A infecção pelo CHIKV no período gestacional não modifica o curso da gravidez; não há evidências de efeitos teratogênicos, mas há raros relatos de abortamento espontâneo. Mães com febre de chikungunya no período perinatal podem transmitir o vírus aos recém-nascidos por via vertical, com taxa de transmissão de até 85%, ocasionando formas graves em cerca de 90% dos neonatos. Ao que tudo indica, a realização de cesariana não altera o risco da transmissão e o vírus não é transmitido pelo aleitamento materno.

Quadro 01 - Formas atípicas da febre de chikungunya

Sistema/órgão	Manifestações
Nervoso	Meningoencefalite, encefalopatia, convulsão, Síndrome de Guillain-Barré, síndrome cerebelar, parestias, paralisias e neuropatias
Olho	Neurite óptica, iridociclite, episclerite, retinite e uveíte
Cardiovascular	Miocardite, pericardite, insuficiência cardíaca, arritmia, instabilidade hemodinâmica
Pele	Hiperpigmentação por fotossensibilidade, dermatoses vesiculobolhosas, úlceras aftosa-like
Rins	Nefrite, insuficiência renal aguda
Outros	Discrasia sanguínea, pneumonia, insuficiência respiratória, hepatite, pancreatite, síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético, insuficiência adrenal

Fonte: Adaptado de Rajapakse *et al.* (2010), in: OPAS (2011, p.14).

Como investigar:

Exames específicos - Os resultados dos seguintes testes laboratoriais confirmam uma infecção recente com CHIKV: pesquisa de vírus – isolamento do CHIKV; pesquisa de genoma de vírus – detecção de RNA de CHIKV por reação em cadeia da polimerase de transcrição reversa (RT-PCR) em tempo real ou RT-PCR clássico/convencional; pesquisa de anticorpos IgM por testes sorológicos – ensaio imunoenzimático ELISA; teste de neutralização por redução em placas (PRNT); demonstração de soroconversão (negativo → positivo ou aumento de quatro vezes) nos títulos de IgG por testes sorológicos (ELISA ou teste de Inibição da Hemaglutinação – IH) entre as amostras nas fases aguda (preferencialmente primeiros 8 dias de doença) e convalescente, preferencialmente de 15 a 45 dias após o início dos sintomas, ou 10-14 dias após a coleta da amostra na fase aguda. As orientações para procedimentos laboratoriais são apresentadas no Anexo A do GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/MS, 2014.

Como notificar: Em caso de suspeita, notifique ao NVE/UVE pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento. Por ser uma doença de notificação compulsória imediata, todo caso suspeito deve ser comunicado em, até 24 horas do atendimento, ao Serviço de Vigilância Epidemiológica Municipal e a todas as esferas do Sistema Único de Saúde (SUS). O serviço de vigilância epidemiológica deverá informar imediatamente à equipe de controle vetorial local para a adoção das medidas necessárias ao combate do vetor. A notificação deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), através da ficha de notificação/ investigação específica.

Durante a ocorrência de casos importados e de período não epidêmico, devem ser preenchidos todos os campos dos itens da ficha de notificação/investigação epidemiológica relativos aos dados gerais, notificação individual, manifestações clínicas, exames laboratoriais e conclusão do caso.

Durante epidemias, a notificação passa a ser semanal e o município pode adotar o preenchimento apenas da notificação, entretanto, a ficha de investigação deve ser preenchida para os primeiros casos da área, aqueles que apresentem manifestações atípicas, casos graves ou óbitos. Essa medida visa garantir a oportunidade de notificação.

FEBRE MACULOSA

Como suspeitar:

Febre, mialgia, cefaléia, exantema, e /ou vasculite.

Procedência ou atividade em área endêmica (sem confirmação de caso em Roraima - área silenciosa).

Contato com carrapato e/ou contato com eqüinos e capivaras e seus logradouros (período de incubação de 2 a 14 dias, média 7 dias).

Como investigar:

- cultura para *Rickettsia rickettsia*: sangue: 2 ml de sangue em flaconete estéril. Aguardar a retração do coágulo. Adicionar meio BHI (Brain Heart Infusion) e acondicionar em freezer a -70°C. Solicitar ao NVE/UVE para encaminhamento ao laboratório de referência./UVE

- biópsia das lesões petequiais: colocar o fragmento em flaconete estéril com 1 ml de meio de cultura BHI e acondicionar em freezer -70oC. Solicitar o material no NVEH. (solicitar o exame cultura para *Rickettsia*).

Sorologia para febre maculosa: Solicitar 02 amostras com intervalo de 10-14 dias. Colher 10 ml em tubo seco e encaminhar ao Laboratório.

Como notificar:

Em caso de suspeita, notifique ao NVE/UVE pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento.

FEBRE TIFÓIDE

Como suspeitar:

Paciente com febre persistente, acompanhada ou não dos seguintes sintomas: cefaléia, queda do estado geral, manchas rosadas no tronco (roséolas tíficas) diarréia ou constipação intestinal, hepatoesplenomegalia.

Antecedentes epidemiológicos de ingestão de água ou alimentos com risco de contaminação com material fecal ou contato com caso confirmado. Manifestações leves e atípicas podem ocorrer.

Como investigar:

O diagnóstico é realizado através de: isolamento e identificação do agente etiológico, nas diferentes fases clínicas, a partir do sangue (hemocultura), fezes (coprocultura), e em menor escala aspirado medular (mielocultura) e urina (urocultura). O diagnóstico também pode ser realizado pela técnica da reação em cadeia da polimerase (PCR).

- **Hemocultura** – apresenta maior positividade nas duas semanas iniciais da doença (75%, aproximadamente), devendo o sangue ser colhido, de preferência, antes que o paciente tenha tomado antibiótico. Recomenda-se a coleta de duas a 3 amostras, não havendo necessidade de intervalos maiores que 30 minutos entre elas.

- **Coprocultura** – a pesquisa da *S. Typhi* nas fezes é indicada a partir da 2ª até a 5ª semana da

<p>doença, assim como no estágio de convalescença e na pesquisa de portadores. No estado de convalescença, é indicada a coleta de amostras do material com intervalos de 24 horas. No caso da suspeita de portadores assintomáticos, particularmente aqueles envolvidos na manipulação de alimentos, recomenda-se a coleta de 7 amostras seqüenciadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mielocultura – trata-se do exame mais sensível (90% de sensibilidade). Além disso, apresenta a vantagem de se mostrar positivo mesmo na vigência de antibioticoterapia prévia. As desvantagens são o desconforto para o doente, por ser um procedimento invasivo, e a necessidade de pessoal médico com treinamento específico para o procedimento de punção medular, por se tratar de processo de alta complexidade. • Urocultura – tem valor diagnóstico limitado; a positividade máxima ocorre na 3ª semana de doença.
<p>Como notificar: Em caso de suspeita, notifique ao NVE/UBE pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento.</p>

<p>FEBRE DO ZIKA VÍRUS</p>
<p>Como suspeitar: É uma doença viral aguda, caracterizada por exantema maculopapular pruriginoso, febre intermitente, hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia, mialgia e dor de cabeça. Apresenta evolução benigna e os sintomas geralmente desaparecem espontaneamente após 3-7 dias.</p> <p>Definição de caso suspeito: Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de DOIS ou mais dos seguintes sinais e sintomas: Febre ou hiperemia conjuntival sem secreção e prurido ou poliartralgia ou edema periarticular.</p>
<p>Como investigar: O diagnóstico laboratorial específico de ZIKAV baseia-se principalmente na detecção de RNA viral a partir de espécimes clínicos. O período virêmico não foi estabelecido, mas se acredita que seja curto, o que permitiria, em tese, a detecção direta do vírus até 4-7 dias após o início dos sintomas, sendo, entretanto, ideal que o material a ser examinado seja até o 4º dia.</p> <p>No momento, não há sorologia disponível comercialmente para detecção de anticorpos para Zika Vírus no Brasil. Atualmente só há disponibilidade para realização de isolamento viral e RT-PCR, restrito aos nossos Laboratórios de Referência.</p> <p>O MS recomenda o RT-PCR para a confirmação da circulação viral, após fechar os casos por critério clínico-epidemiológico.</p> <p>As gestante com exantema agudo sugestivo de infecção pelo vírus zika:</p> <p>Caso suspeito: Toda grávida, em qualquer idade gestacional, com doença exantemática aguda, excluídas as hipóteses não infecciosas.</p> <p>Caso confirmado de gestante com infecção pelo vírus zika: Caso suspeito com diagnóstico laboratorial conclusivo para vírus Zika.</p> <p>Caso descartado de gestante com infecção pelo vírus zika: Caso suspeito com identificação da causa do exantema que não seja a infecção por vírus Zika.</p> <p>Para as gestantes: coletar dos exames laboratoriais RT-PCR E Sorologia*</p> <p>RT-PCR - colher sangue se for entre 0o e 5o dia do início dos sintomas E urina se estiver até o 8o dia dos sintomas. Sorologia - 1a coleta se estiver do 3o e 5o dia do início dos sintomas E 2a coleta da 2a a 4a semana da primeira coleta. Colher sorologia para exames: dengue, chikungunya e STORCH. Realizar ultrassonografia obstétrica/morfológica conforme rotina do pré natal.</p>
<p>Como notificar: Todo caso suspeito deve ser notificado na Ficha Individual de Notificação do SINAN. Em caso de suspeita, notifique ao NVE/UBE pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento.</p>

<p>HANSENIASE</p>
<p>Como suspeitar:</p>

- Lesões de pele com alteração de sensibilidade (anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos; placas eritematosas, eritematohipocrômicas, bem delimitadas, hipo ou anestésicas com comprometimento de tronco nervoso; Lesões pré faveolares (eritematosas planas com centro claro).
- Lesões faveolares (eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacentra) apresentando alterações de sensibilidade;
- Eritema e infiltração difusos, placas eritematosas infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões de mucosa, com alteração de sensibilidade.
- Acometimento de nervo(s) apresentando espessamento neural acompanhado de alterações de sensibilidade.

Como investigar:

- exame dermato-neurológico do paciente;
- examinar aspectos morfológicos das lesões cutâneas e classificação das formas clínicas;
- realização de exame baciloscópico de linfa como exame complementar para classificação de casos em MB ou PB;
- exame histopatológico é indicado como suporte na elucidação diagnóstica e em pesquisas.

HANTAVIRUS

Como suspeitar:

- Síndrome pulmonar (febre, tosse não produtiva e dispnéia com evolução para edema pulmonar) - Antecedentes epidemiológicos: contato com reservatórios (pequenos mamíferos, principalmente roedores silvestres que excretam o vírus através da urina, fezes e saliva).
- Pacientes menores de 10 anos procedentes de áreas onde ocorreram casos confirmados com dispnéia de instalação aguda, febre, mialgia e cefaléia com ou sem tosse.

Como investigar:

Sorologia para Hantavírus, encaminhar ao Laboratório juntamente com a notificação. Solicitar duas amostras com intervalo de 10 a 15 dias.

Como notificar:

Em caso de suspeita, notifique ao NVE/UVE pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento.

HEPATITES VIRAIS

São doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo fígado. Os principais agentes de importância clínica regional são o vírus da hepatite A (HAV), vírus da hepatite B (HBV), vírus da hepatite C (HCV), e vírus de hepatite D (HDV). Estes vírus tem em comum a predileção pelos hepatócitos, entretanto, divergem quanto às formas de transmissão e conseqüências clínicas advindas da infecção.

Como Suspeitar:

Fase Aguda: Maioria dos casos deve-se ao vírus da hepatite A e B e eventualmente co-infecção com HBV/HDV na região Norte. Cursa com uma fase prodrômica com astenia, febre baixa, diarreia, cefaléia, desconforto em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos. Evoluem para fase icterica, com hepatomegalia dolorosa, hiperbilirrubinemia com predomínio da fração direta e elevação de aminotransferases. A icterícia vai desaparecendo aos poucos, ocorrendo um período de convalescença que pode durar algumas semanas.

Fase Crônica: São os casos nos quais o agente etiológico permanece no hospedeiro após seis meses do início da infecção. Os vírus B, C e D são os que têm possibilidade de cronicar. O portador crônico funciona como um reservatório perpetuando a transmissão. O indivíduo pode permanecer como portador assintomático do vírus, com uma replicação baixa e a evolução tende a ser mais benigna. Alguns indivíduos evoluem com hepatite crônica, com sinais histológicos da doença. Apresentam maior propensão para uma evolução desfavorável, com desenvolvimento de cirrose e complicações.

Hepatite Fulminante: Designa a insuficiência hepática no curso de uma hepatite aguda viral. Mortalidade elevada. Os vírus HBV e HAV são os mais relacionados.

Caso suspeito:

Suspeita clínica /bioquímica Sintomático icterico: Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente (recente ou não), com ou sintomas como febre, mal-estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal. Ou Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.

Sintomático anictérico: Indivíduo sem icterícia, que apresente um ou mais sintomas como febre, mal-estar, náuseas, vômitos, mialgia e na investigação laboratorial apresente valor aumentado das aminotransferases.

Assintomático: Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (na hemodiálise, em acidente ocupacional com exposição percutânea ou de mucosas, por transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos /odontológicos /colocação de "piercing" /tatuagem com material contaminado, por uso de drogas endovenosas com compartilhamento de seringa ou agulha).

- Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente de forma clínica e evolutiva do caso índice.

- Indivíduo com alteração de aminotransferases no soro igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas, segundo o método utilizado.

Caso Confirmado:

Hepatite A: Indivíduo caso suspeito + anticorpo da classe IgM contra o vírus da hepatite A (anti-HAV IgM).

Hepatite B: Indivíduo caso suspeito + HBsAg reagente, HbeAg reagente, Anti HBc IgM reagente, DNA do HBV reagente.

Hepatite C: Indivíduo caso suspeito + anti HCV reagente e PCR HCV positivo.

Hepatite D: Indivíduo portador crônico do vírus da hepatite B mais anticorpo para o vírus da hepatite D.

Notificação: É doença de notificação compulsória, mesmo em caso suspeito. Proceder à notificação e encaminhar ao NVE/UVE. Os casos identificados devem ser encaminhados ao ambulatório de referência para seguimento.

INFLUENZA**Definições de caso****Vigilância sentinela:**

- **SG** – indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse e com início dos sintomas nos últimos 7 dias.

- **SRAG** – indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta que apresente dispnéia e que foi hospitalizado em UTI.

Vigilância universal de SRAG:

- **Caso de SRAG** – indivíduo de qualquer idade, internado com SG e que apresente dispnéia ou saturação de O₂ <95% ou desconforto respiratório. Deve ser registrado o óbito por SRAG independentemente de internação.

- Em >6 meses de vida, a SG é caracterizada por febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaléia, mialgia ou artralgia;

- Em <6 meses de vida, a SG é caracterizada por febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios.

SRAG confirmado para influenza ou outro vírus respiratório

- Indivíduo com SRAG pelo vírus influenza ou outro vírus respiratório confirmado por laboratório.

- Caso de SRAG para o qual não foi possível coletar ou processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial e que tenha sido contato próximo de um caso laboratorialmente confirmado ou pertença a mesma cadeia de transmissão para influenza.

Vigilância de surto de SG

• Surto em comunidade fechada ou semi-fechada – ocorrência de pelo menos três casos de SG ou óbitos, observando-se as datas de início dos sintomas.

• Surto em ambiente hospitalar – ocorrência de pelo menos três casos de SG ou casos e óbitos confirmados para influenza vinculados epidemiologicamente, em uma de terminada unidade (enfermaria, UTI), observando-se as datas de início dos sintomas, e que tenham ocorrido no mínimo 72 horas após a admissão.

Critério de confirmação de agente etiológico em um surto de SG

Resultado laboratorial positivo em, pelo menos, uma das três amostras coletadas. Nessa situação, todos os demais casos suspeitos relacionados ao surto, ou seja, integrantes da mesma cadeia de transmissão, deverão ser confirmados por vínculo (critério clínico-epidemiológico).

Critério de descarte de agente etiológico em um surto de SG

Resultado laboratorial negativo nas amostras coletadas, conservadas e transportadas de modo adequado ao laboratório. Nessa situação, todos os demais casos de SG relacionados ao surto (mesma cadeia de transmissão) deverão ser descartados por vínculo (critério clínico-epidemiológico).

Metas estabelecidas para as unidades sentinelas de influenza

• **SG** – realizar, no mínimo, 80% de registros (SIVEP-Gripe) e coleta de material por SE, cinco amostras de SNF; alimentar o Sistema SIVEP-Gripe semanalmente e informar proporção de atendimentos por SG, em relação ao total de atendimentos no serviço, semanalmente.

• **SRAG** – registrar, no mínimo, 80% dos casos de SRAG internados na UTI, com devida coleta de amostra, envio ao LACEN e digitação no SIVEP-Gripe, semanalmente. Coletar, do total dos casos registrados, 80% de amostra. Realizar em 90% das semanas

Metas estabelecidas para as unidades sentinelas de influenza

• **SG** – realizar, no mínimo, 80% de registros (SIVEP-Gripe) e coleta de material por SE, cinco amostras de SNF; alimentar o Sistema SIVEP-Gripe semanalmente e informar proporção de atendimentos por SG, em relação ao total de atendimentos no serviço, semanalmente.

• **SRAG** – registrar, no mínimo, 80% dos casos de SRAG internados na UTI, com devida coleta de amostra, envio ao LACEN e digitação no SIVEP-Gripe, semanalmente. Coletar, do total dos casos registrados, 80% de amostra. Realizar em 90% das semanas epidemiológicas registro do número de internações que ocorreram na instituição por CID 10: J09 a J18.

As metas estabelecidas para as unidades sentinelas de influenza serão monitoradas conforme a Portaria no 183, de 30 de janeiro de 2014. O não cumprimento implicará a suspensão do repasse financeiro.

Orientações para coleta, armazenamento, transporte e envio de amostras para diagnóstico laboratorial de influenza consultar GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE/MS, 2014. Página 37.

O que deve ser notificado?

• Caso de SRAG hospitalizado – deve ser notificado de forma individual em sistema informatizado específico.

• Surto de SG – deve ser notificado de forma agregada no módulo de surto do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), assinalando, no campo Código do Agravado/Doença da Ficha de Investigação de Surto, o CID J06. Nos casos de surtos, a vigilância epidemiológica local deverá ser prontamente notificada/ informada.

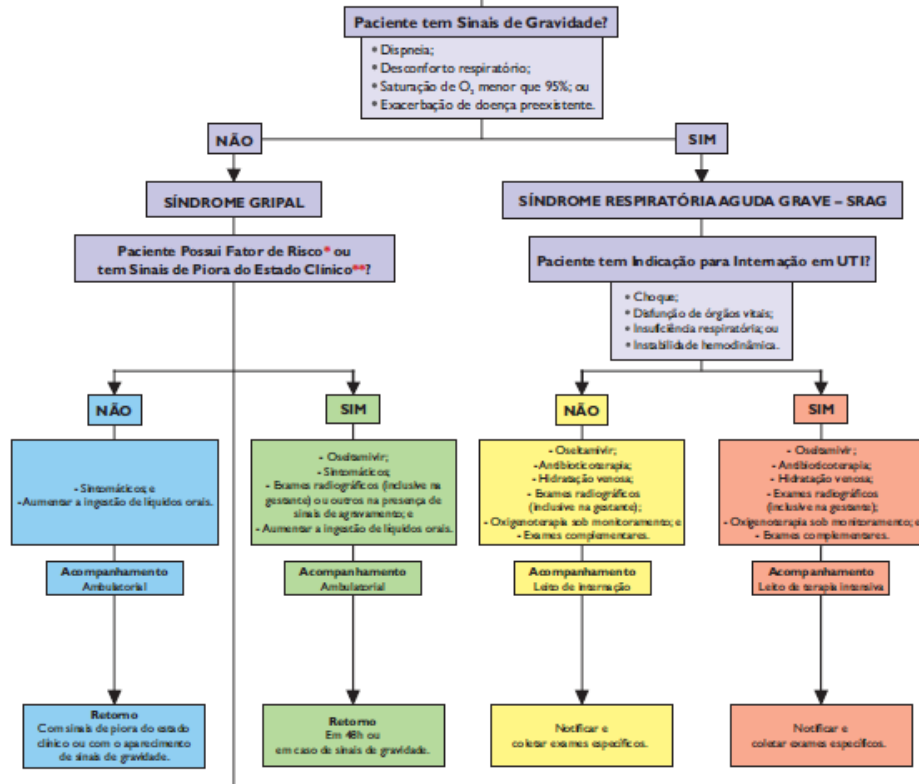
Os casos de surto de SG que evoluírem para forma grave, de acordo com a definição de caso de SRAG, deverão ser notificados individualmente em sistema informatizado específico.

SÍNDROME GRIPAL/SRAG

Classificação de Risco e Manejo do Paciente

Síndrome Gripal

Na ausência de outro diagnóstico específico, considerar o paciente com febre, de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.
Obs.: em crianças com menos de 2 anos de idade considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal.



* **Fatores de risco:** população indígena; gestantes; puérperas (até duas semanas após o parto); 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); adultos (≥ 60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/AIDS); nefropatias e hepatopatias; obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos); pacientes com tuberculose de todas as formas.

** **Sinais de piora do estado clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de três dias; miosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração do sensorio; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

Fonte SAS

DROGA	FAIXA ETÁRIA	POSOLOGIA	
OSELTAMIVIR	Adulto	75 mg, vo*, 12/12h, 5 dias	
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, vo, 12/12h, 5 dias
Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg por kg, vo, 12/12h, 5 dias	
	9 a 11 meses	3,5 mg por kg, vo, 12/12h, 5 dias	
ZANAMIVIR	Adulto	10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança	≥ 7 anos: 10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias	
Dose para Tratamento no Período Neonatal – Tratamento durante cinco dias			
Recém-nascido pré-termo	1 mg/kg/dose 12/12 horas até 38 semanas de idade		
	1 mg/kg/dose 12/12 horas < 38 semanas de idade		
Período Neonatal	1,5 mg/kg/dose 12/12 horas de 38 a 40 semanas de idade		
	3 mg/kg/dose de 12/12 horas em RN com IG > 40 semanas		

* via oral.

INFECÇÃO PELO HIV

DEFINIÇÃO DE CASO:

- **Definição de caso de infecção pelo HIV em indivíduos com menos de 13 anos de idade** – todo indivíduo diagnosticado com infecção pelo HIV, seguindo os fluxogramas vigentes.
- **Para indivíduos com idade igual ou inferior a 18 meses** – checar Suplemento I da publicação Recomendações para terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV (2010).
- **Para indivíduos com idade superior a 18 meses e inferior a 13 anos** – checar Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013 e Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV (2013).
- **Definição de caso de infecção pelo HIV em indivíduos com 13 anos ou mais de idade** – todo indivíduo com 13 anos ou mais de idade diagnosticado com infecção pelo HIV, seguindo os fluxogramas vigentes no Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV (2013), de acordo com a Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013 (Figuras 3, 4, 5, 6 e 7 deste guia).
- **Critério excepcional óbito** – todo óbito com menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum campo da Declaração de Óbito e investigação epidemiológica inconclusiva.

DEFINIÇÃO DE CASOS DE GESTANTE/PARTURIENTE/PUÉRPERA COM HIV PARA FINS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Toda mulher em que for detectada a infecção por HIV, ou aquela que já tenha o diagnóstico confirmado de HIV ou aids, no momento da gestação, parto, ou puerpério.

DEFINIÇÃO DE CASOS DE CRIANÇA EXPOSTA AO HIV PARA FINS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Toda criança nascida de mãe infectada, ou que tenha sido amamentada por mulher infectada pelo HIV.

Roteiro da investigação

Para a investigação de casos de infecção pelo HIV/aids é indispensável o preenchimento de todos os campos das fichas do SINAN. As informações a serem coletadas durante a investigação incluem dados gerais do indivíduo e do local de notificação do caso, antecedentes epidemiológicos com ênfase nos comportamentos e vulnerabilidades, dados de laboratório, e outros dados relacionados ao critério de definição de caso, ao tratamento e à evolução do caso. Para a investigação de casos em crianças menores de 13 anos de idade, coletar os antecedentes epidemiológicos da mãe do indivíduo.

Para a investigação de casos de HIV em gestante/parturiente/puérpera com HIV e criança exposta ao HIV, além dos dados gerais da gestante/parturiente/puérpera e do local de notificação do caso, coletar os antecedentes epidemiológicos da mãe da criança exposta relacionados ao pré-natal e ao parto. Da criança exposta ao HIV devem ser coletados dados gerais e outras informações relacionadas à profilaxia com antirretrovirais, diagnóstico da infecção e sua evolução.

Para a coleta de dados clínicos e epidemiológicos, cuja investigação demanda o levantamento de dados comportamentais, é da maior importância a garantia do sigilo das informações.

Quando houver suspeita de transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados, é necessária uma investigação conjunta com a Vigilância Sanitária, que inclui o rastreamento da bolsa de sangue e hemoderivados e a identificação de doadores e outros receptores, para a confirmação ou não dessa via de transmissão, impedindo a ocorrência de novos casos.

PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL

As gestantes portadoras do HIV deverão iniciar a profilaxia da transmissão vertical a partir da 14ª semana, com terapia antirretroviral tripla. Para consultar as normas técnicas de profilaxia, ver a publicação Recomendações para Profilaxia da Transmissão Materno-Infantil do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes.

MEDIDAS A SEREM ADOTADAS PARA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

Em caso de exposição ocupacional a material biológico, observar as recomendações técnicas contidas no documento Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C.

Como Notificar:

A notificação de doenças constantes da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças,

agravos e eventos de saúde pública é obrigatória aos médicos e outros profissionais de saúde que atuam na assistência ao paciente, em conformidade com os Arts. 7º e 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

A infecção pelo HIV está incluída na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, além dos casos de aids, gestantes/parturientes/puérperas com HIV e de crianças expostas.

A notificação é registrada no SINAN mediante o preenchimento das seguintes fichas:

- Ficha de Notificação/Investigação de Aids em Pacientes com 13 anos ou mais;
- Ficha de Notificação/Investigação de Aids em Pacientes Menores de 13 anos;
- Ficha de Notificação/Investigação de Criança Exposta ao HIV; e
- Ficha de Investigação de Gestante HIV+, utilizada para notificar casos de gestante, parturiente e puérpera.

- Informações disponíveis nos Manuais do Ministério da Saúde e no site www.aids.gov.br

- Todos esses manuais já foram fornecidos pelas Gerências estadual e municipal. Se necessário solicitar novo exemplar.

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR

Como suspeitar:

Indivíduo com processo ulcerativo cutâneo com lesão arredondada de bordas elevadas e infiltradas, fundo granuloso com ou sem exsudato, processo ulcerativo crônico (cutâneo ou mucoso), ou lesões verrucosas, tuberosas ou vegetantes.

Como investigar:

Exames parasitológicos

* Exame direto (esfregaço da lesão, imprint por aposição)

* Histopatológico (biópsia da lesão)

* Intradermorreação de Monte Negro.

Como notificar: Em caso de suspeita, notifique ao NVE/UVE pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento.

LEISHMANIOSE VISCERAL

Como suspeitar:

Indivíduo proveniente de área endêmica com hepatoesplenomegalia febril.

Como investigar: Aspirado de material de medula óssea e cultura em meio NNN (avisar a e retirar o meio de cultura na microbiologia).

HMG: pode evidenciar pancitopenia; VHS.

Sorologia p/ leishmaniose: solicitar no Laboratório.

Intradermorreação de Montenegro.

Imunofluorescência indireta.

Como notificar: Em caso de suspeita, notifique ao NVE/UVE pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento.

LEPTOSPIROSE

Como suspeitar:

- Paciente com febre, mialgia (principalmente na panturrilha), vômitos, calafrios, diminuição do volume urinário, hiperemia conjuntival e icterícia. Formas oligossintomáticas podem ocorrer.

- Antecedentes epidemiológicos de risco: exposição a enchentes ou outras coleções hídricas potencialmente contaminadas (córregos, fossas, lagos, rios); atividades profissionais como coleta de lixo, limpeza de córregos, trabalha com água e esgotos, tratadores de animais; presença de animais (roedores) infectados nos locais freqüentados.

Como investigar:

Exames Específicos: sorologia para Leptospirose - Solicitar sempre duas amostras com intervalo de 10 a 15 dias.

Exames inespecíficos: perfil renal, perfil hepático, coagulograma, perfil eletrolítico.

Como notificar: Em caso de suspeita, notifique ao NVE/UEV pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento.

MALÁRIA

Como suspeitar:

Paciente com febre sem outro diagnóstico definido. Tenha estado nos últimos 14 meses em área, onde há transmissão de malária. Tenha tido malária nos últimos três anos.

Em todos os pacientes febris procedentes da região Amazônica, ainda que lá tenham estado apenas por poucas horas.

Com investigar: Entrar em contato com o laboratório para realização de gota espessa, para pesquisa de protozoários.

Como notificar: Em caso de suspeita, notifique ao NVE-HUJM pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento.

PARALISIA FLÁCIDA AGUDA (PFA)

Como suspeitar:

Fraqueza muscular progressiva, precedida em horas ou dias por distúrbios sensitivos. 2/3 dos casos os pacientes não conseguem andar. 20% dos casos a paralisia é completa. Quando é simétrico e ascendente Nervos cranianos podem ser afetados.

Exame neurológico - fraqueza muscular abolição dos reflexos profundos e graus variados de atrofia. SGB (Guillain-Barré) é a causa mais comum de PFA.

POLIOMIELITE

Como suspeitar:

A poliomielite ou "paralisia infantil" é uma doença infectocontagiosa viral aguda, caracterizada por quadro de paralisia flácida, de início súbito instala-se subitamente e a evolução desta manifestação, frequentemente, não ultrapassa três dias. Acomete em geral os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade conservada e arreflexia no segmento atingido.

Paciente que apresenta um quadro de paralisia flácida, de início súbito em menores de 15 anos, independente da hipótese de diagnóstico de poliomielite ou toda hipótese diagnóstica de poliomielite, em pessoas de qualquer idade.

O diagnóstico diferencial da poliomielite deve ser feito com polineurite pós-infecciosa e outras infecções que causam paralisia flácida aguda. As principais doenças a serem consideradas no diagnóstico diferencial são: síndrome de Guillain-Barré (SGB), mielite transversa, meningite viral, meningoencefalite e outras enterovirose (Echo tipo 71 e coxsackie, especialmente do grupo A tipo 7). Para o adequado esclarecimento diagnóstico, a investigação epidemiológica e a análise dos exames complementares são essenciais.

Instalação da paralisia	24 a 28 horas	Desde horas até 10 dias	Desde horas até 4 dias
Febre ao início	Alta. Sempre presente no início da paralisia, desaparece no dia seguinte.	Não é freqüente	Raramente parece
Paralisia	Aguda, assimétrica, principalmente proximal.	Geralmente aguda. Simétrica distal.	Aguda, simétrica em membros inferiores.
Reflexos osteotendinosos profundos	Diminuídos ou ausentes	Globalmente ausentes	Ausentes em membros inferiores.
Sinal de Babinsky	Ausente	Ausente	Presente
Sensibilidade	Grave mialgia	Parestesia, hipoestesia	Anestesia de MMII com nível sensitivo
Sinais de irritação meníngea	Geralmente presentes	Geralmente ausentes	Ausentes
Comprometimento de nervos cranianos	Somente nas formas bulbares	Pode estar presente	Ausente
Insuficiência respiratória	Somente nas formas bulbares	Em casos graves, exacerbada por pneumonia bacteriana.	Em geral torácica, com nível sensorial
Líquido cefalorraquidiano	Inflamatório	Dissociação proteino-citológica	Células normais ou elevadas: aumento moderado ou acentuado de proteínas
Disfunção vesical	Ausente	Às vezes transitória	Presente
Velocidade de condução nervosa	Normal ou pode-se detectar apenas redução na amplitude do potencial da unidade motora	Redução da velocidade de condução motora e sensitiva	Dentro dos limites da normalidade
Eletromiografia (EMG)	Presença ou não de fibrilações Potencial da unidade motora com longa duração e aumento da amplitude	Presença ou não de fibrilações e pontas positivas. Potencial da unidade motora pode ser normal ou neurogênico.	Dentro dos limites da normalidade.

Como investigar: O diagnóstico é eminentemente clínico, LCR (dissociação proteino-citológica), Eletroneuromiografia.

Isolamento do vírus – é realizado a partir de amostra de fezes do caso ou de seus contatos, para confirmação diagnóstica. A identificação do agente viral isolado pode ser realizada por meio de testes de soroneutralização com o uso de soros imunes específicos, preconiza-se a técnica de reação em cadeia da polimerase de transcrição reversa (RT-PCR).

Coleta de amostras de fezes dos casos

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.

Todo caso conhecido deverá ter uma amostra de fezes, coletada no máximo até 60 dias após o início da deficiência motora. Em crianças que apresentam obstipação intestinal, dificultando a coleta de amostras de fezes, pode-se utilizar supositório de glicerina.

O *swab* retal somente é recomendado em casos de paralisia flácida aguda (PFA) que foram a óbito antes da coleta adequada de fezes.

Coleta de amostras de fezes de contatos

Deverão ser coletadas nas seguintes situações:

- contatos de caso com clínica compatível com poliomielite, quando houver suspeita de reintrodução da circulação do poliovírus selvagem;
- contato de caso em que haja confirmação do vírus derivado vacinal. Contatos, intradomiciliares ou não, são priorizados para coleta de amostras de fezes. Recomenda contato telefônico prévio com o LACEN/RR.

Todo caso de paralisia flácida aguda deve ser investigado, nas primeiras 48 horas após o conhecimento, com o objetivo de coletar as informações necessárias para a correta classificação do caso. Esta medida visa subsidiar o processo de tomada de decisão quanto ao desencadeamento em tempo hábil das medidas de controle indicadas em cada situação.

Como notificar:

Todo caso de PFA deve ser notificado imediatamente pelo nível local à SMS. A notificação deve ser registrada no SINAN, por meio do preenchimento e envio da Ficha de Investigação de Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite. Além disso, todo caso suspeito de PAV e/ou PVDV deve ser notificado no Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SIEAPV), por intermédio da Ficha de Investigação/Notificação de Evento Adverso Pós-vacinação.

PESTE**Como suspeitar:**

- * Paciente que apresenta quadro agudo de febre pertencente a um foco natural de peste, que evolua com adenite ("sintomático ganglionar");
- * Paciente proveniente de área com ocorrência de peste pneumônicas (de 1 a 10 dias) que apresente febre e/ou manifestações clínicas da doença, especialmente sintomatologia respiratória.

Como investigar:

Mediante o isolamento e a identificação da *Y. pestis* em amostra de aspirado de bubão, escarro e sangue.

- Imunofluorescência
- Sorologia por técnica de hemaglutinação, Elisa. Comunicar ao LACEN (formulário específico do Laboratório, juntamente com a notificação).

Como notificar: Comunicar imediatamente o Sistema de Vigilância Epidemiológica Hospitalar pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento.

RAIVA**Profilaxia da Raiva Humana (Manual Técnico do Instituto Pasteur - 1999)****CUIDADOS COM O FERIMENTO**

Limpeza do ferimento: com água corrente abundante e sabão ou outros detergentes; deve ser realizado o mais rápido possível; caso não tenha sido efetuada no momento do acidente, deverá ser realizada no momento da consulta, qualquer que tenha sido o prazo transcorrido. A limpeza deve eliminar todas as sujidades e, em seguida, devem ser utilizados anti-sépticos que inativem o vírus da raiva (como PVPI). A sutura das lesões deve ser realizada se houver risco de comprometimento funcional, estético ou de infecções, pois aumenta o risco de infiltração do vírus nas terminações nervosas.

O soro anti-rábico, quando indicado, deve ser infiltrado no local ferido uma hora antes da sutura. É necessário avaliar a necessidade de profilaxia do tétano, de acordo com a norma vigente, e de antimicrobianos para a prevenção de infecções secundárias.

EXPOSIÇÃO A CÃES E GATOS A INDICAÇÃO DO TRATAMENTO PROFILÁTICO DA RAIVA DEPENDE

- da situação clínica do animal no momento da exposição,
- da possibilidade de sua observação e de seus hábitos de vida.
- da situação da raiva na área geográfica de sua procedência e da gravidade da lesão.

SITUAÇÃO CLÍNICA DO ANIMAL NO MOMENTO DA EXPOSIÇÃO

- animal com sinais suspeitos de raiva, o tratamento profilático do paciente imediato e o animal

submetido à eutanásia e seu encéfalo (inteiro ou fragmentos) deve ser encaminhado para análise laboratorial. O resultado negativo da prova de imunofluorescência para raiva permite a suspensão do esquema profilático.

- animal sadio, a conduta dependerá da observação clínica do animal.

EXPOSIÇÃO A OUTROS ANIMAIS

- O paciente deve iniciar o tratamento profilático da raiva, o mais rápido possível, em caso de acidente com morcego ou eqüideo.

- No caso de acidente com outros animais de alto e médio risco é indicada a eutanásia, quando possível, e o encaminhamento do encéfalo do animal para pesquisa laboratorial do vírus da raiva. O início do tratamento profilático do paciente pode ser retardado, no máximo em 48 horas após o acidente, para se aguardar o resultado, desde que o animal não apresente sinais da doença. Se não for possível obter o resultado nesse período, o tratamento deve ser iniciado, e posteriormente suspenso, caso seja negativo.

- Se não houver possibilidade de realizar avaliação laboratorial, o paciente deve receber o esquema de tratamento profilático indicado.

- A observação de animais é uma conduta válida apenas para cães e gatos, para os quais são conhecidos os períodos de incubação e transmissão da doença. Até o presente, esta conduta não pode ser adotada para nenhum outro animal visando à introdução ou suspensão do tratamento anti-rábico.

Como notificar: Comunicar imediatamente o Sistema de Vigilância Epidemiológica Hospitalar pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento (NVE/UVE).

RUBÉOLA ADQUIRIDA

Como suspeitar: Exantema máculopapular e/ou linfadenopatia (retroauricular e occipital). Normalmente acompanhado de febre, em geral baixa.

Como investigar: Solicite sorologia.

Como prevenir: Institua precauções para transmissão por gotículas. Encaminhe os comunicantes para orientação e imunizações se necessário. Encaminhe para vacinação crianças aos 15 meses de idade, adolescentes e profissionais da área de saúde.

Como notificar: Comunicar imediatamente o Sistema de Vigilância Epidemiológica Hospitalar pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento (NVE/UVE).

SÍNDROME DA RUBEOLA CONGÊNITA

Como suspeitar:

Criança com catarata e/ou retinopatia cardiopatia (persistência do ducto arterial, estenose da artéria pulmonar), déficit auditivo, microcefalia. Púrpura trombocitopênica neonatal. Crescimento retardado, hepatoesplenomegalia, lesões de pele. Formas leves podem ser associadas com pouca ou nenhuma manifestação ao nascimento.

Como investigar:

Isolamento de vírus é de grande importância nos casos suspeitos de SRC, particularmente nos casos de abortamento e perda fetal, assim como para a determinação do tempo de eliminação do vírus da Rubéola e, portanto do período de transmissibilidade (pesquisar o vírus a partir do 4º mês) uma vez que praticamente todos os casos eliminam até o 3º mês.

Isolamento viral de: Secreção respiratória - swab de orofaringe, com um swab e colocá-lo em tubo estéril, contendo caldo nutriente e antibióticos.

Sangue - amostra colhida em tubo estéril com heparina (mínimo de 2 ml).

LCR - colher em fraconete plástico estéril (mínimo 2 ml). Urina - deve ser fresca colhida em fraconete plástico estéril.

Material de catarata - colocar em caldo nutriente com antibiótico. Amostras de tecidos, placenta ou líquido amniótico - colocar em frascos estéreis com caldo nutriente.

CALDO NUTRIENTE será fornecido pelo Laboratório, portanto é necessário programação da coleta. O

<p>material coletado deve ser armazenado pela microbiologia a -70° C. Sorologia para rubéola. Como prevenir: Profissionais da área de saúde e mulheres em idade fértil (não grávidas) devem receber vacinação se susceptíveis. Como notificar: Comunicar imediatamente o Sistema de Vigilância Epidemiológica Hospitalar pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento (NVE/UVE).</p>

<p>SARAMPO</p> <p>Como suspeitar: Febre, exantema máculo-papular, acompanhado de um ou mais dos seguintes sintomas: tosse, coriza, conjuntivite, independentemente da idade ou do estado vacinal e/ou contato com casos semelhantes.</p> <p>Como prevenir: Solicite sorologia para sarampo (método ELISA-IgM) amostra única. ATUE NA PREVENÇÃO Institua precauções para transmissão por aerossóis. Encaminhe os comunicantes (atenção especial para gestantes e imunocomprometidos) para orientação e imunizações se necessário. Encaminhe para a vacinação crianças aos 9 e aos 15 meses.</p> <p>Como notificar: Comunicar imediatamente o Sistema de Vigilância Epidemiológica Hospitalar pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento (NVE/UVE).</p>

<p>SÍFILIS CONGÊNITA</p> <p>Criança cuja mãe teve sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independente da presença de sinais, sintomas e resultados laboratoriais. Toda criança que apresentar teste não treponêmico (VDRL, RPR) positivo para sífilis e uma das seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evidência de sintomatologia sugestiva de sífilis congênita ao exame físico. - evidência de sífilis congênita aos raios-X - alteração do LCR. - título de anticorpos não treponêmico (VDRL) do RN ³ 4 x o título materno, na ocasião do parto. - evidência de elevação de títulos de ac não treponêmicos em relação ao título anterior. - positividade para Ac IgM contra <i>T. pallidum</i> ou toda criança com teste não treponêmico após seis meses de idade, exceto em situação de seguimento pós-terapêutico e de sífilis adquirida ou todo caso de morte fetal ocorrido após 20 semanas de gestação ou com peso > de 500gr, cujas mães portadoras de sífilis não foram tratadas ou tratadas inadequadamente (natimorto com sífilis). <p>Como investigar: RN: Exame Físico; LCR; Raio-x Ossos Longos; VDRL (sangue periférico). Acompanhamento do RN, VDRL: 1, 2, 3, 6 e 12 meses. Em pacientes com LCR anormal deve ser feito novo LCR de 6/6 meses.</p> <p>Como prevenir: Na população geral: Informação sobre DSTs; uso de preservativos; diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e em seus parceiros; tratamento imediato do caso diagnosticado e do parceiro e acompanhamento ambulatorial até cura; realização de VDRL em mulheres com desejo de engravidar. No pré-natal: VDRL no primeiro trimestre da gestação ou na 1ª consulta e outro no início do 3º trimestre; Tratamento imediato dos casos e parceiros; Realizar controle de cura mensal; Orientar o uso de preservativo. No parto: Triagem para sífilis no local do parto - VDRL em toda mulher admitida para parto ou curetagem; Realizar VDRL em amostras de sangue periférico de todos RNs de mães com VDRL reagente. Tratamento imediato dos casos de sífilis congênita, notificação e investigação.</p> <p>Como notificar: Comunicar imediatamente o Sistema de Vigilância Epidemiológica Hospitalar pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento (NVE/UVE).</p>
--

TÉTANO ACIDENTAL**Como suspeitar:**

Contratura para-vertebral e abdominal.
Trismo pode-se apresentar de forma localizada.
Espasmos musculares sem alterações do nível de consciência.
Presença de ferimentos (não é obrigatória; PI 4 a 21d).

Como investigar:

O diagnóstico é eminentemente clínico.
O diagnóstico diferencial com doenças que causam trismo, rigidez de nuca e/ou convulsões: abscessos de orofaringe, caxumba, raiva, meningites.

Como prevenir:

Encaminhe para vacinação crianças aos 2, 4, 6, 15 meses e aos 5 anos com a vacina triplice; reforços com dupla adulta (difteria e tétano) a cada 10 anos.
Vacinar os indivíduos com esquema vacinal incompleto em todas as oportunidades existentes (consulta, internações, pré-natal).

Como notificar: Comunicar a NVE/UBE o mais rápido possível, no dia do atendimento.

TÉTANO NEONATAL**Como suspeitar:**

Dificuldade para sugar, choro constante em decorrência de trismo. Na evolução rigidez da musculatura do pescoço, do tronco, dos músculos abdominais, aumento da temperatura corporal, sudorese, hipertensão arterial e taquicardia. A criança assume posição de boxeador, opistótono.

Como investigar: O diagnóstico é eminentemente clínico-epidemiológico.

Como prevenir: Encaminhe no pré-natal a gestante para vacina duplo adulto Oriente os cuidados com o coto umbilical.

Como notificar: Comunicar imediatamente o Sistema de Vigilância Epidemiológica Hospitalar pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento (NVE/UBE).

TRACOMA

Como suspeitar: Indivíduos que apresentarem história de "conjuntivite" prolongada ou referirem sintomas oculares de longa duração (ardor, hiperemia, sensação de corpo estranho, fotofobia, lacrimejamento e secreção ocular), especialmente na faixa etária de 1 a 10 anos.
Os comunicantes de casos de tracoma com sintomas de conjuntivite, também devem ser considerados suspeitos.

Como investigar: Avaliação com oftalmologista (inflamação tracomatosa folicular, inflamação tracomatosa intensa, cicatrização conjuntival tracomatosa, triquíase tracomatosa, opacificação corneana).

Como notificar: Comunicar imediatamente o Sistema de Vigilância Epidemiológica Hospitalar pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento (NVE/UBE).

TUBERCULOSE

Como suspeitar: Pacientes com sintomas respiratórios persistentes (mais de 15 dias). Febre de origem indeterminada. Síndrome consuptiva.

Como investigar:

Exame microscópico direto – baciloscopia direta: A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), pelo método de Ziehl-Nielsen, e a técnica mais utilizada. A baciloscopia do escarro, quando executada corretamente, permite detectar a maioria dos casos pulmonares. A baciloscopia direta de escarro está indicada na investigação da tuberculose em:

- paciente sintomático respiratório (SR);
- paciente com suspeita clínica ou radiológica de tuberculose pulmonar, independentemente do tempo de tosse;
- paciente com suspeita clínica de tuberculose extrapulmonar (neste caso também deve ser feita a

baciloscopia de materiais biológicos específicos).

A baciloscopia de escarro diagnostica deve ser realizada em duas amostras:

- uma coletada na primeira consulta ou visita domiciliar (na identificação do sintomático respiratório);
- e outra coletada na manhã do dia seguinte, de preferência, ao despertar (independentemente do resultado da primeira amostra).

Cultura para micobactéria com identificação de espécie: É um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da tuberculose. Nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura de escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença.

Os meios mais comumente utilizados são os sólidos a base de ovo, Lowenstein-Jensen e Ogawa-Kudoh (menor custo, menor contaminação e maior tempo para o crescimento bacteriano – 14 a 30 dias, podendo se estender por até 60 dias) ou meios líquidos (com sistemas automatizados, menor tempo para o crescimento bacteriano – 5 a 12 dias, podendo se estender por até 42 dias).

A identificação da espécie é feita por métodos bioquímicos e fenotípicos ou pode ser analisada por meio de técnicas moleculares.

Teste de sensibilidade antimicrobiano (TSA): É o exame laboratorial realizado para detectar a resistência dos isolados de *M. tuberculosis* aos fármacos utilizados no tratamento da tuberculose. Os fármacos testados são, em geral, rifampicina, isoniazida, etambutol e estreptomina.

Teste rápido molecular para tuberculose: O teste rápido molecular para tuberculose é um teste de amplificação de ácidos nucleicos utilizado para detecção de DNA do *M. tuberculosis* e triagem de cepas resistentes a rifampicina pela técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real. O tempo de execução do teste no laboratório é de 2 horas, e o resultado detecta presença ou ausência do complexo *M. tuberculosis* e indica sensibilidade ou resistência a rifampicina.

Histopatologia: É um método empregado na investigação, na suspeita de tuberculose ativa nas formas extrapulmonares ou nas pulmonares que se apresentam radiologicamente como doença difusa (como na tuberculose miliar), ou em indivíduos imunossuprimidos. No material colhido, além de baciloscopia e cultura, será feito o exame histopatológico para verificar se há processo inflamatório granulomatoso (granuloma com necrose de caseificação) que, embora não confirmatório, é compatível com tuberculose.

Adenosina deaminase (ADA): Altos níveis de adenosina deaminase (ADA) nos líquidos pleural, pericárdico, sinovial, ascítico e no líquido, associados a outras evidências, tem sido aceitos como critério diagnóstico para tuberculose, principalmente de tuberculose pleural. Quando encontrada em níveis normais, o diagnóstico da tuberculose nesses sítios fica praticamente afastado. A dosagem de ADA pode ser realizada em laboratórios de médio porte, pois é uma técnica simples e de baixo custo e possui alta acurácia.

Diagnóstico por imagem

Radiografia de tórax: Representa método diagnóstico de grande importância na investigação da tuberculose e deve ser solicitada para todo paciente com suspeita clínica de tuberculose pulmonar.

OBSERVAÇÃO:

- MATERIAL: Devem ser coletadas duas amostras de escarro de cada paciente, para aumentar as chances de se obter um resultado positivo. Essas amostras devem ser coletadas de acordo com o seguinte esquema:

Primeira amostra – coletada quando o sintomático respiratório procura o atendimento na unidade de saúde, para aproveitar a presença dele e garantir a realização do exame laboratorial. NÃO É necessário estar em jejum.

Segunda amostra – coletada, na manhã seguinte do dia seguinte, assim que o paciente despertar. Essa amostra em geral, tem uma quantidade maior de bacilos porque é composta de secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite.

- ACONDICIONAMENTO: Pote descartável Boca Larga, 50 mm de diâmetro, tampa rosqueável, plástico transparente altura mínima de 40 mm. É fundamental que o nome completo do paciente e as datas de coleta sejam escritos no corpo do pote, com uma letra que possa ser compreendida por qualquer outra pessoa.

- TRANSPORTE: Deve ser feito em caixa próprio, não poroso, rígido e resistente a descontaminação. Colocar os potes com as tampas bem fechadas e voltadas para cima, dentro da caixa. É recomendável colocar um dos potes dentro de um saco plástico por questão de biossegurança. Desse modo, em caso de extravasamento da amostra, o risco biológico fica limitado ao saco plástico e não se espalha por toda a caixa. Acondicionar as solicitações correspondentes, dentro de um envelope protegido com um saco plástico bem fechado por questão de biossegurança. Desse modo, em caso de extravasamento da amostra, o risco biológico fica limitado ao saco plástico e não se espalha por toda a caixa; Acondicionar as solicitações correspondentes, dentro de um envelope protegido. Com um saco plástico bem fechado, e enviá-los junto com a caixa de transporte de amostras para o laboratório.

Como prevenir: No ambiente hospitalares precauções para transmissão aérea (quartos privativos de preferência com pressão negativa, uso de máscara N95 para o profissional e uso de máscara comum para os pacientes quando não estiverem em isolamento). Encaminhe os contatos para investigação nas unidades básicas de saúde.

Como notificar: Comunicar imediatamente o Sistema de Vigilância Epidemiológica Hospitalar pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento (NVE/UVE).

ACIDENTE COM MATERIAL DE RISCO BIOLÓGICO

COMO PROCEDER

Cuidados locais:

Lesões em pele:

- Lavagem exhaustiva com água e sabão.
- Não friccionar nem escovar o local para não aumentar a área de lesão.
- Não utilizar soluções alcoólicas.

Lesões em mucosa:

- Lavagem com solução fisiológica ou água.

Coleta de amostras para investigação:

Paciente-fonte conhecido

- Exames laboratoriais
- Exames sorológicos
- Exames para detecção viral não são recomendados como testes de triagem e rotina
- Considerar o uso de testes rápidos
- Se o paciente-fonte não apresentar resultado laboratorial reagente para infecção pelo HIV/HBV/HCV no momento do acidente, testes adicionais da fonte não estão indicados nem exames de follow-up do profissional acidentado.

• Caso a condição sorológica do paciente-fonte seja desconhecido (p.ex. óbito, transferência hospitalar), considerar possíveis diagnósticos clínicos, presença de sintomas e história de comportamentos de risco para a infecção.

• Não está indicada a testagem das agulhas que provocaram o acidente. A confiabilidade do teste é desconhecida e a realização deste procedimento pode trazer risco para quem vai manipular a agulha. **Fonte desconhecida:**

• Avaliar a probabilidade de alto risco para infecção – p.ex. prevalência da infecção naquela população, local onde o material perfurante foi encontrado, procedimento ao qual ele esteve associado, presença ou não de sangue, entre outros.

Profissional exposto:

- Exames sorológicos: Solicitar anti-HIV, HBsAg, anti-HCV.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV - MS, atualizado em 23/07/2015, possui as seguintes recomendações:

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV

1. Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de emergência médica, uma vez que, para se obter maior eficácia, as

intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite B, denominadas profilaxias pós-exposição (PEP), necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente;

2. As exposições que podem trazer riscos de transmissão ocupacional do HIV e dos vírus das hepatites B e C estão definidas como:

Percutâneas: lesões provocadas por instrumentos perfurantes e cortantes, como, por exemplo, agulhas, bisturi, vidrarias;

Mucosas: por exemplo, quando há respingos envolvendo olho, nariz, boca ou genitália;

Cutâneas: por exemplo, contato com pele não íntegra, como no caso de dermatites ou feridas abertas;

Por mordeduras humanas: consideradas como exposição de risco quando envolvem a presença de sangue. Devem ser avaliadas tanto para o indivíduo que provocou a lesão quanto para aquele que tenha sido exposto.

3. A indicação da quimioprofilaxia para a exposição ocupacional deve ser avaliada cuidadosamente, considerando-se o risco do paciente-fonte estar, ou não, infectado pelo HIV, a gravidade da exposição e o potencial benefício da medicação antirretroviral;

4. Sempre que indicada, a profilaxia deve ser iniciada o mais brevemente possível, preferencialmente nas primeiras 2 horas após o acidente (até 72 horas), e a sua duração é de 28 dias;

5. O profissional exposto também deve ser submetido ao teste anti-HIV no momento do atendimento para verificar sua condição sorológica anterior ao acidente. Em caso de resultado negativo, deve-se solicitar a sorologia anti-HIV e repetir o exame após 6, 12 e 24 semanas (seis meses), mas um resultado não disponível não deverá retardar o início da profilaxia, se houver indicação;

6. O indivíduo exposto também poderá ser submetido ao teste rápido anti-HIV no momento do atendimento, para avaliar sua condição sorológica anterior ao acidente. Em caso de resultado negativo, deve-se solicitar a sorologia anti-HIV e repetir o exame após 6, 12 e 24 semanas (seis meses) e, se indicada, iniciar a profilaxia; Em caso de resultado positivo, não iniciar a profilaxia, deve-se agendar e encaminhar o paciente para o serviço de referência para avaliação da indicação de terapia antirretroviral;

7. Recomenda-se, em situações de menor risco, o uso de duas drogas antirretrovirais ITRN.

Em situações de exposição de maior risco, recomenda-se o uso de esquemas com a adição de um terceiro ITRN ou um IP reforçado com ritonavir (IP/r);

8. Para informações adicionais, consultar o documento " Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV" do MS, atualizado em 23/07/2015, em: www.aids.gov.br.

Quadro 02 - Classificação de risco dos materiais biológicos

Materiais biológicos <u>com</u> risco ocupacional de transmissão do HIV:	Materiais biológicos <u>sem</u> risco ocupacional de transmissão do HIV:
Sangue, sêmen, secreção vaginal, líquido, tecidos, exsudatos inflamatórios, cultura de células, líquidos pleural, pericárdico, peritoneal, articular e amniótico.	Suor, urina, fezes, escarro/secreções nasais, vômitos, lagrima e saliva – a presença de sangue nestes materiais torna-os infectantes, ou seja, de risco.

Quadro 03 - Características do acidente

Maior gravidade	- Maior volume de sangue: lesões profundas provocadas por material perfurocortante, presença de sangue visível no instrumento, acidentes com agulhas previamente utilizadas em veia ou artéria do paciente-fonte e acidentes com agulhas de grosso calibre; - Maior inóculo viral, ou seja, presença de carga viral elevada, como, por exemplo, em situações de doença avançada e na infecção aguda pelo HIV.
Menor gravidade	- lesão superficial, ausência de sangue visível no dispositivo, agulha sem lúmen.

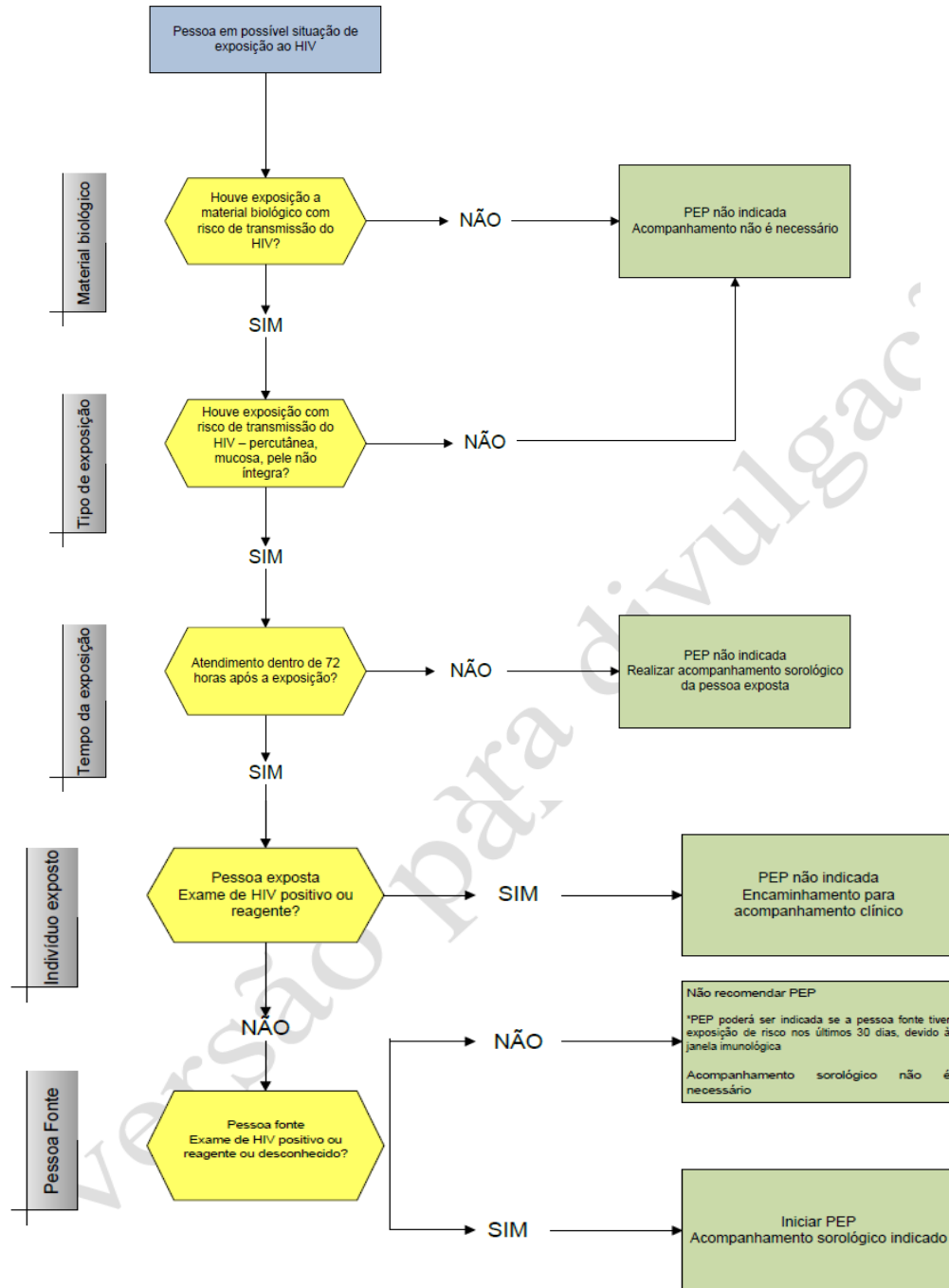
Quadro 04 - Profilaxia antirretroviral pós-exposição ocupacional ao HIV.

Exposição percutânea				
	Paciente-fonte conhecido			Paciente-fonte desconhecido
	HIV +	HIV -	HIV desconhecido	
Maior gravidade (lesão profunda, sangue visível no dispositivo, agulha previamente inserida na veia/artéria do paciente-fonte, agulhas com lúmen e de grosso calibre).	Indicar PEP - esquema expandido	PEP não recomendada ³	Em geral, PEP não recomendada ⁴	Em geral, PEP não recomendada ⁵
Menor gravidade lesão superficial, ausência de sangue visível no dispositivo, agulha de sutura).	Indicar PEP - esquema expandido ¹	PEP não recomendada ³	Em geral, PEP não recomendada ⁴	Em geral, PEP não recomendada ⁵

Exposição em mucosas e/ou cutânea				
	Paciente-fonte conhecido			Paciente-fonte desconhecido
	HIV +	HIV -	HIV desconhecido	
Maior gravidade (grande quantidade de material biológico, contato prolongado).	Indicar PEP - esquema expandido	PEP não recomendada ³	Em geral, PEP não recomendada ⁴	Em geral, PEP não recomendada ⁵
Menor gravidade (pouca quantidade de material biológico, curto contato).	Considerar PEP - esquema básico ²	PEP não recomendada ³	Em geral, PEP não recomendada ⁴	Em geral, PEP não recomendada ⁵

Legenda: 1 Estudos sobre exposição sexual e transmissão vertical sugerem que indivíduos com carga viral < 1.500 cópias/ml apresentam um risco muito reduzido de transmissão do HIV. Em exposições envolvendo paciente fonte sabidamente positivo e com baixa carga viral, pode-se optar pelo esquema básico de PEP. 2 Considerar: indica que a PEP é opcional e deve ser baseada na análise individualizada da exposição, devendo a decisão ser tomada entre o acidentado e o médico assistente. 3 Sorologias negativas indicam que não há risco de transmissão do HIV. A possibilidade de soroconversão recente ("janela imunológica"), diante de sorologia negativa sem a presença de sintomas de infecção aguda, é extremamente rara, mas deve ser avaliada no atendimento ao acidentado. 4 Quando indicada, a PEP deve ser iniciada com o esquema básico de dois antirretrovirais, até que os resultados dos exames laboratoriais sejam conhecidos, acarretando modificação ou suspensão do esquema, de acordo com o resultado da sorologia do paciente-fonte. 5 Quando o paciente-fonte é desconhecido, o uso de PEP deve ser decidido individualmente, considerando-se o tipo de exposição e a probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo HIV.

Fluxograma para indicação de PEP



Esquema antirretroviral para PEP

Esquema preferencial - O seguinte esquema antirretroviral está indicado para realização da profilaxia pós-exposição, independentemente do tipo de exposição e material biológico envolvido: **Esquema preferencial para PEP:** Tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + atazanavir (ATV/r). A duração da PEP é de 28 dias.

Quadro 05 – Apresentações de antirretrovirais preferenciais para PEP e posologias

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir e lamivudina (TDF + 3TC)	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x ao dia
	Ou	
	Comprimido TDF 300mg associado a Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido VO 1x ao dia + 2 comprimidos VO 1x ao dia
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	Comprimido ATV 300mg associado a	1 comprimido VO 1x ao dia +
	Comprimido ritonavir 100mg	1 comprimido termoestável VO 1x ao dia

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Esquemas alternativos para PEP

TDF contraindicado: AZT + 3TC + ATV/r

ATV/r contraindicado: TDF + 3TC + LPV/r ou TDF + 3TC + AZT

A duração da PEP é de 28 dias.

Quadro 06 – Apresentações de antirretrovirais alternativos para PEP e posologias

Medicamento	Apresentação	Posologia
Zidovudina + lamivudina (AZT+3TC)	Comprimido coformulado (AZT 300mg + 3TC 150mg)	1 comprimido VO 2x ao dia
Tenofovir (TDF)	Comprimido 300mg	1 comprimido VO 1x ao dia
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	Comprimido 200 mg/50mg	2 comprimidos VO 2x ao dia

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Considerar outros esquemas antirretrovirais em função da possibilidade de exposição a vírus resistentes quando o paciente-fonte for multi-experimentado em TARV. Neste caso deverá ser avaliado por especialista.

Ressalta-se que a ausência de um médico especialista no momento do atendimento pós-exposição não é razão para retardar o início da quimioprofilaxia. Nesses casos, recomenda-se o uso dos esquemas **de profilaxia AZT + 3TC + TDF ou AZT + 3TC + LPV/r** até que o profissional acidentado seja reavaliado quanto à adequação da PEP.

Procure atendimento médico imediato

Notificar - Comunicar imediatamente o Sistema de Vigilância Epidemiológica Hospitalar pelo meio mais rápido possível, no dia do atendimento (NVE/UYE).

Obs.: Obter informações no NVE para do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho).

CRIES - CENTRO DE REFERÊNCIA EM IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS

Objetivos:

Os CRIEs colocam à disposição dos setores público e privado, imunobiológicos não disponíveis na rede básica, seguindo critérios de indicação do Ministério da Saúde. Fornecem e aplicam além de ser referência para discussão, orientação e indicação dos imunobiológicos. Procedem a avaliação e acompanhamento de prováveis eventos adversos associados às vacinas. Participam de pesquisas realizadas na área, que contribuem para o conhecimento e ampliação das indicações, de novos esquemas e da otimização do uso dos imunobiológicos. Dos CRIEs também é função, oferecer aprimoramento e reciclagem de recursos humanos em imunizações.

Indicações Basicamente, podem ser incluídas nos seguintes grupos:

- a) profilaxia pré e pós-exposição a agentes infecciosos, em determinadas situações de risco: por exemplo, vacina contra a varicela em surtos hospitalares de varicela e imunoglobulina humana contra hepatite B após acidentes pérfuro-cortantes em não vacinados;
- b) substituição de outros produtos disponíveis normalmente, quando não podem ser utilizados devido a hipersensibilidade ou eventos adversos: por exemplo, vacina DTP acelular, vacina contra a raiva de cultivo celular, imunoglobulinas humanas específicas;
- c) imunização de crianças e adultos com imunocomprometimentos: por exemplo, vacina inativada contra a poliomielite.

Segue abaixo a relação de imunobiológicos disponíveis e suas indicações nos CRIEs:

IMUNOBIOLOGICO INDICAÇÃO

1. Imunoglobulina humana anti-hepatite B

- Vítima de abuso sexual
- Acidente Pérfuro Cortante c/ HbsAg+
- Contato sexual de caso agudo de Hepatite B
- RNs de mães HIV+ e c/ HbsAg+ - RNs de mães HbsAg+ c/ peso > 2000 gr

2. Imunoglobulina humana anti-rábica

- Pessoas c/ teste ao soro anti-rábico positivo
- Pessoas c/ reação de hipersensibilidade após qualquer soro heterólogo

3. Imunoglobulina humana anti-varicela zoster

- Comunicantes suscetíveis à varicela caso sejam:
- Imunocomprometidos
- Gestantes
- RNs de mães nas quais a varicela surgiu nos últimos 5 dias de gestação ou nos 2 dias pós parto
- RNs prematuros ³ 28 semanas de gestação, cuja mãe não teve varicela
- RNs c/ < de 28 semanas ou < 1000g ao nascimento ao nascimento, independente da história materna

4. Imunoglobulina humana antitetânica

- Pessoas c/ teste ao soro anti-tetânico positivo
- Pessoas c/ reação de hipersensibilidade após qualquer soroheterólogo

5. Vacina contra hepatite B

- Contato domiciliar de portadores de HbsAg+ ou doentes c/ hepatite B crônica
- Pacientes c/ risco transfusional múltiplo
- Doadores regulares de sangue
- Pacientes em uso de hemodiálise
- Pessoas HIV+ ou imunocomprometidos
- Transplantados
- RNs de mãe HbsAg+ (primeiras 12 h pós parto)

6. Vacina contra hepatite A

- Hepatopatas crônicos suscetíveis à hep. A
- Portadores dos vírus das hepatites B e C

7. Vacina anti-rábica de cultivo celular

- Pessoas que apresentem eventos adversos à vacina FuenzalidaPalácios (FP).
- Pacientes imunocomprometidos c/ acidente de risco p/ raiva.
- Profissionais de risco sem título protetor após esquema c/ FP e reforços.

8. DPT acelular

- Após alguns eventos adversos graves c/ DPT.
- Esquema completo p/ crianças c/ doença neurológica estável.

9. Vacina de vírus inativado contra poliomielite

Suscetíveis:

- Crianças c/ imunodeficiência congênita ou adquirida
- Criança em contato domiciliar c/ imunodeficientes
- Transplantados de medula óssea.

10. Vacina contra Pneumococo

- Adultos e crianças > 2 anos c/ doença pulmonar ou cardiovascular crônicas graves, IRC, diabetes melitus insulino-dependentes, cirrose hepática, hemoglobinopatias.
- Imunodeficiência congênita ou adquirida.
- Fístula líquórica.
- Asplênicos.

11. Vacina contra *Haemophilus influenza* tipo B

- Crianças < 5 anos c/ cardiopatia ou pneumopatia crônicas graves.
- Menores de 18 anos asplênicos e hemoglobinopatias.
- Menores de 18 anos c/ imunodeficiência congênita ou adquirida.
- Transplantados de medula óssea em qualquer idade. Vacina contra influenza
- Adultos e crianças c/ doença pulmonar ou cardiovascular crônicas graves, IRC, diabetes melitus insulino-dependente, cirrose hepática, hemoglobinopatias.
- Imunodeficiência congênita ou adquirida. -
Profissional de saúde ou familiares em contato c/ pacientes citados anteriormente.

12. Vacina contra varicela

- Imunocomprometidos nas indicações da literatura inclusive crianças HIV+.
- Profissionais de saúde e familiares suscetíveis em contato c/ imunodeficientes.
- Pessoas suscetíveis em pré-transplante de órgãos sólidos
- Pessoas suscetíveis imunocompetentes internadas onde haja caso de varicela.
- Vacinação antes de quimioterapia, em protocolos de pesquisa.

CONTATOS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE - ESTADO DE RORAIMA

SETOR	NOME	TELEFONE	EMAIL
Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde - CGVS	Daniela Palha Souza Campos	99112-4799	-
Departamento de Vigilância Epidemiológica - DVE	Luciana Cristina Grisoto	98108-6644	epidemiologiarr@gmail.com
Núcleo de Vigilância Hospitalar	Maria Soledade Garcia Benedett	98112-6168	nvh.roraima@outlook.com
Núcleo de Informações estratégicas em Vigilância em Saúde - NIEVS	Cecília Maria de Castro Bessa	99118-4769	bessacilia@gmail.com
Núcleo de Controle de Zoonoses - NCZ	Gilzonia Veloso da Costa	99128-4335	zoonosesboavista@gmail.com
Núcleo estadual de Entomologia - NEE	Nathalia Coelho Vargas de Almeida:	981184147	entomologiarr@hotmail.com
Núcleo de Controle das Meningites, Coqueluche e Difteria – NCMD	Marise d'Ávila	98113-2433	meningitesauderr@gmail.com
Núcleo de Controle de DST/AIDS	Juliana Cristina Ferreira	98112-8999	dstaidsesau@yahoo.com
Núcleo de Controle do Tracoma	Irisangela Pires/Danúbia	99143-2953/99127-1861	Tracoma.rr@gmail.com
Núcleo de Controle das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar - NCDTHA	Lázaro Alfaro Valdez	98117-1091	-
Núcleo de Controle da pólio, Paralisia Flácida, Influenza e Tétano - NCPFIT	Aryuska Rayane de Menezes Machado	99154-4624	aryuska_menezes@hotmail.com
Núcleo de Controle da Febre Amarela, Dengue, Chikungunya e Zika - NCFAD	Ana Paula Oliveira Guth	98403-1635	dengue.rr@gmail.com
Núcleo de Controle da Tuberculose - NCT	David Benitez Sanchez	99115-4390	tuberculoserr@bol.com.br
Núcleo de Controle da Hanseníase - NCH	Márcia Silva Souza	99961-2616	hanseniaserr@gmail.com

Núcleo de Controle das Hepatites Virais - NCHV	Alexandrita Gomes Souto Maior	98103-6234	hepatites.roraima@gmail.com
Núcleo de Controle da Malária - NCM	Luciana Pires de Freitas	98112 -2241	pecmrr@hotmail.com
Núcleo de Controle das Doenças Exantemáticas (sarampo e rubéola) - NCDE	Marisete Campos Aires do Nascimento	98112-5218/ 99154-3980	exantematicas@gmail.com
Núcleo Estadual do programa Nacional de Imunização - NPNI	Amanda Antunes Rodrigues	98103-4919	nepni.rr@gmail.com
Núcleo de Controle de Doenças e Agravos Não Transmissíveis - NCDANTS	Katheryn Odashiro	98112-0033	cdant.rr@gmail.com
Núcleo de Sistemas de Informação em Saúde - NSIS e vigilância do Óbito	José Vieira Filho	3623-2786/ 99114-4713/ 98106-4284	vieyrafilho@hotmail.com

**Secretaria de Saúde do Estado de Roraima
Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Núcleo de Vigilância Hospitalar
Rua Doutor Arnaldo Brandão c/ Av. Capitão Júlio Bezerra, nº 826
Bairro São Francisco - CEP: 69.305.080
Tel (95) 3623-2757 - Email: nvh.roraima@outlook.com
Boa Vista - Roraima**