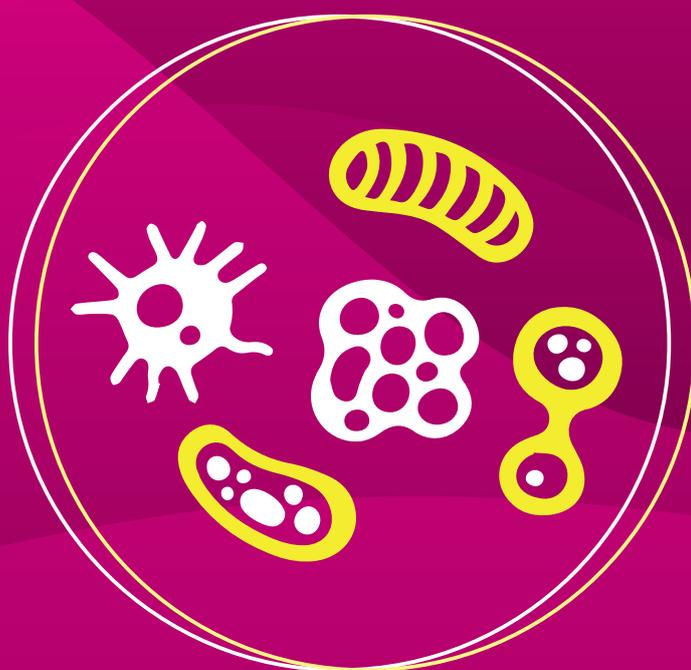


⋮⋮⋮ GUIA RÁPIDO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

# VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS AGUDAS



::::: GUIA RÁPIDO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

# VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS AGUDAS





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2024 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio)

**Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde / Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde / Superintendência de Vigilância em Saúde**

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8.º andar, Cidade Nova — Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110

[www.prefeitura.rio/web/sms](http://www.prefeitura.rio/web/sms)

**Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Paes

**Secretário Municipal de Saúde**

Daniel Soranz

**Subsecretário Executivo**

Rodrigo de Sousa Prado

**Subsecretário de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde**

Renato Cony Seródio

**Superintendente de Integração de Áreas de Planejamento**

Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa

**Superintendente de Promoção da Saúde**

Denise Jardim de Almeida

**Superintendente de Vigilância em Saúde**

Gislani Mateus Oliveira Aguiar

**Superintendente de Atenção Primária**

Larissa Cristina Terrezo Machado

**Coordenação de Vigilância Epidemiológica**

Flavio Dias

**Elaboração**

Amanda Meneleu Marques

Ana Carolina Cardoso Arruda

Caio Luiz Pereira Ribeiro

Camylla Veloso Valença Saucha

Danielle Amaral de Freitas

Flavio Dias da Silva

Gisella Garcia Janiny

Gleycimara Cardoso Santos da Silva

Heloisa Ferreira dos Santos Corrêa

Juliana Dias Vieira Lima

Luciana de Almeida Pinto

Maicon da Silva Rodrigues Ribeiro

Marcia Sandre Coelho Coutinho

Mônica Agostinho da Silva

Rosa Maria Rey Lopes

Solange Barboza dos Santos

Wálria Dias Machado Toschi

**Revisão Técnica**

Camilla Rodrigues Cordeiro

Gislani Mateus Aguiar

Luciana Freire

**Assessoria de Comunicação da SMS-Rio**

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

**Supervisão Editorial**

Aluisio Bispo

**Capa e Projeto Gráfico**

Luciano Freitas

**Diagramação**

Sandra Araujo

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Rio de Janeiro (RJ). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde

Guia rápido de vigilância em saúde [livro eletrônico] : vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis agudas / Prefeitura do município do Rio de Janeiro. -- 1. ed. -- Rio de Janeiro : Ed. dos Autores, 2024.

PDF

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-01-06438-3

1. Doenças transmissíveis - Brasil 2. Epidemiologia 3. Saúde pública 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) 5. Vigilância em saúde I. Título.

24-212850

CDD-362.1068

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Vigilância em saúde pública : Serviços de saúde : Bem-estar social 362.1068

Eliane de Freitas Leite — Bibliotecária — CRB 8/8415

# LISTA DE SIGLAS

- AP** — Área de Planejamento
- CID** — Classificação Internacional de Doenças
- CIEVS** — Centro de Informação Estratégia e Vigilância em Saúde
- CVE** — Coordenação de Vigilância Epidemiológica
- DDA** — Doença Diarreica Aguda
- DEIDT** — Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
- DNA** — Ácido Desoxirribonucleico (do inglês *Deoxyribonucleic Acid*)
- DPNI** — Departamento do Programa Nacional de Imunizações
- DVS** — Divisão de Vigilância em Saúde
- ELISA** — Ensaio Imunoenzimático (do inglês *Enzyme Linked Immunosorbent Assay*)
- FIOCRUZ** — Fundação Oswaldo Cruz
- GAL** — Gerenciador de Ambiente Laboratorial
- GVDATA** — Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis Agudos
- HAI** — Hemaglutinação Indireta
- HIV** — Vírus da Imunodeficiência Humana (do inglês *Human Immunodeficiency Virus*)
- IAL** — Instituto Adolfo Lutz
- IFI** — Imunofluorescência Indireta
- IGG** — Imunoglobulina G
- IGM** — Imunoglobulina M
- IOC** — Instituto Oswaldo Cruz
- IVISA** — Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária
- LACEN** — Laboratório Central de Saúde Pública
- LACEN-RJ** — Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels
- LCR** — Líquido Cefalorraquidiano
- LPI** — Local Provável de Infecção
- LRN** — Laboratório de Referência Nacional
- LVH** — Leishmaniose Visceral Humana
- MAT** — Microaglutinação
- MRJ** — Município do Rio de Janeiro
- MS** — Ministério da Saúde
- MTV** — Meio de Transporte Viral
- PAV** — Poliomielite Associada à Vacina
- PCR** — Reação em Cadeia de Polimerase
- PFA** — Paralisia Flácida Aguda
- RNA** — Ácido Ribonucleico (do inglês *Ribonucleic Acid*)
- RT PCR** — Reação em Cadeia de Polimerase em Tempo Real
- SAB** — Soro Antibotulínico
- SARA** — Síndrome da Angústia Respiratória
- SES** — Secretaria de Estado de Saúde
- SG** — Síndrome Gripal
- SINAN** — Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SIVEP** — Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe
- SRAG** — Síndrome Respiratória Aguda Grave
- SVS** — Serviço de Vigilância em Saúde
- SVSA** — Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
- TDR** — Teste Diagnóstico Rápido
- UTI** — Unidade de Terapia Intensiva
- VE** — Vigilância Epidemiológica
- VOP** — Vacina Oral da Poliomielite

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	6
CAPÍTULO 1. DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR .....	7
1.1 Botulismo .....	8
1.2 Cólera .....	12
1.3 Febre tifoide .....	16
1.4 Hepatite A.....	19
CAPÍTULO 2. DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS .....	22
2.1 Coqueluche .....	23
2.2 Difteria.....	29
2.3 Meningites .....	34
2.4 Parotidite infecciosa (caxumba) .....	41
2.5 Poliomielite/paralisia flácida aguda .....	44
2.6 Rubéola.....	48
2.7 Sarampo.....	52



2.8 SRAG .....	58
2.9 Tétano acidental .....	62
2.10 Tétano neonatal.....	65
2.11 Varicela .....	68
<b>CAPÍTULO 3. ZOONOSES .....</b>	<b>70</b>
3.1 Acidente por animal peçonhento .....	71
3.2 Doença de Chagas .....	74
3.3 Esquistossomose .....	81
3.4 Febre maculosa .....	84
3.5 Hantavirose .....	88
3.6 Leptospirose.....	92
3.7 Leishmaniose visceral humana .....	97
3.8 Malária .....	101
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>105</b>



## APRESENTAÇÃO

A Vigilância Epidemiológica (VE) tem papel primordial na operacionalização de um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. A atuação da VE é permanentemente integrada à rede de serviços de saúde, sendo orientada por normas editadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde.

Neste sentido, é imprescindível o desenvolvimento de estratégias de fortalecimento das ações desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde, pelos profissionais que compõem as equipes de VE. Estas ações devem garantir a oportunidade na coleta das informações de interesse, a eficiência no monitoramento das doenças e agravos e a efetividade na recomendação e adoção de medidas de intervenção, com vistas à mitigação de danos relacionados às doenças e agravos monitorados.

Análises epidemiológicas atualizadas das doenças e agravos mais frequentes estão disponíveis no painel EpiRio — Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro. Dados de agravos e doenças menos frequentes podem ser encontrados no Tabnet Municipal.

A construção deste guia prático visa contribuir para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento permanentes das ações de vigilância epidemiológica na rede de serviços de saúde das áreas de planejamento (AP) da cidade do Rio de Janeiro.



## **CAPÍTULO 1**

# **DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR**

**Botulismo**

**Cólera**

**Febre Tifoide**

**Hepatite A**

## 1.1 BOTULISMO (CID-10: A 05.1)

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

### Definição de caso suspeito de botulismo

#### Botulismo alimentar e botulismo por ferimentos

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

#### Botulismo intestinal

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

### Definição de caso confirmado de botulismo

#### Critério laboratorial

- Caso suspeito com detecção da toxina botulínica em amostra clínica e/ou no alimento consumido.
- Caso suspeito de botulismo intestinal ou por ferimento no qual foi isolado o *C. botulinum*, produtor de toxinas, em amostras de fezes ou material obtido do ferimento.

#### Critério clínico epidemiológico

- Caso suspeito com vínculo epidemiológico com caso confirmado e/ou história de consumo de alimento, com risco de presença da toxina botulínica, dez dias antes dos sinais e sintomas e/ou eletroneuromiografia compatível com botulismo e/ou ferimento em condições de anaerobiose nos últimos 21 dias.

### Definição de caso descartado para botulismo

- Caso que não se enquadra nas definições de caso confirmado.

## Atividades/processo de trabalho

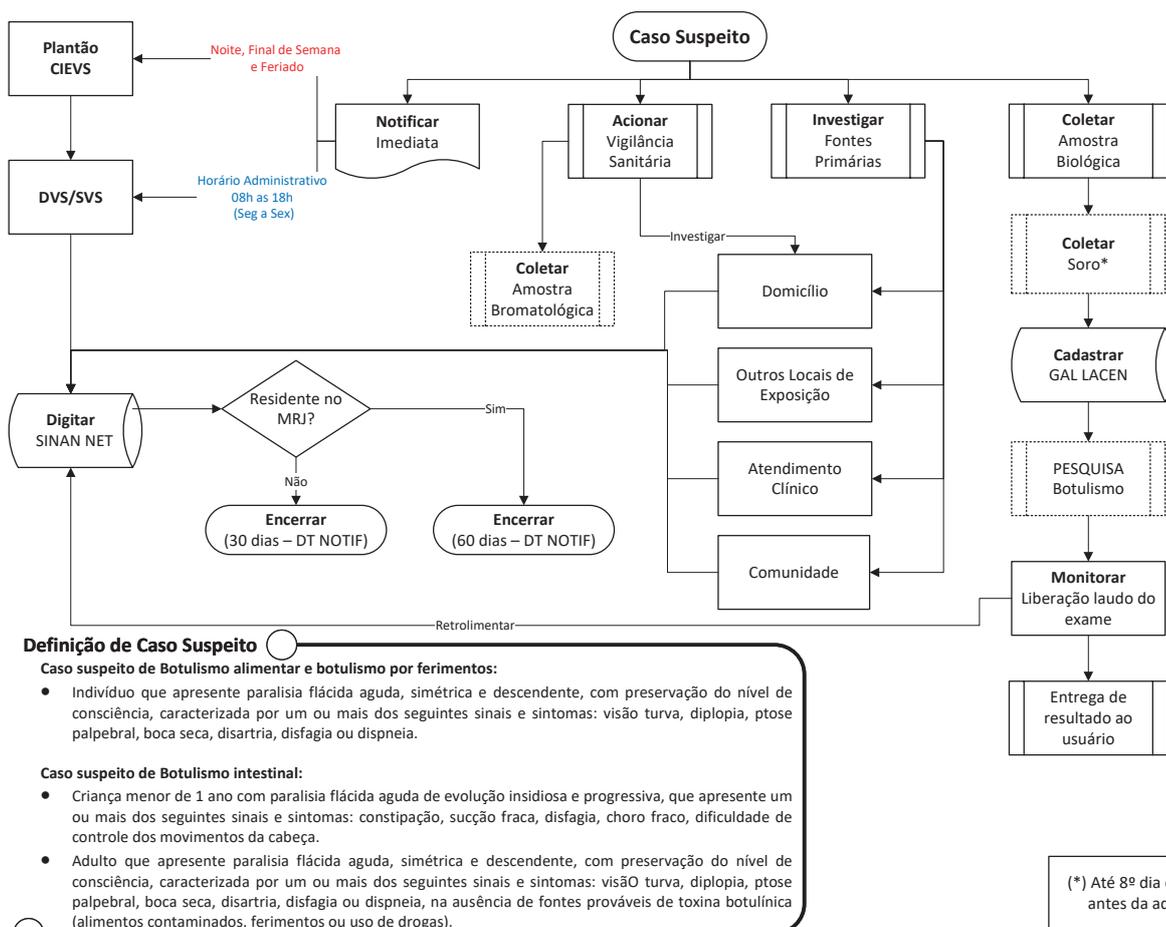
O botulismo é uma doença de notificação compulsória imediata (em até 24 horas). A unidade de saúde que identificar um caso suspeito deve notificar por meio da "Ficha de Investigação Botulismo" do SINAN, preenchendo com letra legível informações essenciais (nome, endereço, idade, sintomas, data de início dos sintomas, coleta de sorologia, histórico alimentar, histórico de fermento etc). Mesmo informações negativas devem constar na ficha.

O caso suspeito deve ser imediatamente investigado, para assegurar a coleta oportuna de material (preferencialmente sangue, fezes e/ou lavado gástrico) para pesquisa de toxina botulínica e/ou cultura do *C. botulinum*.

A exposição a alimentos potencialmente suspeitos para presença da toxina botulínica nos últimos dez dias deve ser investigada, coletando todas as sobras dos alimentos suspeitos consumidos (ação coordenada pelo IVISA). A presença de outros casos e uma fonte comum de exposição ou histórico de fermentos nos últimos 21 dias reforçam a suspeita.

## Procedimento operacional padrão

Figura 1. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito de botulismo



Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

A coleta de amostras clínicas (soro, lavado gástrico, fezes/conteúdo intestinal) deve ser realizada o mais precocemente possível e anteceder a administração do soro antibotulínico (SAB).

### Quadro 1. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de botulismo

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Fezes/conteúdo intestinal/lavado gástrico/15g	LACEN — Laboratório externo (IAL/SP)	Detecção de Toxina Botulínica	Botulismo	Fezes com diarreia e lavado gástrico: até o 3º dia do início dos sintomas; fezes sem alterações: até o 4º dia do início dos sintomas; fezes com constipação intestinal: até o 6º dia do início dos sintomas.	Fezes/conteúdo intestinal/lavado gástrico: manter em refrigerador (+2°C a +8°C) por até 72 horas.	Caixa térmica com bobina de gelo reciclável ou seco. O exsudato deve ser transportado em temperatura ambiente (+15°C a +25°C), com controle de temperatura.	Amostras identificadas e ordenadas; Ficha SINAN (Botulismo); Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL.
Soro/11ml				Até o 8º dia do início dos sintomas: coletar sangue (soro) antes do início da administração do SAB.	Soro: dessoramento em até, no máximo, 2 horas pós-coleta — manter em freezer (-20°C) até o envio.		
Exsudato de ferimento				Até o 5º dia do início dos sintomas e antes da administração do SAB: coletar, com auxílio de swab, exsudato do ferimento e pôr no tubo com meio próprio.	Exsudato do ferimento: acondicionar em meio próprio e manter a temperatura ambiente (+15°C a +25°C)		

Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Tratamento

O êxito do tratamento do botulismo está diretamente relacionado à precocidade com que é iniciado e às condições do local onde será realizado. O tratamento deve ser feito em unidade hospitalar que disponha de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Observa-se significativa redução da letalidade quando o paciente é tratado nessas unidades. Basicamente, o tratamento da doença se apoia nos dois conjuntos de ações abaixo.

- **Tratamento de suporte:** Medidas gerais de suporte e monitorização cardiorrespiratória;
- **Tratamento específico:** Visa eliminar a toxina circulante e sua fonte de produção por meio do uso do SAB e de antibióticos. O SAB atua contra a toxina circulante que ainda não se fixou no sistema nervoso. Por isso, recomenda-se que o tratamento com SAB seja realizado o mais precocemente possível (até sete dias a partir do início dos sintomas neurológicos); caso contrário, poderá não mais ser eficaz. Apresenta-se em forma de soro heterólogo, equino, geralmente em apresentação bivalente (contra os tipos A e B).

Acredita-se que, no botulismo intestinal em menores de 1 ano de idade, a lise de bactérias no intestino, pela ação do antibiótico, pode piorar a evolução da doença por aumento dos níveis de toxina circulante. O SAB e a antibioticoterapia não estão indicados para crianças menores de 1 ano de idade com botulismo intestinal.

## Sistema de informação em saúde/registro

### Quadro 2. Orientações sobre notificação de casos suspeitos de botulismo

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação BOTULISMO	24 horas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>• Data de início dos sintomas;</li> <li>• Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>• Hospitalização;</li> <li>• Dados laboratoriais;</li> <li>• Dados da exposição;</li> <li>• Fonte/mecanismo de infecção;</li> <li>• Alimentos sob suspeita;</li> <li>• Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>• 30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de botulismo e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**

## 1.2 CÓLERA (CID-10: A 00.9)

A cólera é considerada uma Doença Diarreica Aguda (DDA) causada pela enterotoxina do *Vibrio cholerae* O1 ou O139. Aproximadamente 75% das pessoas infectadas permanecem assintomáticas, e daqueles que desenvolvem a doença, a maioria apresenta sintomas leves ou moderados. De 10% a 20% desenvolvem a forma severa, que, se não for tratada prontamente, pode levar a graves complicações e óbito. DDA caracteriza-se pela diminuição na consistência das fezes (líquidas ou semilíquidas) e aumento da frequência (mínimo de três episódios em 24 horas por até 14 dias), podendo ser acompanhada de febre, náusea e vômitos.

### Definição de caso suspeito em áreas sem surto declarado de cólera

- Indivíduo proveniente de áreas com ocorrência de casos confirmados de cólera, que apresente DDA até o décimo dia de sua chegada.
- Indivíduo com mais de 5 anos de idade que apresente diarreia súbita, líquida e abundante. A presença de desidratação grave, acidose e colapso circulatório reforça a suspeita.
- Indivíduo contactante de caso suspeito ou confirmado de cólera que apresente DDA em até dez dias após o contato, independentemente da faixa etária. É importante que o contato tenha ocorrido durante o período de transmissibilidade, ou seja, em, no máximo, 20 dias do início dos sintomas do caso primário (suspeito ou confirmado).

### Definição de caso suspeito em áreas com surto declarado de cólera

- Indivíduo que apresente DDA e vínculo epidemiológico com caso suspeito ou confirmado de cólera, independentemente da faixa etária.

### Definição de caso confirmado de cólera

#### Critério laboratorial

- Caso suspeito que apresente isolamento de *Vibrio cholerae* O1 ou O139 toxigênico em amostra de fezes ou vômito. O exame laboratorial só confirma ou descarta o caso se o laudo for emitido por Laboratórios de Referência em Saúde Pública. Além disso, um exame laboratorial com resultado negativo só descarta o caso se houver segurança de que a coleta foi realizada antes do uso de antibióticos e se o transporte da amostra foi realizado com temperatura e acondicionamento adequados.

**IMPORTANTE:** É possível ocorrer infecções extraintestinais causadas por *Vibrio cholerae*. São casos raros, mas devem ser investigados e relatados ao Ministério da Saúde, entretanto somente devem ser notificados no SINAN se estiverem de acordo com a definição de caso suspeito de cólera. Ressalta-se, ainda, que apenas a identificação de *Vibrio cholerae* em cultivos de sangue, urina, liquor etc. não configura critério laboratorial para confirmação da cólera.

### **Critério clínico epidemiológico**

- Caso suspeito de cólera que apresente vínculo epidemiológico com caso de cólera confirmado laboratorialmente e/ou com local onde haja surto declarado de cólera, desde que não haja diagnóstico clínico e/ou laboratorial de outra etiologia. Esse critério (vínculo com local onde haja surto declarado de cólera) somente se aplica para casos importados de outros países.

### **Definição de portador assintomático para cólera**

- Indivíduo sem sinais e sintomas da doença que atua como reservatório e elimina o agente etiológico nas fezes por determinado período. Portadores assintomáticos de *Vibrio cholerae* não devem receber tratamento profilático com antibióticos.

### **Definição de caso descartado para cólera**

- Todo caso suspeito que não se enquadrar nas definições de caso confirmado.

### **Atividades/processo de trabalho**

A cólera é uma doença de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, pela Rede Assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção.

Ao receber um caso suspeito, a unidade de saúde deve notificar por meio da "Ficha de Investigação Cólera" do SINAN, preenchendo com letra legível o máximo de informações (nome, endereço, idade, sintomas, data do início dos sintomas, coleta de amostra clínica, histórico de contato com caso confirmado, histórico alimentar, histórico de deslocamento para área de transmissão da doença, procedência da água de consumo, condição higiênico-sanitária etc.). Mesmo se as informações forem negativas devem ser preenchidas na ficha.

O caso suspeito deve ser imediatamente investigado, a fim de se garantir a coleta oportuna de material (fezes e/ou vômitos) para pesquisa do *Vibrio cholerae* O1 ou O139 toxigênico.

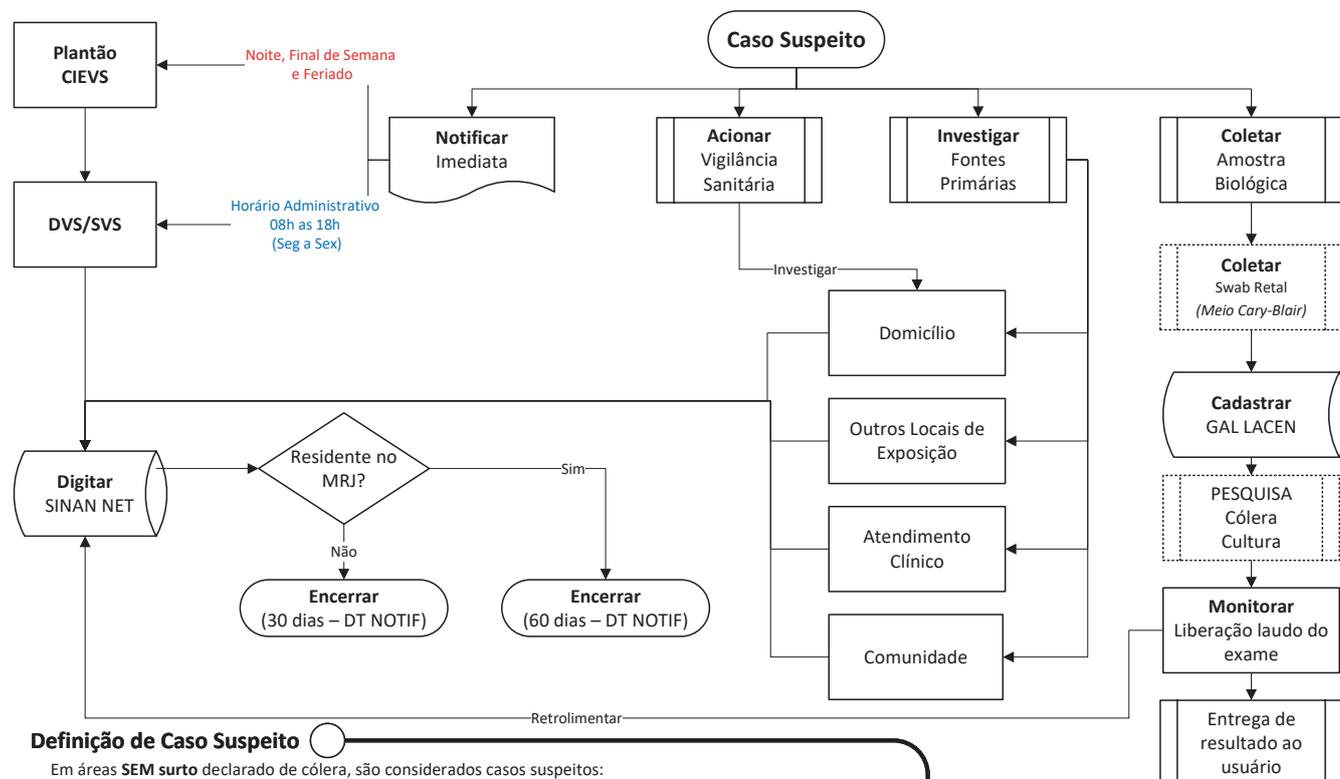
### **Coleta e remessa de material para exames**

A partir das informações obtidas durante a investigação epidemiológica, deve-se:

- Avaliar a necessidade de realizar coletas de amostras de alimentos, incluindo água para consumo humano, para análise microbiológica (ação coordenada pelo IVISA);
- Avaliar a necessidade de investigar manipuladores de alimentos e realizar coleta de amostras de fezes para análise laboratorial;
- Identificar e investigar contactantes com risco de serem portadores assintomáticos e coletar amostras de fezes para análise laboratorial. Entende-se como contactantes com risco aqueles que tiveram contato íntimo e exposição aos mesmos fatores de risco durante os dez dias que precederam o início do quadro de DDA.

## Procedimento operacional padrão

Figura 2. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito/confirmado de cólera



### Definição de Caso Suspeito

Em áreas **SEM surto** declarado de cólera, são considerados casos suspeitos:

- Indivíduo proveniente de áreas com ocorrência de casos confirmados de cólera, que apresente DDA até o décimo dia de sua chegada.
- Indivíduo com mais de 5 anos de idade que apresente diarreia súbita, líqüida e abundante. A presença de desidratação grave, acidose e colapso circulatório reforça a suspeita.
- Indivíduo contactante de caso suspeito ou confirmado de cólera que apresente DDA em até dez dias após o contato, independentemente da faixa etária. É importante que o contato tenha ocorrido durante o período de transmissibilidade, ou seja, em no máximo 20 dias do início dos sintomas do caso primário (suspeito ou confirmado).

Em áreas **COM surto** declarado de cólera, considerado suspeito:

- Indivíduo que apresente DDA e vínculo epidemiológico com caso suspeito ou confirmado de cólera, independentemente da faixa etária.

Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

A coleta de amostras clínicas (fezes ou vômitos) deve ser realizada o mais precocemente possível e antes da utilização de antibióticos.

**Quadro 3. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de cólera**

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Fezes frescas/ 5 a 10g	LACEN	Cultura	Cólera	Na fase aguda da doença e antes de iniciar o uso de antimicrobianos.	Fezes frescas: enviar imediatamente ao LACEN.	Caixa térmica com bobina de gelo reciclável e com controle de temperatura (+2°C a +8°C).	Amostras identificadas e ordenadas; Ficha SINAN (Cólera); Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Histórico médico do paciente.
Swab retal/ em meio de Cary-Blair					Swab retal: pode ser mantido em refrigeração (+2°C a +8°C) por até 3 dias antes de ser enviado ao LACEN.		

Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

**Sistema de informação em saúde/registro****Quadro 4. Orientações sobre notificação de casos suspeitos de cólera**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação CÓLERA	24 horas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>Data de início dos sintomas;</li> <li>Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>Hospitalização;</li> <li>Dados laboratoriais;</li> <li>Dados da exposição;</li> <li>Fonte/mecanismo de infecção;</li> <li>Alimentos sob suspeita;</li> <li>Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de cólera e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**

## 1.3 FEBRE TIFOIDE (CID-10: A01.0)

A febre tifoide é uma infecção sistêmica causada pela *Salmonella typhi*, geralmente por ingestão de alimentos ou água contaminados, e ocorre predominantemente em locais associados a precárias condições de higiene e à falta de saneamento básico.

### Definição de caso suspeito de febre tifoide

- Indivíduo com febre persistente, acompanhada ou não de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaleia, mal-estar geral, dor abdominal, anorexia, dissociação pulso/temperatura, constipação ou diarreia, tosse seca, roséolas tíficas (manchas rosadas no tronco — achado raro) e hepatoesplenomegalia.

### Definição de caso confirmado de febre tifoide

#### Critério laboratorial

- Indivíduo que apresente achados clínicos compatíveis com a doença, além de isolamento de *Salmonella typhi* ou detecção pela técnica de PCR.

#### Critério clínico epidemiológico

- Indivíduo com quadro clinicamente compatível e com vínculo epidemiológico ao caso confirmado por critério laboratorial.

### Definição de portador

- Indivíduo que, após infecção clínica ou subclínica, continua eliminando bacilos.

### Definição de caso descartado para febre tifoide

- Caso que não se enquadra nas definições de caso confirmado.

### Atividades/processo de trabalho

A febre tifoide é uma doença de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, pela Rede Assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção.

A unidade de saúde que receber um caso suspeito deve notificar por meio da "Ficha de Investigação Febre Tifoide" do SINAN, preenchendo com letra legível o máximo de informações (nome, endereço, idade, sintomas, data do início dos sintomas, coleta de amostras biológicas, fonte/mecanismo de exposição, contato compatível com caso suspeito de febre tifoide, histórico alimentar, histórico de deslocamento, procedência da água de consumo etc.). Mesmo se as informações forem negativas devem ser preenchidas na ficha.

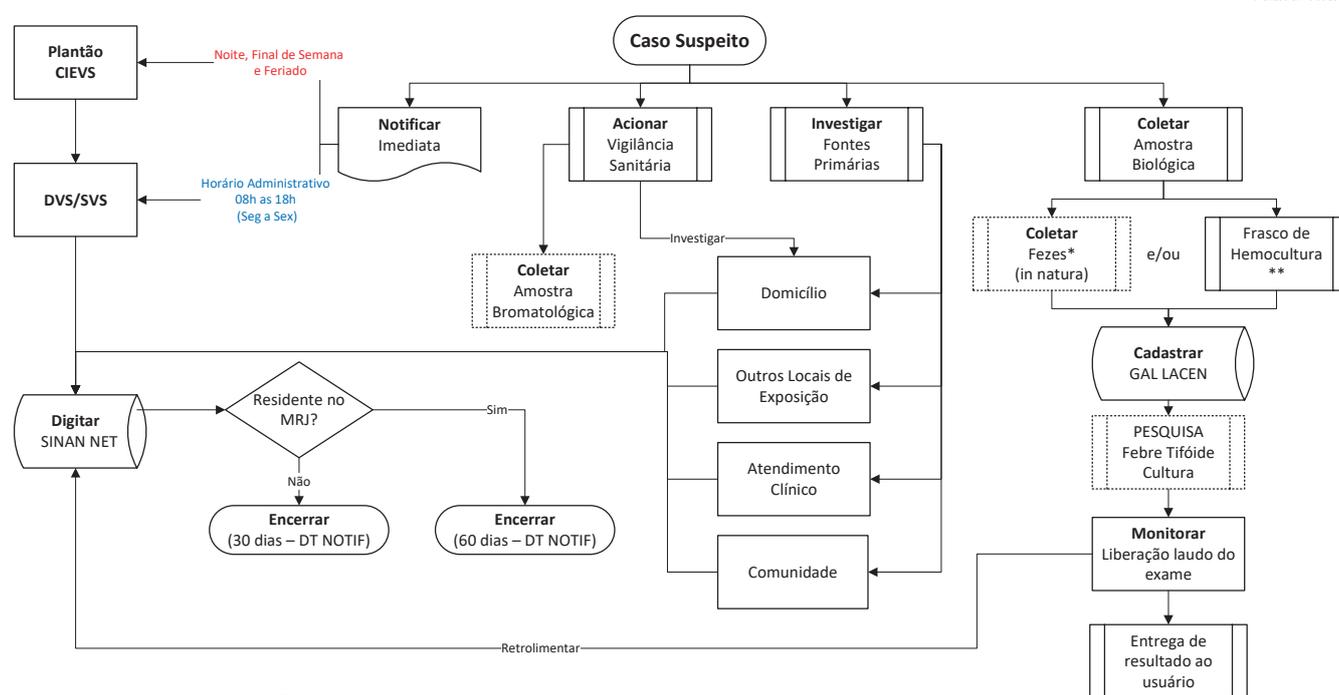
O caso suspeito deve ser imediatamente investigado, a fim de se garantir a coleta oportuna de material (preferencialmente sangue e fezes) para pesquisa de *Salmonella typhi*.

Deve-se verificar se há outros casos sintomáticos no local de residência e demais locais de convívio do caso suspeito, caso contrário, deve-se investigar possíveis deslocamentos. Após identificação do possível local de transmissão, deve-se iniciar a busca ativa de outros casos, e dentre os comunicantes realizar pesquisa de portadores por meio da realização de coprocultura.

Deve-se coletar todas as sobras e restos dos alimentos suspeitos efetivamente consumidos (ação coordenada pelo IVISA).

## Procedimento operacional padrão

Figura 3. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito/confirmado de febre tifoide



### Definição de Caso Suspeito

Indivíduo com febre persistente, acompanhada ou não de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaleia, mal-estar geral, dor abdominal, anorexia, dissociação pulso/temperatura, constipação ou diarreia, tosse seca, roséolas típicas (manchas rosadas no tronco – achado raro) e hepatoesplenomegalia.

\*Coletar até a 5ª semana de início dos sintomas.

\*\*Coletar até a 2ª semana de início dos sintomas.

Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

A coleta de amostras clínicas (sangue e fezes) deve, preferencialmente, anteceder a administração de antibiótico. Geralmente, realiza-se a hemocultura de duas a três amostras nas duas semanas iniciais da doença. A coprocultura é indicada a partir da segunda até a quinta semana da doença, com intervalo de três dias cada.

### Quadro 5. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de febre tifoide

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Fezes <i>in natura</i> / 5 a 10g	Cultura (LACEN) Confirmatório (IOC Fiocruz)	Cultura	Febre Tifoide	Fezes <i>in natura</i> : coletar até a 5. <sup>a</sup> semana do início dos sintomas.	Fezes <i>in natura</i> : manter a temperatura ambiente por até 24 horas.	Fezes <i>in natura</i> / hemocultura: caixa térmica em temperatura ambiente (+15°C a +25°C).	Amostras identificadas e ordenadas; Ficha SINAN (febre tifoide); Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL.
Sangue total/ 1 frasco de hemocultura				Hemocultura: coletar até a 2. <sup>a</sup> semana do início dos sintomas.	Hemocultura: manter a temperatura ambiente (+15°C a +25°C) por até 72 horas.		

Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Sistema de informação em saúde/registro

### Quadro 6. Orientações sobre notificação de casos suspeitos de febre tifoide

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação FEBRE TIFOIDE	24 horas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>Data de início dos sintomas;</li> <li>Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>Dados laboratoriais;</li> <li>Dados da exposição;</li> <li>Fonte/mecanismo de infecção;</li> <li>Alimentos sob suspeita;</li> <li>Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

As fichas de investigação de febre tifoide e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos>



## 1.4 HEPATITE A (CID-10: B 19 — Hepatites Virais)

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes vírus hepatotrópicos que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas. Têm distribuição universal, sendo observadas diferenças regionais de acordo com o agente etiológico.

O modo de transmissão da hepatite A é pela via fecal-oral e é uma doença que está relacionada às condições de saneamento básico, higiene pessoal, relação sexual desprotegida (contato boca-ânus) e qualidade da água e dos alimentos.

### Caso confirmado de hepatite A

- Indivíduo que apresente anti-HAV IgM reagente.
- Indivíduo com suspeita clínica que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A.
- Indivíduo que evoluiu para óbito com menção de hepatite A na Declaração de Óbito.
- Indivíduo que evoluiu ao óbito com menção de hepatite sem etiologia especificada na Declaração de Óbito, mas que tem confirmação para hepatite A após investigação.

### Atividades/processo de trabalho

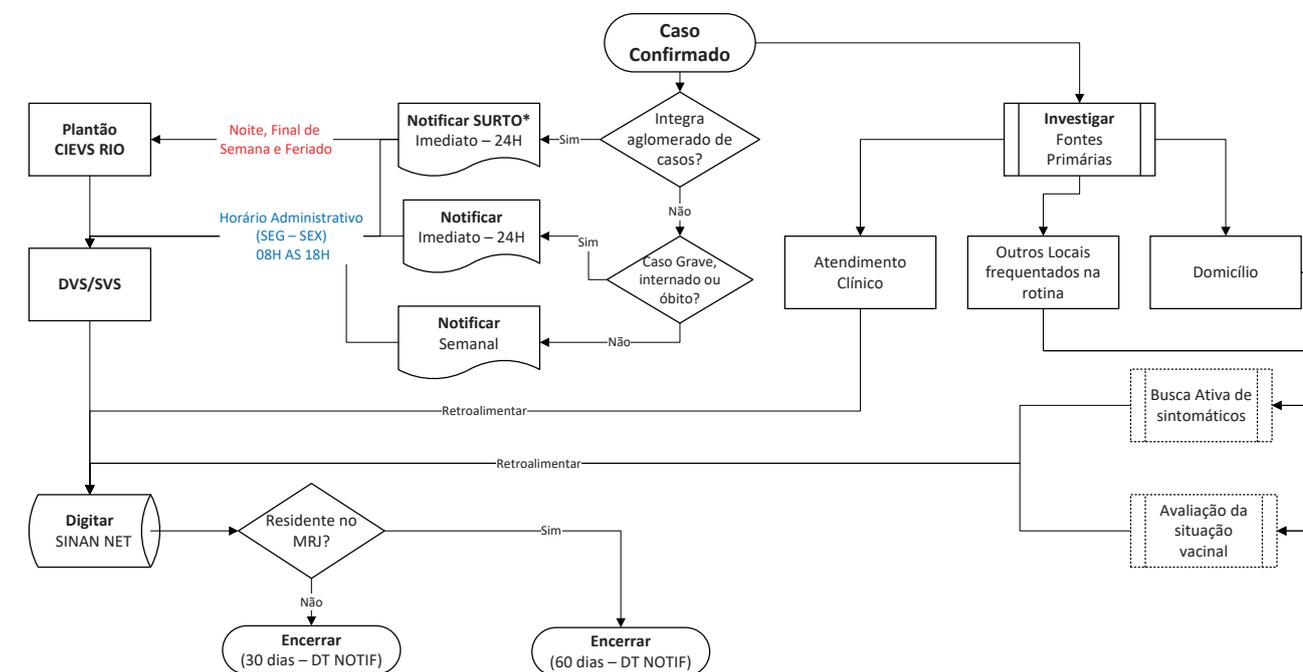
Os casos de hepatite A devem ser notificados após confirmação, conforme critérios mencionados. É uma doença de notificação semanal, porém, surtos, casos graves, internados ou óbito devem ser notificados em até 24 horas pela Rede Assistencial (pública, privada e filantrópica), em todos os níveis de atenção.

A unidade de saúde que atender um caso de hepatite A deve notificar por meio da "Ficha de Investigação Hepatites Virais" do SINAN, preenchendo com letra legível o máximo de informações disponíveis (nome, endereço, idade, sintomas apresentados, data do início dos sintomas, dentre outros).

A investigação epidemiológica deve verificar se há outros casos suspeitos ou confirmados vinculados (surtos), bem como identificar as possíveis fontes de contaminação, particularmente água de uso comum e refeições coletivas.

## Procedimento operacional padrão

Figura 4. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso confirmado de hepatite A



### Definição de Caso Confirmado

Indivíduo que apresente anti-HAV IGM reagente;  
 Indivíduo com suspeita clínica que apresente vínculo epidemiológico;  
 com caso confirmado laboratorialmente (anti-HAV IGM reagente) de Hepatite A;  
 Indivíduo que evoluiu a óbito com menção de Hepatite A na D.O.;  
 Indivíduo que evoluiu a óbito com menção de Hepatite sem etiologia especificada na D.O mas com confirmação para Hepatite A após investigação.

\*Todos os casos que compõem o surto devem ser notificados individualmente

Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

Quadro 7. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de hepatite A

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Soro (4ml)	Laboratório contratualizado	IgM	A partir do 2.º dia do início dos sintomas, tendo declínio da titulação a partir da segunda semana.	Centrifugar até 2 horas após a coleta e armazenar em geladeira (+2°C a +8°C) por até 2 dias ou em freezer (-20°C) até o envio.	Caixa térmica com bobina de gelo reciclável ou gelo seco.	Verificar exigências do laboratório contratualizado local.

Nota: Casos graves e óbitos devem ser discutidos com a área técnica previamente ao encaminhamento da amostra. Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Sistema de informação em saúde/registro

**Quadro 8. Orientações sobre notificação de caso confirmado de hepatite A**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação HEPATITES VIRAIS	24 horas: surtos, casos graves, internados ou óbito.  Semanal: demais casos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>• Data de início dos sintomas;</li> <li>• Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>• Dados vacinais;</li> <li>• Institucionalização;</li> <li>• Dados da exposição;</li> <li>• Dados laboratoriais;</li> <li>• Fonte/Mecanismo de infecção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>• 30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de hepatites virais e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**



# **CAPÍTULO 2**

## **DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS**

**Coqueluche**

**Difteria**

**Meningites**

**Parotidite**

**Paralisia Flácida Aguda**

**Rubéola**

**Sarampo**

**Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG Universal)**

**Tétano Acidental**

**Tétano Neonatal**

**Varicela**



## 2.1 COQUELUCHE (CID-10: A37)

Doença infecciosa aguda, de alta transmissibilidade e distribuição universal, que compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. Em lactentes, pode resultar em um número elevado de complicações e até óbito.

A coqueluche é transmitida, principalmente, pelo contato direto, por meio de gotículas de secreção da orofaringe eliminadas durante a fala, tosse e espirro. Tem período médio de incubação de 5 a 10 dias, podendo variar de 4 a 21 dias. Possui três fases evolutivas: fase catarral, fase paroxística e fase de convalescença.

### Caso suspeito de coqueluche

- Indivíduo com menos de 6 meses de idade, independentemente do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo, há dez dias ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sintomas:
  - Tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (cinco a dez), em uma única expiração);
  - Guincho inspiratório;
  - Vômitos pós-tosse;
  - Cianose;
  - Apneia;
  - Engasgo.
- Indivíduo com idade igual ou superior a 6 meses, independentemente do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo, há 14 dias ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sintomas:
  - Tosse paroxística;
  - Guincho inspiratório;
  - Vômitos pós-tosse.

### Caso confirmado de coqueluche

#### Critério laboratorial

- Todo caso que atenda à definição de caso suspeito de coqueluche e que tenha isolamento por cultura ou identificação por PCR de *Bordetella pertussis*.

#### Critério clínico-epidemiológico

- Todo caso que atenda à definição de caso suspeito e que teve contato com caso confirmado de coqueluche pelo critério laboratorial, entre o início do período catarral e até três semanas após o início do período paroxístico da doença.

## Critério clínico

- **Para indivíduos com idade inferior a 6 meses:** todo caso que cumpra os critérios de caso suspeito em menores de 6 meses, e que não atenda aos critérios laboratorial e/ou clínico-epidemiológico;
- **Para indivíduos com idade igual ou superior a 6 meses:** todo caso que cumpra os critérios de caso suspeito com idade igual ou superior a 6 meses, e que não atenda aos critérios laboratorial e/ou clínico-epidemiológico.

## Caso descartado

- Caso suspeito que não se enquadre nas situações descritas para caso confirmado.

## Atividades/processo de trabalho

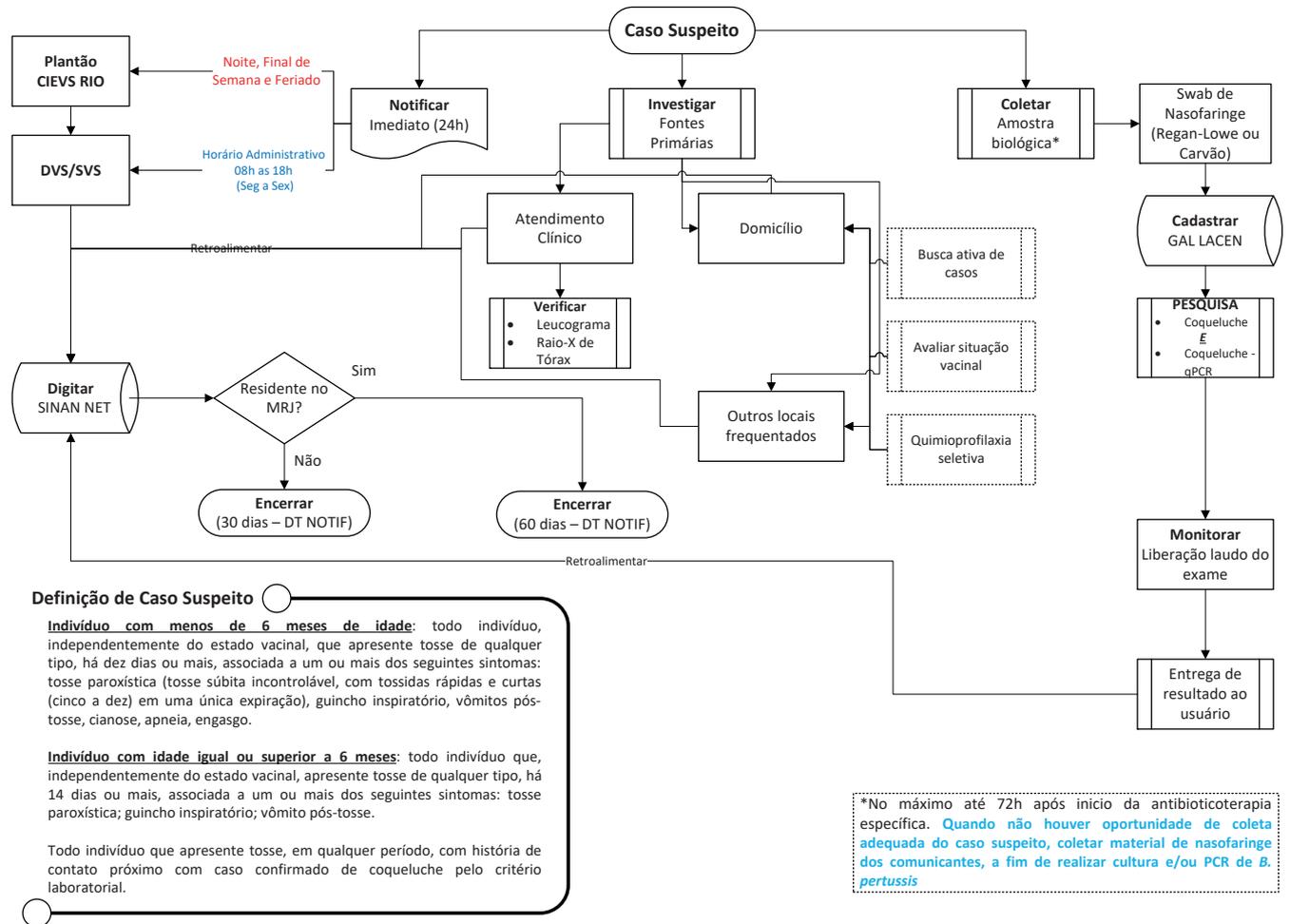
Todos os casos suspeitos de coqueluche devem ser notificados por meio do preenchimento da "Ficha de Investigação Coqueluche" do SINAN. É uma doença de notificação imediata, ou seja, a notificação deve ocorrer até 24 horas após o conhecimento do caso.

A investigação laboratorial é recomendada em todos os casos atendidos nos serviços de saúde, para fins de confirmação e estabelecimento de medidas para o tratamento e a redução de sua disseminação.

Dentre as ações da investigação epidemiológica, deve-se verificar se há outros casos suspeitos, avaliar a situação vacinal do caso e dos comunicantes, além de administrar quimioprofilaxia, quando necessário. É importante manter a vigilância entre os comunicantes até 42 dias após a identificação do último caso.

## Procedimento operacional padrão

Figura 1. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito de coqueluche



Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Quimioprofilaxia

A quimioprofilaxia é indicada para os seguintes comunicantes:

- Comunicantes vulneráveis;
- Pessoas que trabalham em serviços de saúde ou diretamente com crianças;
- Comunicantes com idade inferior a 1 ano, independentemente da situação vacinal — os recém-nascidos devem ser avaliados pelo médico. Situação especial: neonato filho de mãe que não fez ou não completou o tratamento adequado deve receber quimioprofilaxia;
- Comunicantes com idade entre 1 e 7 anos não vacinados, com situação vacinal desconhecida ou que tenham tomado menos de quatro doses de vacina com componentes *pertussis*;

- Comunicantes a partir de 7 anos de idade que tiveram contato íntimo e prolongado com um caso suspeito de coqueluche, se: houve contato com o caso-índice no período de 21 dias que precedeu o início dos sintomas do caso, até três semanas após o início da fase paroxística; ou houve contato com um comunicante vulnerável no mesmo domicílio.

**IMPORTANTE: Quando não houver oportunidade de coleta adequada do caso suspeito, coletar material de nasofaringe dos comunicantes, a fim de realizar cultura e/ou PCR de *B. pertussis*.**

Consideram-se comunicantes vulneráveis:

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

**IMPORTANTE: Indivíduos com tosse identificados no grupo dos comunicantes vulneráveis devem ser considerados casos suspeitos de coqueluche. Portanto devem ser notificados e tratados, independentemente do resultado laboratorial. No caso de gestantes e em qualquer fase da gestação, a mulher que se enquadrar na definição de caso suspeito ou na definição para indicação de quimioprofilaxia deve receber o tratamento ou a quimioprofilaxia.**

**Quadro 1. Orientações para tratamento e quimioprofilaxia de contatos de casos de coqueluche**

PRIMEIRA ESCOLHA: AZITROMICINA	
IDADE	POSOLOGIA
< 6 meses	10mg/kg em 1 dose ao dia durante 5 dias — é o preferido para esta faixa etária.
≥ 6 meses	10mg/kg (máximo de 500mg) em 1 dose no 1.º dia; e 5mg/kg (máximo de 250mg) em 1 dose ao dia, do 2.º ao 5.º dia.
Adultos	500mg em 1 dose no 1.º dia; e 250mg em 1 dose ao dia, do 2.º ao 5.º dia.

<b>SEGUNDA ESCOLHA: CLARITROMICINA</b>	
<b>IDADE</b>	<b>POSOLOGIA</b>
< 1 mês	Não recomendado.
1 a 24 meses	≤ 8kg: 7,5mg/kg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias. > 8kg: 62,5 mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.
3 a 6 anos	125mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.
<b>SEGUNDA ESCOLHA: CLARITROMICINA<sup>1</sup></b>	
<b>IDADE</b>	<b>POSOLOGIA</b>
7 a 9 anos	Não recomendado.
> 10 anos	≤ 8kg: 7,5 mg/kg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias. > 8kg: 62,5mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.
Adultos	125mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.
<b>ERITROMICINA (EM CASO DE INDISPONIBILIDADE DOS MEDICAMENTOS ANTERIORES)</b>	
<b>IDADE</b>	<b>POSOLOGIA</b>
< 1 mês	Não recomendado devido à associação com a síndrome de hipertrofia pilórica.
1 a 24 meses	125mg, de 6 em 6 horas, durante 7 a 14 dias.
2 a 8 anos	250mg, de 6 em 6 horas, durante 7 a 14 dias.
> 8 anos	250mg a 500mg, de 6 em 6 horas, durante 7 a 14 dias.
Adultos	500mg, de 6 em 6 horas, durante 7 a 14 dias.
<b>SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIN (SMZ-TMP), NO CASO DE INTOLERÂNCIA A MACROLÍDEO<sup>2</sup></b>	
<b>IDADE</b>	<b>POSOLOGIA</b>
< 6 semanas	Contraindicado.
≥ 6 semanas a 5 meses	SMZ 100mg e TMP 20mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.
≥ 6 meses a 5 anos	SMZ 200mg e TMP 40mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.
6 a 12 anos	SMZ 400mg e TMP 80mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.
Adultos	SMZ 800mg e TMP 160mg, de 12 em 12 horas, durante 7 dias.

Notas: 1 - Apresentação de 125mg/5ml; 2 - Droga alternativa caso haja contra-indicação de azitromicina, claritromicina ou eritromicina. Fonte: DEIDT/SVSA/MS.

## Diagnóstico laboratorial

### Quadro 2. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de coqueluche

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Swab nasofaríngeo em meio de transporte Regan-Lowe	LACEN	Cultura	Coqueluche	No máximo até o 3.º dia da antibioticoterapia.	Temperatura ambiente por, no máximo, 6 horas. Após esse período colocar em estufa (+35°C a +37°C) por até 24 horas.	Caixa térmica à temperatura ambiente.	Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.
		PCR	Coqueluche — qPCR				

Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Sistema de informação em saúde/registro

### Quadro 3. Orientações sobre notificação de caso suspeito/confirmado de coqueluche

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação COQUELUCHE	24 horas: surtos, casos graves, internados ou óbito.  Semanal: demais casos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>Data de início dos sintomas;</li> <li>Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>Contato com casos suspeitos;</li> <li>Dados vacinais;</li> <li>Hospitalização;</li> <li>Dados laboratoriais;</li> <li>Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

As fichas de investigação de coqueluche e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>



## 2.2 DIFTERIA (CID-10: A36)

A difteria é uma doença toxi-infecciosa aguda, imunoprevenível, causada pelo bacilo toxigênico *Corynebacterium diphtheriae*, que frequentemente se aloja nas amígdalas, faringe, laringe, fossas nasais e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. É caracterizada pela presença de placas pseudomembranosas típicas nestes locais. A transmissão ocorre pelo contato direto de pessoa doente ou portadora com pessoa suscetível, por meio de gotículas de secreção respiratória, eliminadas por tosse, espirro ou ao falar.

### Caso suspeito de difteria

- Toda pessoa que, independentemente da idade e do estado vacinal, apresenta quadro agudo de infecção da orofaringe, com presença de placas aderentes ocupando as amígdalas, com ou sem invasão de outras áreas da faringe (palato e úvula) ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal e pele, por exemplo), com febre moderada e comprometimento do estado geral.

### Caso confirmado de difteria

#### Critério Laboratorial

- Todo caso suspeito com isolamento do *Corynebacterium diphtheriae*, com provas de toxigenicidade positiva ou não.

#### Critério Clínico-Epidemiológico

- Caso suspeito com resultado de cultura negativo ou exame não realizado, mas que seja comunicante de outro caso confirmado laboratorial ou clinicamente.
- Todo caso suspeito de difteria com resultado de cultura negativo ou exame não realizado, mas que seja comunicante íntimo de portador, indivíduo no qual se isolou o *C. diphtheriae*.

#### Critério clínico

Quando forem observadas:

- Placas comprometendo pilares ou úvula, além das amígdalas;
- Placas suspeitas na traqueia ou na laringe;
- Simultaneamente, placas em amígdalas, toxemia importante, febre baixa desde o início do quadro e evolução, em geral, arrastada;
- Miocardite ou paralisia de nervos periféricos, que pode aparecer desde o início dos sintomas sugestivos de difteria ou até semanas depois.

## **Critério anatomopatológico (necropsia)**

Quando a necropsia comprovar:

- Placas comprometendo pilares ou úvula, além das amígdalas;
- Placas na traqueia e/ou na laringe.

## **Definição de portador**

- Todo indivíduo que aloja o *Corynebacterium diphtheriae* na nasofaringe ou na pele (no caso da difteria cutânea) sem apresentar sintomatologia. A identificação ocorre com o exame positivo por cultura, que caracteriza como estado de portador, com evolução ou não para difteria.

## **Caso descartado**

- Caso suspeito não confirmado por nenhum dos critérios descritos anteriormente.

## **Atividades/processo de trabalho**

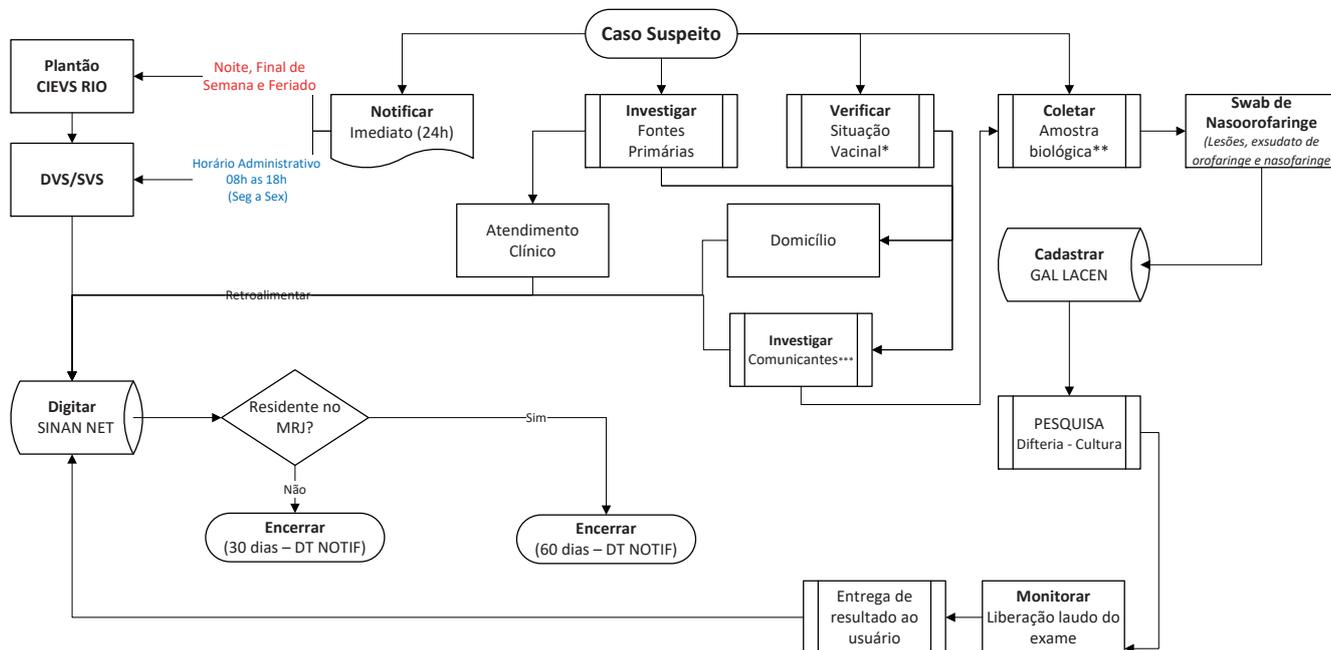
A difteria requer notificação compulsória imediata (em até 24 horas). A unidade de saúde que identificar um caso suspeito deve notificar por meio da "Ficha de Investigação Difteria" do SINAN, preenchendo informações essenciais (nome, endereço, idade, sintomas, data de início dos sintomas, coleta de *exsudato de naso e orofaringe*, avaliação dos comunicantes íntimos). Mesmo informações negativas devem ser registradas.

Para o diagnóstico laboratorial, preferencialmente antes do início da antibioticoterapia, realizar a coleta de dois *swabs* (nasofaringe e orofaringe), acondicionados em tubos independentes em meio de cultura PAI ou Löefler. Na impossibilidade destes meios utilizar o Stuart. Comunicantes de um caso suspeito de difteria devem passar por exame clínico, coleta de *swab* e vigilância por, no mínimo, sete dias a contar da data do último contato com o caso suspeito. Consideram-se comunicantes aqueles que tiveram contato com o caso suspeito, moradores do mesmo domicílio ou não, com risco de adoecimento.

Recomenda-se coletar material dos comunicantes para cultura de *C. diphtheriae*. Em caso de limitações operacionais, priorizar a coleta em pessoas que tenham contato com crianças, apresentem diminuição da imunidade, manipulem alimentos, sejam não vacinadas, inadequadamente vacinadas ou com estado vacinal desconhecido. Além da coleta, avaliar a necessidade de quimioprofilaxia e vacinação seletiva.

## Procedimento operacional padrão

Figura 2. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito de difteria



### Definição de Caso Suspeito

Toda pessoa que, independentemente da idade e do estado vacinal, apresenta quadro agudo de infecção da orofaringe, com presença de placas aderentes ocupando as amígdalas, com ou sem invasão de outras áreas da faringe (palato e úvula) ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, por exemplo) com febre moderada e comprometimento do estado geral.

\*Quimioprofilaxia seletiva para os não vacinados, vacinação incompleta, ou situação vacinal desconhecida.

\*\*Preferencialmente antes do início da antibioticoterapia específica. 2 SWABS (nasofaringe e orofaringe) acondicionados em tubos independentes em meio de cultura PAI ou Löeffler. Na impossibilidade destes meios utilizar o STUART

\*\*\*Todos os comunicantes de um caso suspeito de difteria deverão ser submetidos a exame clínico, coleta de material para cultura e ficar sob vigilância por um período mínimo de sete dias a contar da data do último contato com o caso suspeito.

Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Quimioprofilaxia

Recomenda-se a quimioprofilaxia aos comunicantes não vacinados, inadequadamente vacinados ou com estado vacinal desconhecido.

**Quadro 4. Orientações para quimioprofilaxia dos comunicantes de difteria**

<b>ERITROMICINA<sup>a</sup></b>	Crianças	40mg/kg/via oral — de 6 em 6h durante 7 dias, no máximo de 2g/dia
	Adultos	500mg via oral — de 6 em 6h durante 7 dias
<b>AZITROMICINA</b>	Crianças	10mg/kg/via oral — ose única diária, durante 5 dias, no máximo 500mg/dia
	Adultos	500mg/via oral — ose única diária, durante 5 dias
<b>CLARITROMICINA</b>	Crianças	15mg/kg/via oral — de 12 em 12h durante 7 dias, máximo de 1g/dia
	Adultos	500mg/via oral — de 12 em 12h durante 7 dias
<b>PENICILINA G BENZATINA — MEDICAMENTO ALTERNATIVO<sup>b</sup></b>	Crianças com menos de 30kg	600.000UI/IM — dose única
	Adultos e crianças com 30kg ou mais	1.200.000UI/IM — dose única

Notas: a) A eritromicina está contraindicada durante a gravidez, para pacientes com conhecida história de sensibilidade a este antibiótico e naqueles com doença hepática preexistente. Não se recomenda para menores de 1 mês, devido à associação com a síndrome de hipertrofia pilórica. b) Devido às dificuldades operacionais para o uso de medicamentos orais, em função da dose indicada, tempo de uso e o fato da pessoa não apresentar sintomas, a penicilina G benzatina constitui-se como alternativa, e deve ser aplicada em unidades de saúde adequadas para atender à ocorrência de um possível choque anafilático. Fonte: DPNI/SVSA/MS.

## Diagnóstico laboratorial

Para fins de diagnóstico laboratorial deve ser realizada a coleta de exsudato de naso e orofaringe para realização de cultura de *Corynebacterium diphtheriae*, em meio de transporte específico, como descrito no quadro a seguir.

**Quadro 5. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de difteria**

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
2 swabs (nasofaringe e orofaringe) em tubos independentes e com meio de cultura PAI ou Löefler	LACEN	Cultura	Difteria	Preferencialmente antes da antibioticoterapia.	Caso não seja possível o envio imediato, incubar à temperatura de +35°C a +37°C por, no máximo, 24 horas.	Caixa térmica à temperatura ambiente.	Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.

Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Sistema de informação em saúde/registro

Quadro 6. Orientações sobre notificação de caso suspeito/confirmado de difteria

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação DIFTERIA	24 horas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>• Data de início dos sintomas;</li> <li>• Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>• Dados vacinais;</li> <li>• Hospitalização;</li> <li>• Dados laboratoriais;</li> <li>• Dados dos comunicantes íntimos;</li> <li>• Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>• 30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de difteria e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**



## 2.3 MENINGITES

(CID-10: A39.0 — meningite meningocócica; A39.2 — meningococemia aguda; G00.0 — meningite por *Haemophilus influenzae*; G00.1 — meningite pneumocócica; G00.2 – G00.9 — meningite por outras bactérias; A87 — meningite viral)

Meningite é um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal, causado por diversos agentes como bactérias, vírus, fungos ou parasitas.

### Quadro 7. Principais agentes etiológicos da meningite

<p><b>ÁREA/ AMBIENTE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Neisseria meningitidis</i>: principal causa de meningite bacteriana. Sorogrupos mais importantes: A; B; C; Y; e W — indicativo de quimioprofilaxia.</li> <li>● <i>Haemophilus influenzae</i>: podem causar infecções assintomáticas ou doenças não invasivas (bronquite, sinusites e otites) tanto em crianças como em adultos — indicativo de quimioprofilaxia.</li> <li>● <i>Streptococcus pneumoniae</i>: causam doença pneumocócica invasiva (meningite, pneumonia bacterêmica, sepse e artrite) e não invasiva (sinusite, otite média aguda, conjuntivite, bronquite e pneumonia).</li> <li>● Outras bactérias: <i>Mycobacterium tuberculosis</i>; <i>Streptococcus sp.</i> — especialmente os do grupo B; <i>Streptococcus agalactiae</i>; <i>Listeria monocytogenes</i>; <i>Staphylococcus aureus</i>; <i>Pseudomonas aeruginosa</i>; <i>Klebsiella pneumoniae</i>.</li> </ul>
<p><b>VÍRUS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enterovírus: principais vírus causadores de meningite.</li> <li>● Outros vírus: Arbovírus; vírus do grupo herpes; <i>Varicela-Zóster</i>; Epstein-Barr; Citomegalovírus; vírus da caxumba; vírus do sarampo; e Adenovírus.</li> </ul>
<p><b>OUTRAS ETIOLOGIAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fungos: <i>Cryptococcus neoformans</i>; <i>Cryptococcus gattii</i>; <i>Candida albicans</i>; <i>Candida tropicalis</i>; <i>Histoplasma capsulatum</i>; <i>Paracoccidioides brasiliensis</i>; <i>Aspergillus fumigatus</i>.</li> <li>● Protozoários: <i>Toxoplasma gondii</i>; <i>Trypanosoma cruzi</i>; <i>Plasmodium sp.</i></li> <li>● Helmintos: infecção larvária da <i>Taenia solium</i>; <i>Cysticercus cellulosae</i> (cisticercose); <i>Angiostrongylus cantonensis</i>.</li> </ul>

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

### Caso suspeito de meningite

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

- Nos casos de meningococemia, atentar para eritema/exantema, além de sinais e sintomas inespecíficos (sugestivos de septicemia), como hipotensão, diarreia, dor abdominal, dor em membros inferiores, mialgia, rebaixamento do sensório, entre outros.

## Caso confirmado de meningite

- Todo caso suspeito cujo diagnóstico seja confirmado por meio dos exames laboratoriais específicos, de acordo com o agente etiológico: cultura e/ou PCR e/ou látex, isolamento viral.
- Todo caso suspeito com bacterioscopia ou microscopia do LCR com presença de agente etiológico.
- Todo caso suspeito com exame quimiocitológico do LCR sugestivo de meningite bacteriana ou viral.
- Todo caso suspeito que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente para *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*, *Mycobacterium tuberculosis* ou vírus causador de meningites, por um dos exames específicos, mas que não tenha realizado nenhum deles.
- Todo caso suspeito com clínica sugestiva de meningite bacteriana, viral, fúngica, por protozoários ou helmintos, sem exames laboratoriais específicos.

## Caso descartado de meningite

- Caso suspeito com diagnóstico confirmado para outra doença.

## Atividades/processo de trabalho

A meningite é uma doença de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, pela Rede Assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção.

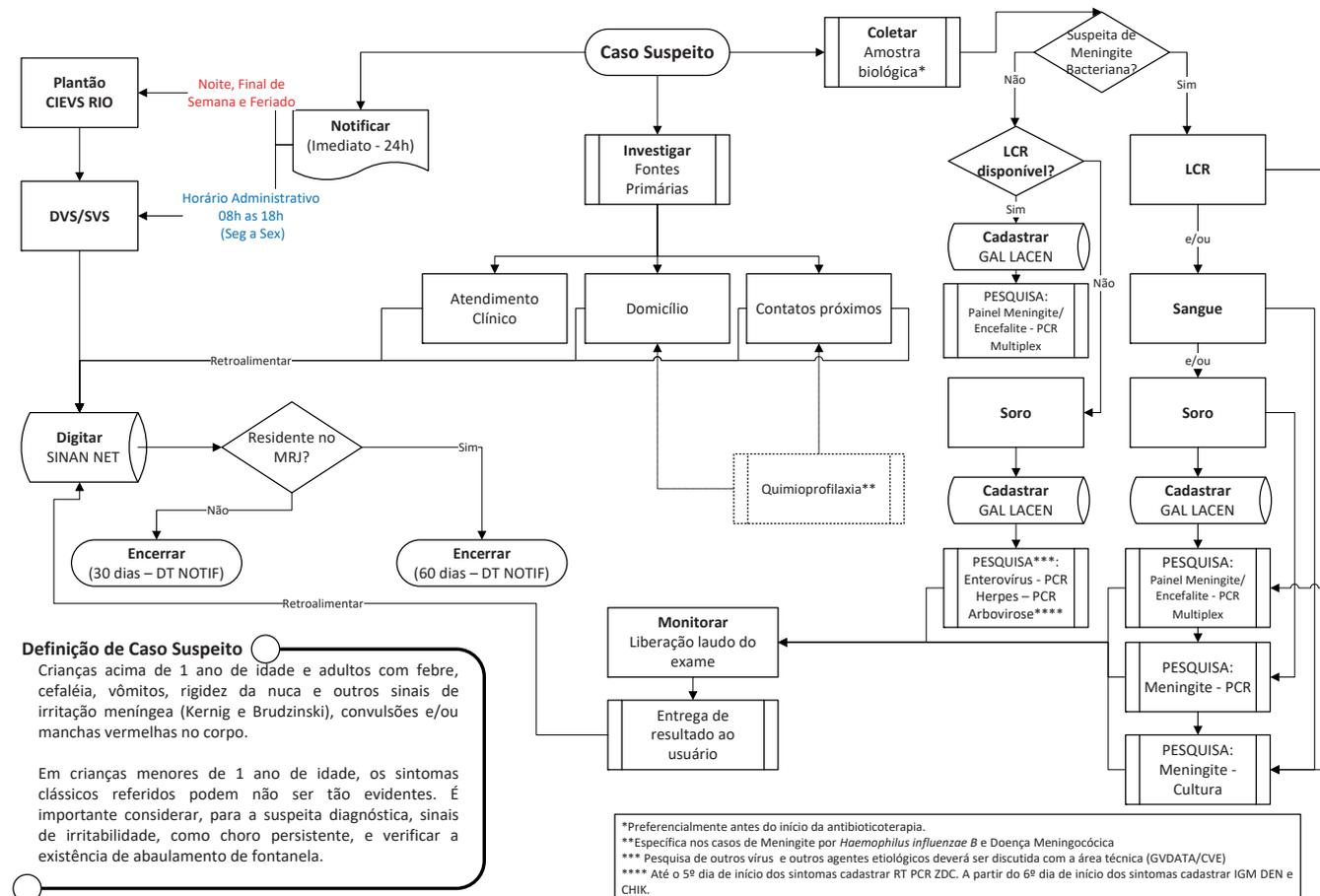
Todos os casos suspeitos devem ser notificados por meio do preenchimento da "Ficha de Investigação Meningite" do SINAN, preenchendo com letra legível o máximo de informações disponíveis (nome, endereço, idade, sintomas, data do início dos sintomas e avaliação dos comunicantes íntimos).

A investigação deve ser realizada para obtenção de informações quanto à caracterização clínica do caso (incluindo a análise dos exames laboratoriais) e as possíveis fontes de transmissão da doença.

Além disso, devem ser descritos os locais frequentados nos últimos 15 dias, para identificação da rede de contatos próximos que cumpram os requisitos para a administração de quimioprofilaxia.

## Procedimento operacional padrão

Figura 3. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito de meningite



Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Quimioprofilaxia

A quimioprofilaxia está indicada SOMENTE para os casos de Doença Meningocócica (meningococcemia; meningite meningocócica; meningite meningocócica com meningococcemia) e meningite por *Haemophilus influenzae*.

A quimioprofilaxia, embora não assegure efeito protetor absoluto e prolongado, tem sido adotada como medida eficaz na prevenção de casos secundários. Os casos secundários são raros e, geralmente, ocorrem nas primeiras 48 horas a partir do primeiro caso.

Em relação às gestantes, tem sido adotada a quimioprofilaxia, pois não há evidência de que possa apresentar efeitos teratogênicos. Porém a relação risco/benefício do uso do antibiótico deverá ser avaliada pelo médico que está prestando a assistência.

## Quadro 8. Orientações para quimioprofilaxia de contatos de casos de meningite

TIPOS DE MENINGITE	DESCRIÇÃO	INDICAÇÃO DA QUIMIOPROFILAXIA DOS CONTATOS	PRAZO PARA QUIMIOPROFILAXIA
<b>Meningococemia</b>	Apresenta petéquias, equimoses ou sufusões hemorrágicas e quadro clínico específico para meningite ou não, com exame de liquor normal ou presença de <i>Neisseria meningitidis</i> (NM) no sangue/soro em cultura, látex ou PCR.	Contatos próximos moradores do mesmo domicílio, indivíduos que compartilham o mesmo dormitório (alojamentos, quartos, entre outros), comunicantes de creches e escolas, e pessoas diretamente expostas às secreções do paciente. Não há recomendação para profissionais da área da saúde que atenderam caso da doença, exceto aqueles que realizaram procedimentos invasivos (intubação orotraqueal ou passagem de cateter nasogástrico) sem utilização de equipamento de proteção individual adequado.	Preferencialmente entre 24 e 48 horas da exposição à fonte de infecção, e no prazo máximo de 10 dias.
<b>Meningite meningocócica</b>	Quadro clínico específico com exame de liquor alterado com presença de <i>Diplococos Gram-negativos</i> (DGN) na bacterioscopia ou presença de NM em cultura, látex ou PCR — pode-se obter esses resultados também em sangue/soro.		
<b>Meningite meningocócica com Meningococemia</b>	Apresenta quadro clínico específico e presença de petéquias com exame de liquor alterado, seja para meningite bacteriana, com presença ou não de DGN na bacterioscopia, e/ou NM em cultura, látex ou PCR — pode-se obter esses resultados também em sangue/soro.		
<b>Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i></b>	Casos de meningite com confirmação laboratorial para <i>Haemophilus influenzae</i> (cultura, látex e PCR)	Contatos próximos nas seguintes situações: no domicílio para contatos de qualquer idade, que tenham, pelo menos, um contato com criança menor de 4 anos não vacinada ou parcialmente vacinada, ou com criança imunocomprometida, independentemente da situação vacinal. Contatos domiciliares são as pessoas que residem com o doente, ou aquelas que não residem na mesma casa, mas passaram quatro horas ou mais com o doente durante, pelo menos, cinco dos sete dias anteriores ao início dos sintomas.	Preferencialmente entre 24 e 48 horas da exposição à fonte de infecção, e no prazo máximo até 30 dias.

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).



**Quadro 9. Orientações sobre drogas e posologia para quimioprofilaxia de contatos de casos de meningite**

DROGA	IDADE	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	INTERVALO	DURAÇÃO
RIFAMPICINA	< 1 mês	5mg/kg/dose	Oral	12/12 horas	2 dias
	Crianças ≥ 1 mês e adultos	10mg/kg/dose (máximo de 600mg para crianças)			
CEFTRIAXONE	< 12 anos	125mg	Intramuscular	Dose única	
	≥ 12 anos	250mg			
CIPROFLOXACINO	> 18 anos	500mg	Oral	Dose única	

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

Atualmente, no município do Rio de Janeiro, a rifampicina tem sido reservada para quimioprofilaxia de casos de *H. influenzae*, salvo nas situações específicas descritas no Quadro 10.

**Quadro 10. Orientações para quimioprofilaxia de contatos de casos *Haemophilus influenzae***

DROGA	IDADE	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	INTERVALO	DURAÇÃO
RIFAMPICINA	< 1 mês	10mg/kg/dose (dose máxima de 600mg)	Oral	24/24 horas	4 dias
	≥ 1 mês até 10 anos	20mg/kg/dose (dose máxima de 600mg)			
	Adultos	600mg/dose			

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

## Diagnóstico laboratorial

**Quadro 11. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de meningite (liquor)**

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Liquor (2ml)	LACEN	PCR — Multiplex	Painel Meningite/ Encefalite — PCR Multiplex	Antes da antibioticoterapia <sup>2</sup>	Geladeira (+2°C a +8°C) por até 24 horas ou congelar em freezer (-20°C) até o envio.	Caixa térmica com gelo seco (-20°C) ou bobina de gelo reciclável (+2°C a +8°C).	Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.
		Cultura <sup>1</sup>	Meningite — Cultura				Ficha SINAN: Meningite; Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.
Isolado bacteriano: a partir da punção líquórica							Temperatura ambiente por, no máximo, 12 horas.
2 lâminas: a partir da punção líquórica		Bacterioscopia	Meningite — Bacterioscopia		Temperatura ambiente por, no máximo, 24 horas.	Caixa portá-lâminas à temperatura ambiente.	Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.

Notas: 1 – A cultura do sangue e do liquor deve ser realizada inicialmente no laboratório local, para orientação da conduta médica. Se houver identificação, nestas amostras, de *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae*, as mesmas deverão ser encaminhadas para o LACEN-RJ para realização de diagnóstico mais específico; 2 – Caso a coleta da amostra ocorra após o início da antibioticoterapia, devem ser registrados no GAL a data do início do tratamento e qual medicamento utilizado. Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Quadro 12. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de meningite (Soro)

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Soro (mínimo 500µL)	LACEN	PCR	Meningite — PCR	Antes da antibioticoterapia <sup>2</sup>	Centrifugar até 2 horas após a coleta e armazenar em geladeira (+2°C a +8°C) por até 24 horas ou em freezer (-20°C) até o envio.	Caixa térmica com gelo seco (-20°C) ou bobina de gelo reciclável (+2°C a +8°C).	Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.
Isolado bacteriano: a partir do soro		Cultura <sup>1</sup>			Temperatura ambiente por, no máximo, 12 horas.	Caixa térmica à temperatura ambiente.	
Sangue (crianças: 3ml a 5ml) (adultos: 5ml a 10ml)		Hemocultura <sup>1</sup>	Meningite — Cultura		Em geladeira (+2°C a +8°C) por até 24 horas.	Caixa térmica com bobina de gelo reciclável (+2°C a +8°C).	Ficha SINAN: Meningite; Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas

Notas: 1 – A cultura do sangue e do liquor deve ser realizada inicialmente no laboratório local, para orientação da conduta médica. Se houver identificação, nestas amostras, de *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae*, as mesmas deverão ser encaminhadas para o LACEN-RJ para realização de diagnóstico mais específico; 2 – Caso a coleta da amostra ocorra após o início da antibioticoterapia, devem ser registrados no GAL a data do início do tratamento e qual medicamento utilizado. Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Sistema de informação em saúde/registro

### Quadro 13. Orientações sobre notificação de casos suspeitos/confirmados de meningite

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação MENINGITE	24 horas a partir do conhecimento do caso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>Data de início dos sintomas;</li> <li>Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>Dados vacinais (principalmente em menores de 15 anos);</li> <li>Dados da hospitalização;</li> <li>Dados laboratoriais;</li> <li>Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

As fichas de investigação de meningite e as fichas de outras doenças/agravs podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravs-transmissiveis-agudos/>

## 2.4 PAROTIDITE INFECCIOSA (CAXUMBA) (CID-10: B26)

A caxumba é uma doença viral aguda, provocada pelo vírus do gênero *Paramyxovirus*, da família Rubulavírus. É caracterizada por febre, dor, sensibilidade e aumento de volume de uma ou mais glândulas salivares, com predileção pelas parótidas (bochechas e área da mandíbula) e, às vezes, pelas sublinguais ou submandibulares.

A transmissão se dá de pessoa a pessoa, por meio do contato direto com a saliva ou gotículas respiratórias de uma pessoa infectada com caxumba. O período de incubação da doença é de 16 a 18 dias, variando de 12 a 25 dias. Já o período de transmissibilidade é de 7 a 9 dias após o surgimento das manifestações clínicas.

### Caso suspeito de caxumba

- Pessoa com início agudo de sensibilidade unilateral ou bilateral, edema da parótida ou outra glândula salivar que dura dois ou mais dias, sem outra causa aparente (vírus parainfluenza, vírus Epstein-Barr, vírus Influenza A, HIV e causas não infecciosas), ou suspeita clínica de caxumba por causa de outros sintomas associados à caxumba (meningite, encefalite, perda auditiva, orquite, ooforite, mastite e pancreatite) inexplicada por outro mais provável diagnóstico.

### Caso confirmado de caxumba

- O caso de parotidite que atenda à definição de suspeito, sem outra causa aparente, pode ser confirmado com ou sem diagnóstico laboratorial.

### Caso descartado de caxumba

- Caso suspeito de parotidite, cuja avaliação clínico-epidemiológica conclua como sendo outra doença.

### Atividades/processo de trabalho

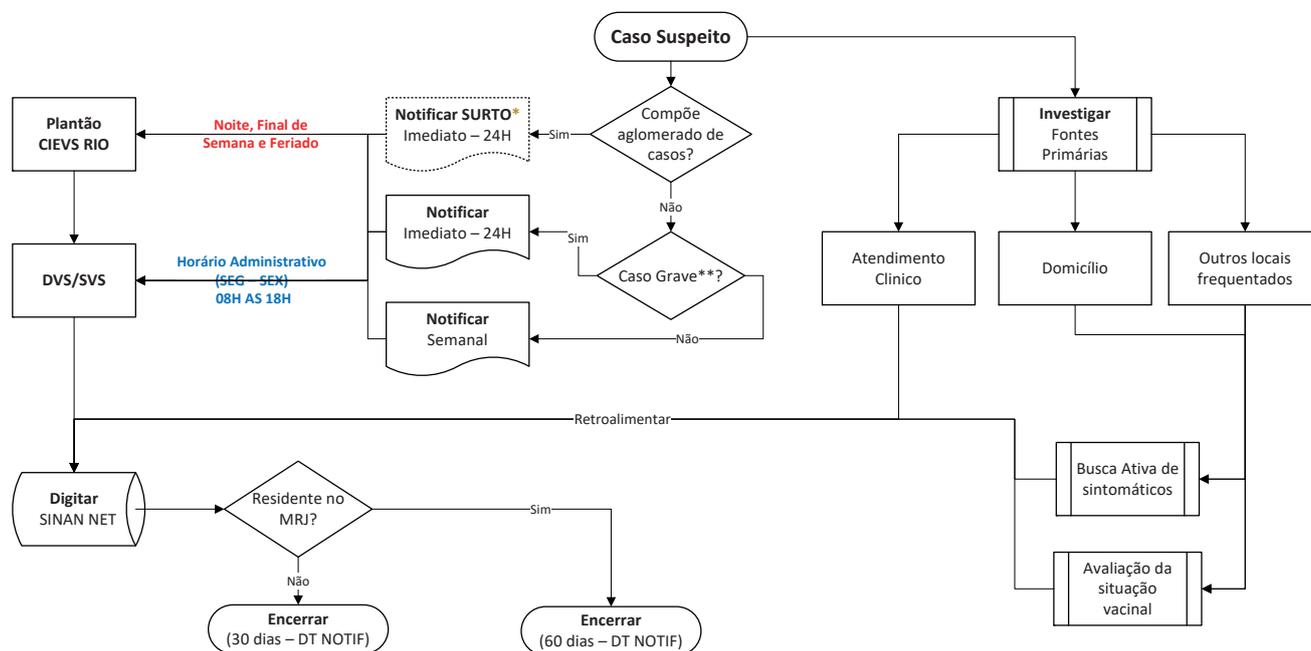
A parotidite não é uma doença de notificação compulsória a nível nacional. Porém, no estado do Rio de Janeiro, por meio da Resolução SES n.º 1.864, de 25 de junho de 2019, os casos individuais passaram a ser de notificação compulsória. Os casos suspeitos devem ser notificados por meio da "Ficha de Investigação Parotidite" do SINAN (documento adaptado pela CVE), semanalmente. No entanto, surtos, casos internados, graves e óbito devem ser notificados em até 24 horas.

A unidade de saúde que atender um caso suspeito de parotidite deve preencher a ficha de notificação com letra legível e o máximo de informações disponíveis (nome, endereço, idade, sintomas apresentados, data do início dos sintomas, dentre outros).

A investigação epidemiológica deve verificar se há outros casos suspeitos ou confirmados vinculados (surtos), bem como avaliar a situação vacinal do caso e dos contactantes.

## Procedimento operacional padrão

Figura 4. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito de parotidite



### Definição de Caso Suspeito

Pessoa com início agudo de sensibilidade unilateral ou bilateral, edema de parótida ou outra glândula salivar que dura dois ou mais dias, sem outra causa aparente (*vírus parainfluenza, vírus Epstein-Barr, vírus Influenza A, HIV e causas não infecciosas*) ou suspeita clínica de caxumba por causa de outros sintomas associados à caxumba (*meningite, encefalite, perda auditiva, orquite, ooforite, mastite, pancreatite*) inexplicada por outro mais provável diagnóstico.

\*Todos os casos que compõem o surto devem ser notificados individualmente

\*\*Pacientes internados pós diagnóstico de Parotidite com outros sintomas associados à doença.

Doença de Notificação Compulsória no Estado do Rio de Janeiro  
Resolução SES 2485 de 18/10/2021

Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico da doença é eminentemente clínico-epidemiológico. Os testes para detecção de anticorpos e/ou RNA viral não são utilizados na rotina do serviço público de saúde, mas o vírus pode ser detectado por sorologia ou RT-PCR em tempo real. A Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN) não realiza exame de rotina para esse diagnóstico.

## Sistema de informação em saúde/registro

Quadro 14. Orientações sobre notificação de caso suspeito/confirmado de parotidite

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Notificação/ Conclusão PAROTIDITE	24 horas: surtos, casos graves, internados ou óbitos.  Semanal: demais casos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>• Data de início dos sintomas;</li> <li>• Sinais e sintomas (inserir no campo "Observações adicionais" );</li> <li>• Dados vacinais (inserir no campo "Observações adicionais");</li> <li>• Dados sobre aglomerado de casos (inserir no campo "Observações adicionais");</li> <li>• Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>• 30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de notificação/conclusão de parotidite e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**



## 2.5 POLIOMIELE/ PARALISIA FLÁCIDA AGUDA (CID-10: A80)

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda causada por poliovírus e caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito, que ocorre em, aproximadamente, 1% das infecções. O déficit motor acomete, em geral, os membros inferiores e de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular com sensibilidade preservada e arreflexia no segmento atingido.

A transmissão ocorre por contato direto pessoa a pessoa, pela via fecal-oral (mais frequentemente), por objetos, alimentos e água contaminados com fezes de doentes ou portadores, ou pela via oral-oral, por meio de gotículas de secreções da orofaringe (ao falar, tossir ou espirrar). Tem período de incubação de, geralmente, 7 a 12 dias, podendo variar de 2 a 30 dias. Todas as pessoas não imunizadas, seja pela infecção natural ou pela vacinação, são suscetíveis.

### Caso suspeito de poliomielite

- Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduos com menos de 15 anos de idade, independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.
- Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação de poliovírus, nos 30 dias anteriores ao início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para países com circulação de poliovírus selvagem e apresentaram suspeita diagnóstica de poliomielite.

### Caso confirmado de poliomielite

- **Poliovírus selvagem:** caso de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em que houve isolamento de poliovírus selvagem na amostra de fezes do caso, ou de um de seus contatos, independentemente de haver ou não sequela após 60 dias do início da deficiência motora.
- **Poliomielite associada à vacina (PAV):** caso em que há isolamento de vírus vacinal na amostra de fezes e presença de sequela compatível com poliomielite 60 dias após o início da deficiência motora. Há dois tipos: a que se inicia entre 4 e 40 dias após o recebimento da vacina poliomielite oral (atenuada), e a que surge após contato com criança que tenha recebido vacina oral poliomielite (VOP) até 40 dias antes.
- **Poliovírus derivado vacinal:** caso de PFA com sequela 60 dias após o início do déficit motor e isolamento de poliovírus derivado vacinal (PVDV) — para poliovírus tipos 1 e 3 com mutação no gene de codificação da proteína VP1 maior ou igual a 1,0%, e igual ou superior a 0,6% para poliovírus tipo 2.
- **Poliomielite compatível:** caso de PFA que não teve coleta adequada na amostra de fezes e que apresentou sequela aos 60 dias ou evoluiu para óbito ou teve evolução clínica ignorada.

## Caso descartado para poliomielite

- Caso de PFA no qual não houve isolamento do poliovírus selvagem na amostra adequada de fezes, ou seja, amostra coletada até 14 dias do início da deficiência motora em quantidade e temperatura satisfatórias.

## Atividades/processo de trabalho

A PFA requer notificação imediata, preferencialmente dentro de 24 horas após identificação do caso via “Ficha de Investigação Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite do SINAN”. A investigação, a ser concluída nas primeiras 48 horas, visa coletar informações cruciais para a classificação e a implementação rápida de medidas de controle.

Dados essenciais para a notificação incluem: detalhes do quadro clínico (déficit motor, simetria, evolução, localização, sensibilidade, reflexos), histórico de viagens recentes para áreas com poliovírus ou contato com viajantes nesses locais nos últimos 30 dias, histórico vacinal e contatos.

A investigação laboratorial é obrigatória para todos os casos de PFA. Amostras de fezes devem ser coletadas até o 14.º dia do início do déficit motor, para pesquisa de poliovírus, enviando para o LACEN-RJ. Se não for possível coletar nesse período, o prazo máximo é 60 dias após o início da deficiência motora.

Em situações específicas, coleta de amostras de fezes de contatos é necessária, como em casos com clínica compatível com poliomielite, suspeita de reintrodução do poliovírus selvagem, ou confirmação do vírus derivado vacinal em contatos de casos confirmados.



## Sistema de informação em saúde/registro

Quadro 16. Orientações sobre notificação de caso de PFA

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação PARALISIA FLÁCIDA AGUDA/ POLIOMIELITE	24 horas a partir do conhecimento do caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>• Data de início dos sintomas e data do início da deficiência motora;</li> <li>• Sinais e sintomas (com qualificação das informações da deficiência motora);</li> <li>• Dados vacinais;</li> <li>• Dados da hospitalização;</li> <li>• Dados laboratoriais;</li> <li>• Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>• 30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de paralisia flácida aguda/poliomielite e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**

## 2.6 RUBÉOLA (CID-10: B06)

É uma doença exantemática aguda, de etiologia viral, com alta contagiosidade e que acomete principalmente crianças. Possui curso benigno, estando sua importância epidemiológica relacionada ao risco para gestantes, como abortos, natimortos e síndrome da rubéola congênita, que envolve malformações congênitas, como cardiopatias, catarata e surdez.

A transmissão ocorre por meio de contato com secreções nasofaríngeas de pessoas infectadas. O período de incubação é de 12 a 23 dias, e de transmissão 7 dias antes a 7 dias após o início do exantema.

### Caso suspeito de rubéola

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

### Caso confirmado de rubéola

#### Critério Laboratorial

- Quando o paciente apresenta resultados de exame de sorologia de anticorpos específicos IgM e IgG reagente na primeira e segunda amostras, ou quando apresenta IgM reagente com soroconversão de IgG na segunda amostra.

#### Critério Vínculo Epidemiológico

- Quando o caso suspeito teve contato com um ou mais casos de rubéola, confirmados por laboratório, e apresentou os primeiros sintomas da doença entre 12 e 23 dias após o contato com o(s) caso(s).

#### Critério clínico

- Caso suspeito que apresente febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular e/ou occipital e/ou cervical, independentemente da idade e da situação vacinal, quando da vigência de surtos de grande magnitude.

### Caso descartado para rubéola

#### Critério Laboratorial

- Quando, na pesquisa de anticorpos específicos IgM e IgG, os resultados são não reagentes, ou quando IgM não reagente e IgG reagente.

**Critério Vínculo Epidemiológico**

- Quando o caso tiver como fonte de infecção um ou mais casos descartados pelo critério laboratorial ou quando, na localidade, estiverem ocorrendo outros casos, surtos ou epidemia de outra doença exantemática febril, confirmada por diagnóstico laboratorial.

**Critério clínico**

- Quando a avaliação clínica e epidemiológica detectou sinais e sintomas compatíveis com outro diagnóstico diferente da rubéola, quando em vigência de surtos de grande magnitude.

**Com associação temporal à vacina**

- Quando a avaliação clínica e epidemiológica indicar associação temporal entre a data do início dos sintomas e a data da última dose da vacina, mesmo que não tenha sido realizada coleta de amostra:
  - Febre com temperatura que pode chegar a 39,5°C ou mais, com início entre o 5.º e o 12.º dia após a vacinação e duração de um a dois dias, podendo chegar a até cinco dias;
  - Exantema que dura de um a dois dias, sendo geralmente benigno, e que surge entre o 7.º e o 14.º dia após a administração da vacina;
  - Cefaleia ocasional, irritabilidade, conjuntivite ou manifestações catarrais observadas entre o 5.º e o 12.º dia após a vacinação;
  - Linfadenopatias que se instalam entre o 7.º e o 21.º dia após a data de vacinação.

**Atividades/processo de trabalho**

A rubéola é uma doença de notificação compulsória imediata, ou seja, em até 24 horas, pela Rede Assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção.

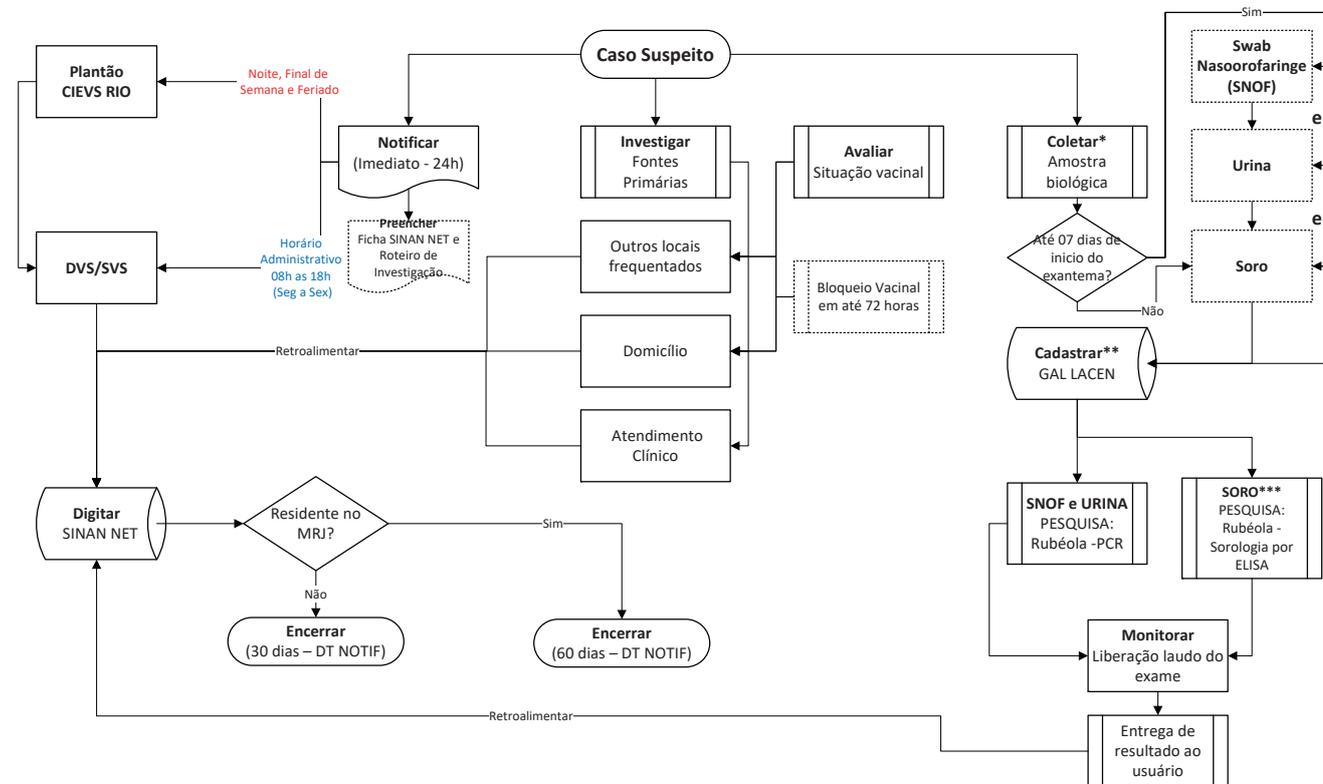
A unidade de saúde que receber um caso suspeito deve notificar por meio da "Ficha de Investigação Sarampo/Rubéola" do SINAN, preenchendo com letra legível o máximo de informações disponíveis (nome, endereço, idade, sintomas, data do início dos sintomas, vacina, contato com caso suspeito/confirmado, coleta de amostra clínica e bloqueio vacinal). Todos os campos da ficha devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa.

Todo caso suspeito de rubéola deve ser investigado em até 48 horas a partir da notificação, visto a possibilidade de detecção de novos casos e a necessidade de realizar bloqueio vacinal. Neste sentido, todos os contactantes do caso suspeito, a partir dos 6 meses de idade, deverão ter a situação vacinal avaliada e atualizada, conforme a situação vacinal encontrada. O bloqueio vacinal seletivo deve ser operacionalizado até 72 horas após a identificação do caso suspeito ou confirmado.

Para fins de diagnóstico laboratorial deve ser realizada a coleta de soro dos casos suspeitos, sempre que possível, no primeiro atendimento ao paciente.

## Procedimento operacional padrão

Figura 6. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito/confirmado



### Definição de Caso Suspeito

Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular e/ou occipital e/ou cervical, independentemente da idade ou situação vacinal.

\*No primeiro contato com o caso.

\*\*Incluir diagnósticos diferenciais de outras doenças, conforme orientação da área técnica (GVDATA/CVE).

\*\*\*Coleta de segunda amostra, de acordo com avaliação conjunta com a área técnica (GVDATA/CVE).

Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

Quadro 17. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de rubéola

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Soro (2ml)	LACEN	IgM — ELISA	Rubéola — Sorologia por ELISA	S1: até 30 dias após o início do exantema. S2: de 15 a 25 dias após a primeira coleta (S1).  Até 7 dias após o aparecimento do exantema.	Centrifugar até 2 horas após a coleta e armazenar em geladeira (+2°C a +8°C) por até 2 dias ou em freezer (-20°C) até o envio.	Caixa térmica com gelo seco ou bobina de gelo reciclável.	Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.
Swab naso-orofaríngeo em MTV		IgG — ELISA					
Urina (15ml a 100ml)		PCR	Rubéola — PCR				

Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Sistema de informação em saúde/registro

**Quadro 18. Orientações sobre notificação de caso suspeito/confirmado de rubéola**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação SARAMPO/RUBÉOLA	24 horas a partir do conhecimento do caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>• Data de início dos sintomas;</li> <li>• Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>• Dados de vacina;</li> <li>• Dados da hospitalização;</li> <li>• Dados laboratoriais;</li> <li>• Dados do bloqueio vacinal;</li> <li>• Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>• 30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de sarampo/rubéola e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**

## 2.7 SARAMPO (CID-10: B05)

Doença viral, infecciosa aguda, potencialmente grave, transmissível de forma direta, extremamente contagiosa por meio de secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar. Também tem sido descrito o contágio por dispersão de aerossóis com partículas virais no ar, em ambientes fechados, como escolas, creches e clínicas. O agente etiológico da doença é o RNA, vírus pertencente ao gênero *Morbillivirus*, da família *Paramyxoviridae*.

O período de incubação do sarampo pode variar entre 7 e 21 dias, desde a data da exposição até o aparecimento do exantema. O período de transmissibilidade se inicia 6 dias antes do exantema e dura até 4 dias após seu aparecimento.

### Caso suspeito de sarampo

- Todo indivíduo que apresentar febre e exantema maculopapular morbiliforme de direção céfalo caudal, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independentemente de idade e de situação vacinal.

### Caso confirmado de sarampo

#### Critério laboratorial

A confirmação dos casos suspeitos por critério laboratorial deve ser feita por uma das opções a seguir.

- RT-PCR com resultado detectável (swab combinado naso-orofaríngeo ou urina); e/ou
- Detecção de anticorpos IgM/IgG conforme o fluxograma a seguir (imprescindível considerar histórico vacinal na avaliação).



Os casos confirmados podem ser classificados de acordo com a fonte de infecção.

- **Caso importado:** A infecção ocorreu fora do local de residência durante os 7 e 21 dias prévios ao surgimento do exantema, de acordo com a análise dos dados epidemiológicos ou virológicos.
- **Caso com fonte de infecção desconhecida:** Quando não é possível estabelecer a fonte de infecção após investigação epidemiológica minuciosa.
- **Caso-índice:** Primeiro caso identificado entre vários casos de natureza similar e epidemiologicamente relacionados. É o caso que leva à investigação inicial, não sendo necessariamente o primeiro caso a desenvolver sintomas.
- **Caso primário:** É o caso que introduz o vírus do sarampo em determinada população, e não necessariamente é o primeiro caso da cadeia de transmissão. Não basta que seja o primeiro caso cronologicamente, porque todos os casos podem ter acontecido da mesma fonte comum.
- **Caso secundário:** Caso novo, a partir do contato com o caso-índice e/ou primário.
- **Caso autóctone:** Caso relacionado à cadeia de transmissão sustentada em uma determinada localidade.

## Caso descartado para sarampo

### Critério laboratorial

- Ver fluxograma (Figura 7) no item de caso confirmado por critério laboratorial.
- Critério vínculo epidemiológico
- Todo paciente considerado um caso suspeito e não comprovado de sarampo, de acordo com os critérios clínicos e/ou com vínculo epidemiológico.

### Critério clínico

- Caso suspeito de sarampo que tem como fonte de infecção um ou mais casos descartados pelo critério laboratorial, ou que não haja evidência da circulação do vírus no local da infecção.
- Caso suspeito de sarampo cuja avaliação clínica e epidemiológica detectou sinais e sintomas compatíveis com outro diagnóstico. O descarte do caso suspeito pelo critério clínico não é recomendado na rotina, contudo, em situações de surto, esse critério poderá ser utilizado.

## Atividades/processo de trabalho

O sarampo é uma doença de notificação compulsória imediata, ou seja, em até 24 horas, pela Rede Assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção. A unidade de saúde que receber um caso suspeito deve notificar por meio da "Ficha de Investigação Sarampo/Rubéola" do SINAN, preenchendo com letra legível o máximo de informações disponíveis (nome, endereço, idade, sintomas, data do início dos sintomas, vacina, contato com caso suspeito/confirmado, coleta de amostra clínica e bloqueio vacinal). Todos os campos da ficha devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa.

Todo caso suspeito deve ser investigado em até 48 horas a partir da notificação, visto a possibilidade de detecção de novos casos e a necessidade de bloqueio vacinal. Deve ser realizada busca retrospectiva de casos suspeitos, nos últimos 30 dias, a partir da data do exantema do primeiro caso confirmado.

Neste sentido, todos os contactantes do caso suspeito, a partir dos 6 meses de idade, deverão ter a situação vacinal avaliada e atualizada, conforme a situação vacinal encontrada. O bloqueio vacinal seletivo deve ser operacionalizado até 72 horas após a identificação do caso suspeito ou confirmado.

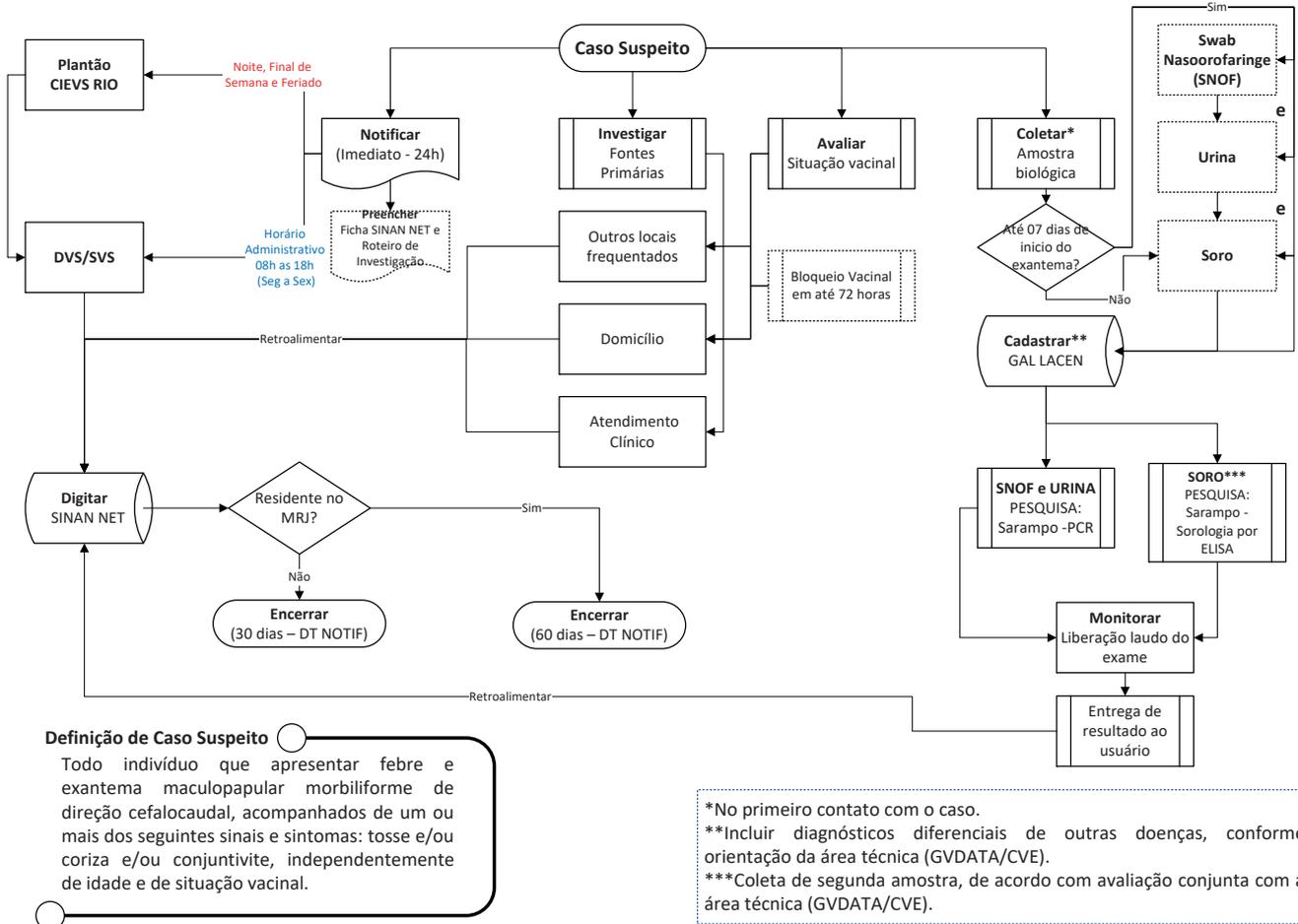
É imprescindível assegurar a coleta de amostras de sangue, *swab* e urina (conforme oportunidade) de casos suspeitos, sempre que possível no primeiro atendimento ao paciente. Amostras de sangue coletadas entre o 1.º e o 30.º dia do aparecimento do exantema são consideradas amostras oportunas (primeira amostra), já o *swab* e a urina devem ser coletados até o 7.º dia após o início do exantema.

O LACEN-RJ realiza tanto a sorologia para diagnóstico laboratorial do sarampo como as sorologias para diagnósticos diferenciais. Algumas análises são processadas em laboratório externo (Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo), sendo as amostras encaminhadas pelo próprio LACEN-RJ.



## Procedimento operacional padrão

Figura 8. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito/confirmado de sarampo



Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

Quadro 19. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de sarampo

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Soro (5ml a 10ml)	LACEN	IgM	Sarampo — Sorologia por Elisa	1.ª amostra: 6.º ao 30.º dia após aparecimento do exantema.	Centrifugar até 2 horas após a coleta e armazenar em geladeira (+2°C a +8°C) por até 48 horas ou em freezer (-20°C) até o envio.	Caixa térmica com bobina de gelo reciclável ou gelo seco.	Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.
		IgG		2.ª amostra: 15 a 25 dias após a primeira coleta.			
Swab nasoro-faríngeo em MTV		PCR	Sarampo — PCR	Até 7 dias após o aparecimento do exantema.			
Urina (15ml a 100ml)							

Nota: Após o resultado da primeira coleta, deverá ser realizada discussão com a área técnica (CVE/GVDATA) para avaliar a necessidade de coleta de segunda amostra. Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Sistema de informação em saúde/registro

**Quadro 20. Orientações sobre notificação de caso suspeito/confirmado de sarampo**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação SARAMPO/RUBÉOLA	24 horas a partir do conhecimento do caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>• Data de início dos sintomas;</li> <li>• Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>• Dados de vacina;</li> <li>• Dados da hospitalização;</li> <li>• Dados laboratoriais;</li> <li>• Dados do bloqueio vacinal;</li> <li>• Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>• 30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de doenças exantemáticas febris sarampo/rubéola e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**



## 2.8 SRAG (CID-10: U04)

No Brasil, a vigilância epidemiológica dos vírus respiratórios de importância em saúde pública é desenvolvida por meio de duas estratégias: a Rede de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG) e da Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

O monitoramento dos casos de SRAG foi implantado no Brasil em 2009, em função da pandemia de Influenza A (H1N1) e, desde então, todos os casos de SRAG hospitalizados e/ou óbitos por SRAG (independentemente da hospitalização) devem ser notificados.

Como os casos de SRAG podem ser causados por inúmeros agentes, neste guia abordaremos principalmente as características e definições das doenças causadas pela Influenza e covid-19.

### Definição de caso de SRAG

- Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório ou pressão ou dor persistente no tórax ou saturação de O<sub>2</sub> menor ou igual a 94% em ar ambiente ou coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto; ou indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória aguda durante período sazonal.
- Em crianças, além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência; enquanto em idosos, deve-se considerar critérios específicos de agravamento, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
- Na suspeita da covid-19, a febre pode estar ausente, e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

### Caso confirmado de SRAG por covid-19

#### Critério laboratorial

Caso de SRAG com teste:

- **Biologia molecular:** resultado detectável para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP;
- **Pesquisa de antígeno:** resultado reagente para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

#### Critério clínico epidemiológico

- Todo caso de SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos sete dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para covid-19.

## Caso confirmado de SRAG por Influenza

### Critério laboratorial

Caso de SRAG com teste:

- **Biologia molecular:** resultado detectável para o vírus da Influenza (Influenza A e/ou Influenza B) realizado pelo método RT-PCR em tempo real;
- **Imunofluorescência indireta (IFI):** resultado reagente para Influenza (Influenza A e/ou Influenza B);
- **Pesquisa de antígeno:** resultado reagente para Influenza (Influenza A e/ou Influenza B) pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno;
- **Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos:** resultado reagente para Influenza (Influenza A e/ou Influenza B).

### Critério clínico epidemiológico

- Todo caso suspeito que tenha vínculo com caso confirmado laboratorialmente para Influenza.

## Caso confirmado de SRAG por outros vírus respiratórios

### Critério laboratorial

- Caso de SRAG com resultado positivo para outros vírus respiratórios, com exceção de SARS-CoV-2 e Influenza.

## Caso confirmado de SRAG por outro agente etiológico

### Critério laboratorial

- Caso de SRAG com resultado positivo para outros agentes etiológicos, com exceção de SARS-CoV-2, Influenza e outros vírus respiratórios.

## Caso confirmado de SRAG não especificado

### Critério clínico

- Caso de SRAG para o qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico OU que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial OU que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico.

## Atividades/processo de trabalho

SRAG é uma doença de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, pela Rede Assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção.

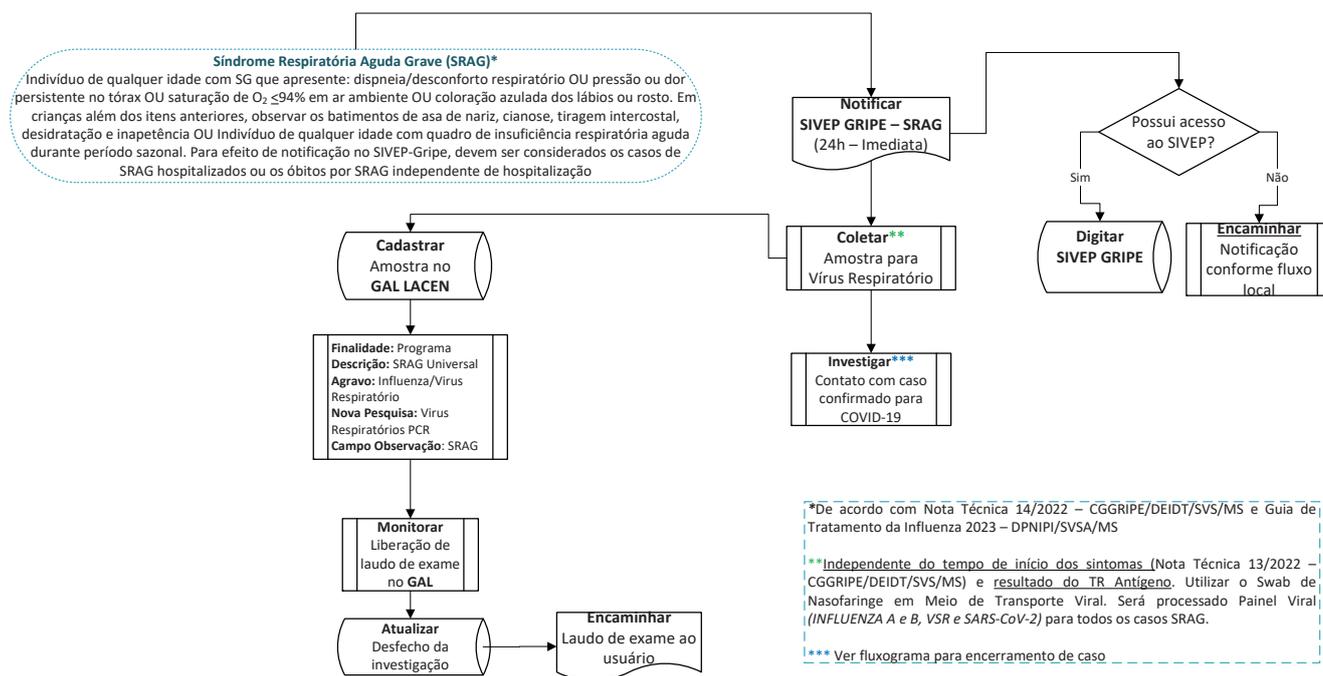
A unidade de saúde que receber um caso suspeito deve notificar por meio da "Ficha de Registro Individual SRAG Hospitalizado", preenchendo com letra legível o máximo de informações disponíveis (nome, endereço, idade, sintomas, data do início dos sintomas, comorbidades, exames realizados, internação). Todos os campos da ficha devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa.

Dentre as ações da investigação epidemiológica, deve-se verificar se há outros casos suspeitos ou confirmados vinculados (surtos).

Para fins de diagnóstico laboratorial deve ser realizada a coleta de swab nasofaríngeo ou orofaríngeo, conforme orientação técnica. A sorologia também está disponível na rede laboratorial, porém não é recomendada para indivíduos vacinados.

## Procedimento operacional padrão

**Figura 9. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de casos de SRAG**



Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

**Quadro 21. Orientações sobre amostras laboratoriais de casos de SRAG**

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Swab nasofaríngeo e/ou orofaríngeo em MTV <sup>1</sup>	LACEN	RT-PCR	Vírus respiratórios — PCR	Independentemente da data de início dos sintomas.	Geladeira (+2°C a +8°C) por até 24 horas ou em freezer (-20°C) até o envio.	Caixa térmica com bobina de gelo reciclável ou gelo seco.	Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.

Nota: 1 – Avaliar a orientação vigente da Superintendência de Vigilância em Saúde quanto ao insumo destinado à coleta. Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Sistema de informação em saúde/registro

**Quadro 22. Orientações sobre notificação de caso de SRAG**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Registro Individual SRAG Hospitalizado	24 horas a partir do conhecimento do caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>Data de início dos sintomas;</li> <li>Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>Dados de vacina (covid-19 e Influenza);</li> <li>Dados da hospitalização;</li> <li>Exames de imagem;</li> <li>Dados laboratoriais;</li> <li>Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 dias (salvo exceções) a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>30 dias (salvo exceções) a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de SRAG e de outras doenças/agravs podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravs-transmissiveis-agudos/>**

## 2.9 TÉTANO ACIDENTAL (CID-10: A35)

Doença infecciosa aguda não contagiosa, prevenível por vacina, causada pela ação de exotoxinas produzidas pelo *Clostridium tetani* (*C. tetani*), que provocam um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central. O *C. tetani* é normalmente encontrado na natureza, sob a forma de esporo, podendo ser identificado em pele, fezes, terra, galhos, arbustos, águas putrefatas, e trato intestinal dos animais. A infecção ocorre pela introdução de esporos em feridas na pele e mucosas (ferimentos superficiais ou profundos de qualquer natureza).

O período de incubação é curto, de 5 a 15 dias, em média, podendo variar de 3 a 21 dias. Quanto menor for o tempo de incubação, maior a gravidade e pior o prognóstico. A suscetibilidade dessa doença é universal, e a principal medida de prevenção contra o tétano é a vacinação dos suscetíveis.

### Caso suspeito de tétano acidental

- Todo paciente acima de 28 dias de vida que apresenta um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: disfagia, trismo, riso sardônico, opistótono, contraturas musculares localizadas ou generalizadas, com ou sem espasmos, independentemente da situação vacinal, da história de tétano e de detecção ou não de feridas na pele ou mucosas.

### Caso confirmado de tétano acidental

- Todo caso suspeito, descartado para outras etiologias e que apresenta um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: trismo, disfagia, contratura dos músculos da mímica facial (riso sardônico, acentuação dos sulcos naturais da face, pregueamento frontal, diminuição da fenda palpebral), rigidez abdominal (abdome em tábua), contratura da musculatura paravertebral (opistótono), da cervical (rigidez de nuca), de membros (dificuldade para deambular), independentemente da situação vacinal, de história prévia de tétano e de detecção de feridas na pele ou mucosas. A lucidez do paciente reforça o diagnóstico.

### Caso descartado para tétano acidental

- Todo caso suspeito que, após investigação epidemiológica, não preencha os critérios de confirmação.

### Atividades/processo de trabalho

Todos os casos suspeitos devem ser notificados por meio do preenchimento da "Ficha de Investigação Tétano Acidental" do SINAN. É uma doença de notificação imediata, ou seja, a notificação deve ocorrer até 24 horas após o conhecimento do caso. Todos os campos da ficha devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa.

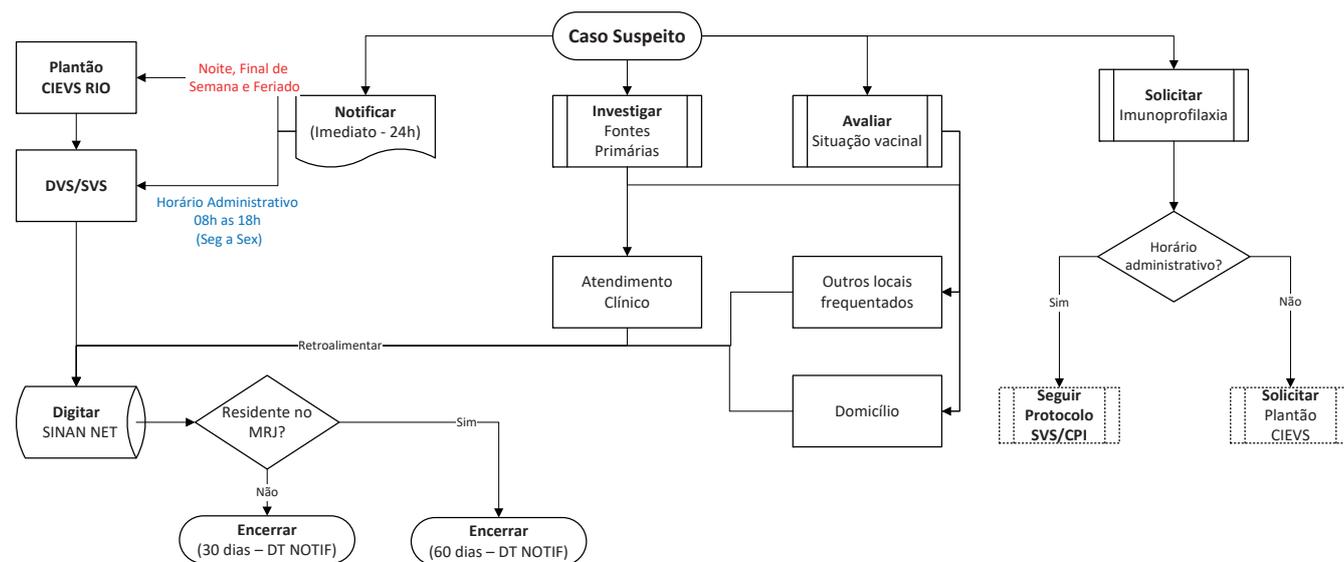
A investigação epidemiológica deve coletar informações sobre a história clínica do paciente por meio de consulta a prontuários/fichas de atendimento, visita domiciliar e visita ao local de trabalho, para completar as informações sobre a manifestação da doença e pos-

síveis fatores de risco no meio ambiente. Além disso, deve-se avaliar o histórico vacinal da população, identificando pessoas suscetíveis e atualizando a situação vacinal.

Um ponto importante é que a profilaxia antitetânica não é objeto de notificação compulsória. Só devem ser notificados os casos suspeitos ou confirmados da doença.

## Procedimento operacional padrão

**Figura 10. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito/confirmado de tétano acidental**



### Definição de Caso Suspeito

Todo paciente acima de 28 dias de vida que apresenta um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: disfagia, trismo, riso sardônico, opistótono, contraturas musculares localizadas ou generalizadas, com ou sem espasmos, independentemente da situação vacinal, da história de tétano e de detecção ou não de solução de continuidade de pele ou mucosas.

Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico do tétano é essencialmente clínico e não depende de confirmação laboratorial. Os exames laboratoriais auxiliam no tratamento do paciente e no controle das complicações.

## Sistema de informação em saúde/registro

**Quadro 23. Orientações sobre notificação de caso suspeito/confirmado de tétano acidental**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação TÉTANO ACIDENTAL	24 horas a partir do conhecimento do caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>• Possível causa;</li> <li>• Local da lesão;</li> <li>• Data de início dos sintomas;</li> <li>• Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>• Dados vacinais;</li> <li>• Hospitalização;</li> <li>• Local provável de infecção (LPI);</li> <li>• Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>• 30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de tétano acidental e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**

## 2.10 TÉTANO NEONATAL (CID-10: A33)

Doença infecciosa aguda, grave, não contagiosa, causada pela bactéria *Clostridium tetani*, que acomete o recém-nascido nos primeiros 28 dias de vida, tendo como manifestação clínica inicial a dificuldade de sucção, irritabilidade e choro constante.

A transmissão ocorre por contaminação, durante a manipulação do cordão umbilical ou por meio de procedimentos inadequados realizados no coto umbilical, quando se utilizam substâncias, artefatos ou instrumentos contaminados com esporos. Não é uma doença contagiosa, portanto não existe transmissão de pessoa a pessoa. O período de incubação é de aproximadamente 7 dias, podendo variar de 2 a 28 dias.

### Caso suspeito de tétano neonatal

- Todo recém-nascido que sugou normalmente nas primeiras horas e entre o 2.º e o 28.º dia de vida apresentou dificuldade em mamar e choro constante, independentemente do estado vacinal da mãe, do local e condições do parto. São considerados suspeitos todos os óbitos, nessa mesma faixa etária, de crianças que apresentem essas mesmas características, com diagnóstico indefinido ou ignorado.

### Caso confirmado de tétano neonatal

- Todo recém-nascido que sugou normalmente nas primeiras horas e entre o 2.º e o 28.º dia de vida apresentou dificuldade respiratória, recusou amamentação e apresentou dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: trismo, contratura dos músculos da mímica facial, olhos cerrados, pele da fronte pregueada, lábios contraídos, hiperflexão dos membros superiores junto ao tórax, hiperextensão dos membros inferiores e crises de contraturas musculares, com inflamação ou não do coto umbilical.

### Caso descartado para tétano neonatal

- Todo caso suspeito que, após a investigação epidemiológica, não preencha os critérios de confirmação.

### Atividades/processo de trabalho

Todos os casos suspeitos devem ser notificados por meio do preenchimento da "Ficha de Investigação Tétano Neonatal" do SINAN. É uma doença de notificação imediata, ou seja, a notificação deve ocorrer até 24 horas após o conhecimento do caso. Todos os campos da ficha devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa, já que são necessários e importantes para a caracterização e a análise do caso.

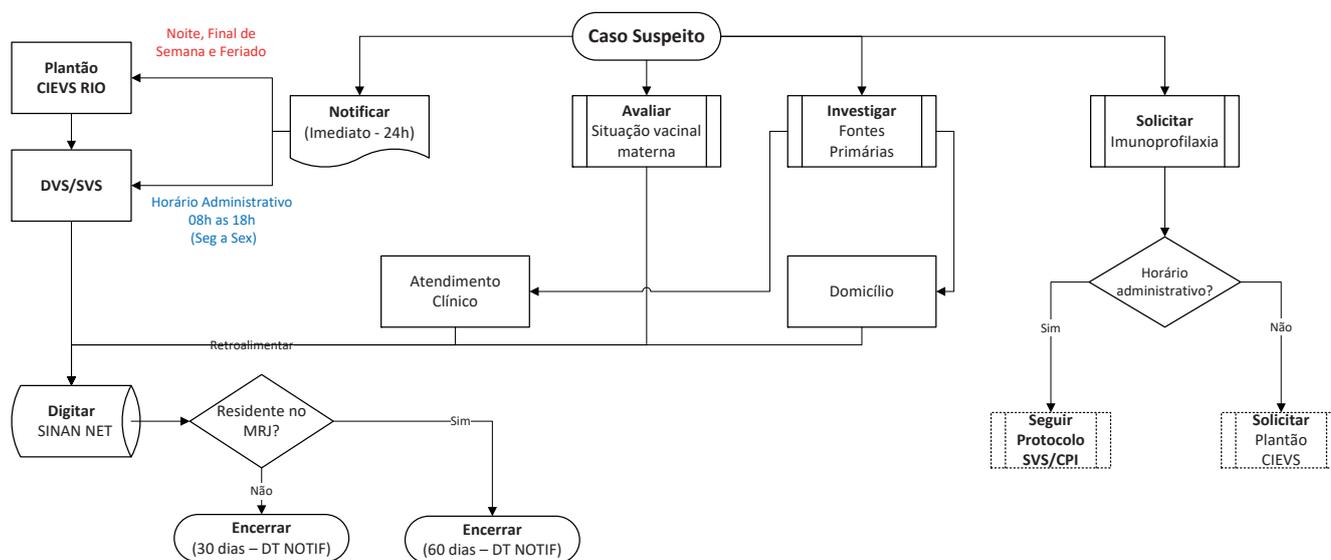
A investigação deve ser feita imediatamente (nas primeiras 72 horas) após a notificação de um caso suspeito ou confirmado. A mesma não deve ser restrita ao âmbito hospitalar: convém buscar informações complementares no domicílio, com familiares, preferencialmente com a mãe do recém-nascido.

Verificar a história vacinal da mãe e registrar a data da vacinação, caso haja comprovante. Não há necessidade de iniciar o esquema vacinal se há comprovação das doses anteriores, continuar o iniciado.

Além disso, deve-se identificar os fatores ou as situações de risco que estão associados à ocorrência de casos, e acompanhar as medidas implementadas para a resolução dos problemas identificados durante a investigação epidemiológica.

## Procedimento operacional padrão

**Figura 11. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito/confirmado de tétano neonatal**



### Definição de Caso Suspeito

Todo recém-nascido que nasceu bem, sugou normalmente nas primeiras horas, e entre 2° e 28° dias de vida, apresentou dificuldade em mamar, choro constante, independentemente do estado vacinal da mãe, do local e das condições do parto.

Todos os óbitos, entre 2° e 28° dia de vida de crianças que apresentem dificuldade em mamar, choro constante, independentemente do estado vacinal da mãe, do local e das condições do parto, com diagnóstico indefinido ou ignorado.

Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico do tétano é essencialmente clínico e não depende de confirmação laboratorial. Os exames laboratoriais auxiliam no tratamento do paciente e no controle das complicações.

## Sistema de informação em saúde/registro

### Quadro 24. Orientações sobre notificação de caso suspeito/confirmado de tétano neonatal

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação TÉTANO NEONATAL	24 horas a partir do conhecimento do caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>Data de início dos sintomas;</li> <li>Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>Dados vacinais da mãe;</li> <li>Informações do pré-natal e parto;</li> <li>Hospitalização;</li> <li>Local provável de infecção (LPI);</li> <li>Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de tétano neonatal e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**

## 2.11 VARICELA (CID-10: B01/B02)

É uma infecção viral primária, aguda, altamente contagiosa, caracterizada por surgimento de exantema de aspecto maculopapular e distribuição centrípeta, que, após algumas horas, torna-se vesicular, evolui rapidamente para pústulas e, posteriormente, forma crostas, em três a quatro dias. Pode ocorrer febre moderada e sintomas sistêmicos.

A principal característica clínica é o polimorfismo das lesões cutâneas, que se apresentam nas diversas formas evolutivas, acompanhadas de prurido. Em crianças, geralmente, é uma doença benigna e autolimitada. Em adolescentes e adultos, em geral, o quadro clínico é mais exuberante.

A transmissão ocorre de pessoa a pessoa, por meio de contato direto ou de secreções respiratórias (disseminação aérea de partículas virais/aerossóis) e, raramente, através de contato com lesões de pele. Indiretamente, é transmitida por meio de objetos contaminados com secreções de vesículas e membranas mucosas de pacientes infectados.

O período de incubação é de 10 a 21 dias após o contato, porém pode ser mais curto em pacientes imunodeprimidos e mais longo após imunização passiva. O período de transmissibilidade varia de um a dois dias antes do aparecimento do exantema e estende-se até que todas as lesões estejam em fase de crosta.

### Caso suspeito de varicela

- **Varicela:** paciente com quadro de febre moderada de início súbito, que dura de dois a três dias, e sintomas generalizados inespecíficos (mal-estar, adinamia, anorexia, cefaleia e outros) e erupção cutânea pápulo-vesicular, que se inicia na face, couro cabeludo ou tronco.
- **Varicela grave:** paciente que atenda à definição de caso suspeito de varicela e que necessite ser hospitalizado ou tenha evoluído para óbito.

### Caso confirmado de varicela

- Caso de varicela que atenda à definição acima, sem outra causa aparente, pode ser confirmado com ou sem diagnóstico laboratorial.

### Caso descartado de varicela

- Caso suspeito não grave, cuja avaliação clínico-epidemiológica conclua como outra doença.
- Caso suspeito grave, com diagnóstico laboratorial negativo ou confirmado como outra doença.

### Atividades/processo de trabalho

Casos graves internados e óbitos por varicela são de notificação compulsória em todo o território nacional. Porém, no estado do Rio de Janeiro, os casos individuais de varicela e recém-nascidos de mães que tiveram varicela na gestação ou até 48 horas após o parto também são de notificação compulsória, conforme definido na Resolução SES n.º 2.485, de 18 de outubro de 2021.

Os casos suspeitos de varicela devem ser notificados por meio da "Ficha Individual de Notificação/Conclusão Varicela", semanalmente. No entanto, aglomerado de casos (surto), casos graves internados, recém-nascidos de mães que tiveram varicela na gestação ou até 48 horas após o parto e óbitos devem ser notificados em até 24 horas.

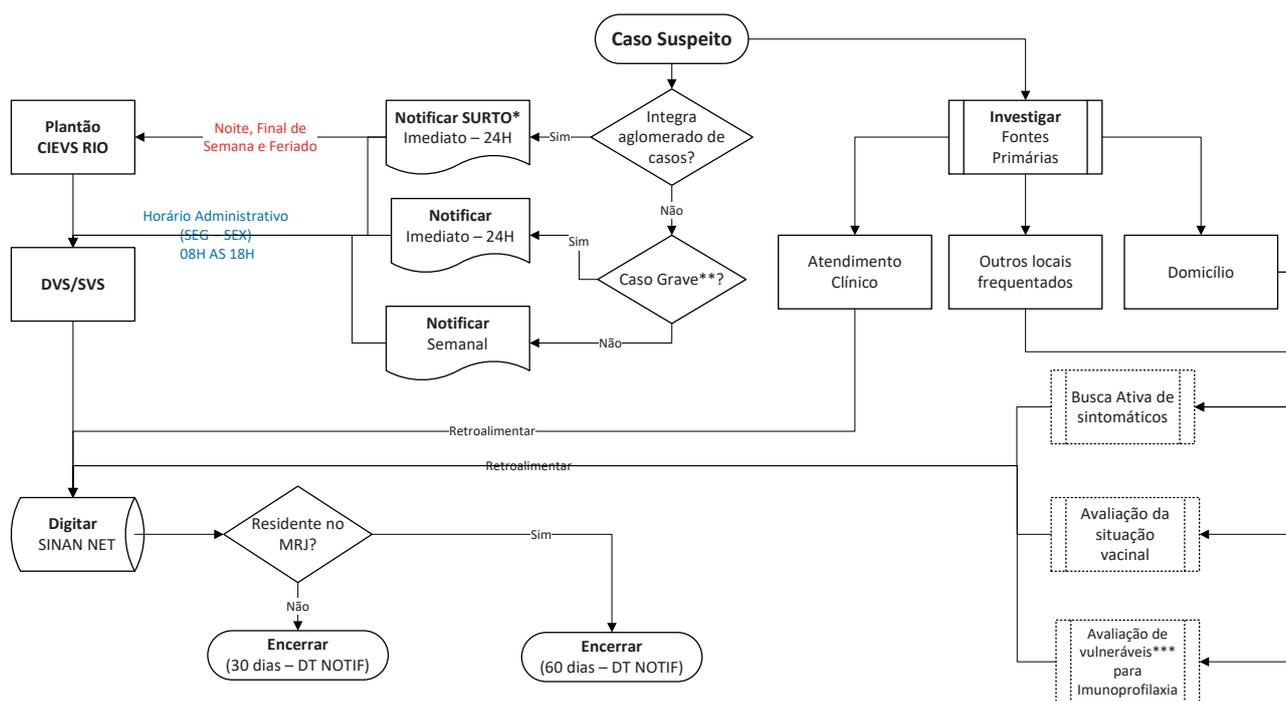
A unidade de saúde que atender um caso suspeito de varicela deve preencher a ficha de notificação com letra legível e o máximo de informações disponíveis (nome, endereço, idade, sintomas apresentados, data do início dos sintomas, dentre outros).

A investigação epidemiológica deve verificar se há outros casos suspeitos ou confirmados vinculados (surto), bem como avaliar a situação vacinal do caso e dos contactantes.

Para os casos graves internados, óbitos e recém-nascidos de mãe que tiveram varicela na gestação ou até 48 horas após o parto, preencher a "Ficha de Investigação Varicela Grave" do SINAN.

## Procedimento operacional padrão

Figura 12. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito/confirmado



### Definição de Caso Suspeito

Paciente com quadro discreto de febre moderada, de início súbito, que dura de dois a três dias e sintomas generalizados inespecíficos (mal estar, adinamia, anorexia, cefaléia e outros) e erupção cutânea pápulo-versicular, que se inicia na face, no couro cabeludo ou no tronco (distribuição centrípeta - cabeça e tronco).

\*Todos os casos que compõem o surto devem ser notificados individualmente

\*\*Internado, óbito, caso grave  
\*\*\*Gestantes e Portadores de Imunodeficiência

Doença de Notificação Compulsória no Estado do Rio de Janeiro  
Resolução SES 2485 de 18/10/2021

Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.



## **CAPÍTULO 3**

### **ZOONOSES**

**Acidentes por Animais Peçonhentos**

**Doença de Chagas Aguda e Crônica**

**Esquistossomose**

**Febre Maculosa**

**Hantaviroses**

**Leptospirose**

**Leishmaniose Visceral Humana**

**Malária**

## 3.1 ACIDENTE POR ANIMAL PEÇONHENTO

(CID-10: X29 // CID-10: X20 e T63.0 — acidente ofídico; X22 e T63.2 — escorpionismo; X21 e T63.3 — araneísmo; X25 e T63.4 — acidente por lonomia e outras lagartas)

Os acidentes com animais peçonhentos podem causar envenenamento devido à inoculação de toxinas. Os sintomas podem variar desde leves e locais (na região do acidente) até grave, com alterações sistêmicas, e dependem da espécie do animal, do local da picada e do tempo decorrido entre o acidente e o tratamento.

O tratamento deve ser realizado, em tempo oportuno, analisando caso a caso e pode ser desde a administração de medicamentos sintomáticos até a aplicação do soro específico para cada tipo de acidente e de acordo com a gravidade do envenenamento.

### Definição de caso / Tipos de acidentes

- **Acidente ofídico:** Causado pela mordedura de serpente peçonhenta, com ou sem envenenamento, utilizando as presas inoculadoras de peçonha, podendo determinar alterações na região da picada e sistêmicas. Os acidentes por serpentes peçonhentas de importância médica no Brasil são divididos em quatro tipos: botrópico, crotálico, laquétrico e elapídico.
- **Escorpionismo:** Acidente causado pela inoculação de toxinas por intermédio do aparelho inoculador (ferrão) de escorpiões, podendo determinar alterações locais e sistêmicas. Os escorpiões de importância médica no Brasil pertencem ao gênero *Tityus*, com quatro espécies principais: *T. serrulatus* (escorpião-amarelo), *T. bahiensis* (escorpião-marrom), *T. stigmurus* (escorpião-amarelo do Nordeste) e *T. obscurus* (escorpião-preto da Amazônia).
- **Araneísmo:** Acidente causado pela inoculação de toxinas por intermédio do aparelho inoculador (quelíceras) de aranhas, podendo determinar alterações locais e sistêmicas. As aranhas de interesse médico no Brasil são representadas pelos gêneros: *Loxosceles* (aranha-marrom), *Phoneutria* (aranha-armadeira, aranha-macaca, aranha-da-banana) e *Latrodectus* (viúva-negra). Outras aranhas comuns no peridomicílio, como as representantes da família *Lycosidae* (aranha-de-grama, aranha-de-jardim) e as caranguejeiras, não representam um problema de saúde pública.
- **Acidente por Lonomia e outras lagartas:** Causado pela penetração de cerdas de lagartas (larvas de lepidópteros) na pele, ocorrendo a inoculação de toxinas que podem determinar alterações locais e, nos envenenamentos pelo gênero *Lonomia*, manifestações sistêmicas.

### Atividades/processo de trabalho

Os acidentes com animais peçonhentos são agravos de notificação compulsória imediata, ou seja, em até 24 horas, pela Rede Assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção. A unidade de saúde que receber um caso suspeito deve notificar por meio da "Ficha de Investigação Acidentes por Animais Peçonhentos" do SINAN.

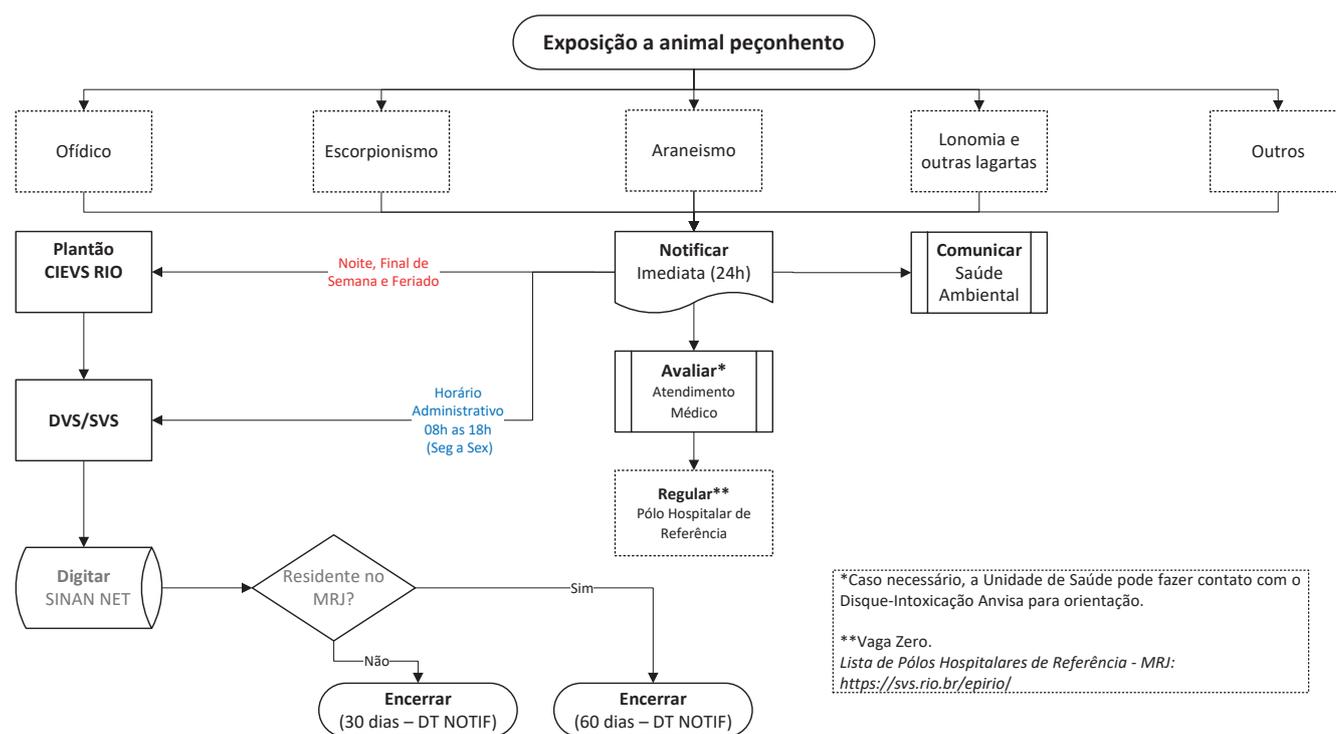
No atendimento deve-se obter informações com o objetivo de determinar fatores de risco relacionados ao acidente, o tipo de envenenamento ocorrido, a classificação clínica do caso e a necessidade de soroterapia. A investigação deve ser realizada em todos os casos confirmados, incluindo os que não receberam tratamento soroterápico. Todos os campos da ficha devem ser preenchidos, mesmo quando a informação for negativa. Dados complementares devem ser inseridos em relatório anexo.

Deve-se levantar dados junto ao paciente e/ou aos familiares, assim como consultar o prontuário médico e, se possível, o médico assistente, para complementar as informações clínicas do paciente e do quadro clínico apresentado.

No MRJ, os usuários vítimas de acidentes com animais peçonhentos devem ser encaminhados para atendimento em uma das unidades de referência na cidade.

## Procedimento operacional padrão

**Figura 1. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de acidentes por animal peçonhento**



Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

- **Acidente ofídico:** O diagnóstico é clínico-epidemiológico, não sendo empregado, na rotina clínica, exame laboratorial para confirmação do tipo de peçonha circulante, embora exames de coagulação devam ser realizados, para confirmação diagnóstica e avaliação da eficácia da soroterapia.
- **Acidente escorpiónico:** O diagnóstico é clínico-epidemiológico. Alguns exames complementares são úteis para auxílio no diagnóstico e acompanhamento de pacientes com manifestações sistêmicas (eletrocardiograma, radiografia de tórax, ecocardiograma e exames bioquímicos como dosagem de creatinofosfoquinase, glicose, amilase, sódio e potássio).
- **Acidente aracnídeo:** O diagnóstico é clínico-epidemiológico.
- **Acidente por *Lonomia*:** O diagnóstico é eminentemente clínico-epidemiológico.

## Sistema de informação em saúde/registro

**Quadro 1. Orientações sobre notificação de acidente por animal peçonhento**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	24 horas a partir do conhecimento do caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>• Data de início dos sintomas;</li> <li>• Sinais e sintomas;</li> <li>• Dados clínicos e do acidente (local da picada, tipo de acidente, manifestações locais/sistêmicas);</li> <li>• Tratamento;</li> <li>• Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>• 30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**A ficha de investigação de acidentes por animais peçonhentos pode ser encontrada no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agrivos-transmissiveis-agudos/>**

## 3.2 DOENÇA DE CHAGAS (CID-10: B57)

É uma antroponose de elevada prevalência e expressiva morbimortalidade, também conhecida como tripanossomíase americana. Apresenta curso clínico bifásico, composto por uma fase aguda (cl clinicamente aparente ou não) e uma fase crônica, sendo que esta pode se manifestar nas formas indeterminada, cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva. O agente etiológico é o protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*.

Centenas de espécies de mamíferos (silvestres, domésticos e sinantrópicos) presentes em todos os biomas do Brasil podem ser consideradas reservatórios, como quatis, gambás e tatu, que se aproximam de casas no meio rural e na periferia das cidades; e algumas espécies de morcegos, por compartilharem ambientes comuns ao homem e a animais domésticos. No Brasil, o papel dos cães domésticos como sentinela já está comprovado, entretanto são necessários mais estudos que apontem o potencial desses animais como reservatório de *T. cruzi*.

Os vetores são insetos da subfamília *Triatominae* (*Hemiptera*, *Reduviidae*), conhecidos popularmente como barbeiro, chupão, procotó ou bicudo. O vetor (triatomíneo), ao se alimentar de mamíferos infectados com elevada parasitemia, pode se infectar e, ao se alimentar novamente, infecta outro mamífero, inclusive o ser humano.

As formas habituais de transmissão de *T. cruzi* para o ser humano são:

- **Vetorial:** contato do homem com as excretas contaminadas dos triatomíneos (inseto defeca após repasto);
- **Vertical:** principalmente pela via transplacentária em qualquer fase da doença (aguda ou crônica);
- **Via Oral:** por meio da ingestão de alimentos contaminados acidentalmente, seja com triatomíneo ou por fezes infectadas — transmissão geralmente associada aos surtos;
- **Transfusional:** ocorre pelo sangue contendo as formas tripomastigotas de *T. cruzi*;
- **Transplante de órgãos:** doação de órgão ou tecidos de doador infectado (em qualquer fase da doença);
- **Acidentes laboratoriais:** contato direto de mucosa ou pele lesada com culturas de *T. cruzi* e exposição às fezes de triatomíneos contaminadas ou sangue.

O período de incubação difere para cada forma de transmissão: vetorial — 4 a 15 dias; oral — 3 a 22 dias; transfusional — 30 a 40 dias ou mais; acidentes laboratoriais — até 20 dias após exposição; outras formas de transmissão — não existem períodos de incubação definidos.

### Caso suspeito de doença de Chagas aguda (DCA)

- Recém-nascido de mãe infectada em qualquer fase da doença (aguda ou crônica).
- Indivíduo que apresente sinal de Romaña ou chagoma de inoculação, e tenha tido contato direto com triatomíneo ou suas excretas.

- Indivíduo que teve contato com culturas de *T. cruzi*, exposição às fezes de triatomíneos ou sangue (humano ou de animais) contendo formas infectantes do parasito, em acidente laboratorial.
- Indivíduo que apresente febre persistente (maior que 7 dias), podendo apresentar uma ou mais das seguintes manifestações clínicas: edema de face ou de membros; exantema; adenomegalia; hepatomegalia; esplenomegalia; cardiopatia aguda; manifestações hemorrágicas; icterícia; associada(s) a algum destes fatores epidemiológicos:
  - Tenha tido contato direto com triatomíneo (relato ou indício de picada ou o encontro do vetor no local de dormitório) ou suas excretas;
  - Tenha recebido sangue/hemocomponentes ou transplante de células/tecidos/órgãos contaminados por *T. cruzi* em até 120 dias antes do início dos sintomas;
  - Tenha ingerido alimento suspeito contaminado pelo *T. cruzi* (alimentos *in natura* sem manipulação e processamento adequados), especialmente frutos (exemplos: açaí, bacaba, cana-de-açúcar), ou ingerido carne crua ou mal cozida de caça.

## Caso confirmado de doença de Chagas aguda

### Critério laboratorial

- Caso suspeito, descartada a possibilidade de ser caso crônico ou reativação, apresentando os seguintes exames laboratoriais:
  - **Parasitológico:** *T. cruzi* circulante no sangue periférico identificado por meio de exame parasitológico; ou
  - **Sorológico:** indivíduo com sorologia reagente com anticorpos da classe IgM anti-*T. cruzi* por IFI; ou sorologia reagente com anticorpos da classe IgG anti-*T. cruzi* por IFI, com alteração na concentração de IgG de, pelo menos, duas diluições em um intervalo mínimo de 15 dias em amostras preferencialmente pareadas; ou soroconversão por qualquer um dos métodos (ELISA, HAI ou IFI).
- Transmissão vertical — recém-nascido cuja mãe tenha exame parasitológico positivo ou sorológico reagente para *T. cruzi* e que apresente:
  - Exame parasitológico positivo ou PCR detectável a partir do nascimento; ou
  - Exame sorológico reagente a partir do nono mês de nascimento (antes disso, os anticorpos maternos ainda podem estar presentes na criança) e sem evidência de infecção por outras formas de exposição ao *T. cruzi*.

### Critério clínico epidemiológico (apenas situações eventuais)

- Casos suspeitos que atendam às seguintes condições em conjunto:
  - Ter vínculo epidemiológico com casos confirmados de DCA por critério laboratorial durante surto por transmissão oral, ou contato direto com triatomíneo infectado ou com as fezes deste;
  - Ter clínica compatível, principalmente febre;

- Ter, pelo menos, uma sorologia IgG reagente, mesmo na ausência de soroconversão ou no aumento de diluição.

**IMPORTANTE:** Em casos de recém-nascidos de mães comprovadamente infectadas por *T. cruzi*, com parasitológico negativo, pode-se confirmar quando elas apresentarem clínica compatível. Casos de óbitos relacionados à miocardiopatia aguda com evidência epidemiológica de transmissão por qualquer via e sem oportunidade de diagnóstico laboratorial.

### Caso suspeito de doença de Chagas crônica (DCC)

- Indivíduos que residiram, na infância, ou residem em área rural com relato de presença de vetor transmissor da doença de Chagas (DC), e/ou em habitações onde possa ter ocorrido o convívio com vetor (principalmente casas de estuque, taipa sem reboco, sapê, pau-a-pique, dentre outros).
- Indivíduos residentes ou procedentes de áreas com registro de transmissão ativa e com histórico epidemiológico sugestivo da ocorrência da transmissão da doença, como consumo frequente de frutos *in natura* ou carne de caça no contexto da região amazônica.
- Indivíduos que realizaram transfusão sanguínea antes de 1992.
- Indivíduos com parentes ou pessoas do convívio que tenham diagnóstico de Chagas, em especial filhos de mães com a infecção comprovada por *T. cruzi*.

### Caso confirmado de doença de Chagas crônica

- Os pacientes crônicos podem ser confirmados considerando-se o indivíduo sem suspeita clínico-epidemiológica de fase aguda e com presença de um dos seguintes exames:
  - Sorologia anti-*T. cruzi* (IgG) reagente por dois métodos baseados em princípios distintos (ELISA, HAI, IFI ou CMIA);
  - Xenodiagnóstico indireto positivo para *T. cruzi*;
  - Hemocultura positiva para *T. cruzi* em amostras de sangue e liquor, ou diagnóstico *post mortem*;
  - PCR — apenas se realizado pelo Laboratório de Referência Nacional (LRN) ou por centros de referência com protocolo validado pelo LRN.

**IMPORTANTE:** Casos crônicos não são confirmados por critério clínico epidemiológico, apenas laboratorial, com exceção de óbitos investigados pela vigilância sem oportunidade da coleta de laboratório.

Recomenda-se que seja realizada investigação de óbitos com menção de doença de Chagas (como causa básica ou associada), visando identificar as condições individuais e de acesso aos serviços de saúde dos casos que evoluíram para o óbito. Em territórios com alta vulnerabilidade para DCC, com alta mortalidade pela doença, é interessante considerar condições associadas à evolução da doença para investigação também da DC, a exemplo dos óbitos por insuficiência cardíaca congestiva.

## Caso descartado para doença de Chagas

- Caso suspeito, com resultado dos exames laboratoriais negativos ou não reagentes, ou que tenha outra doença diagnosticada.

## Atividades/processo de trabalho

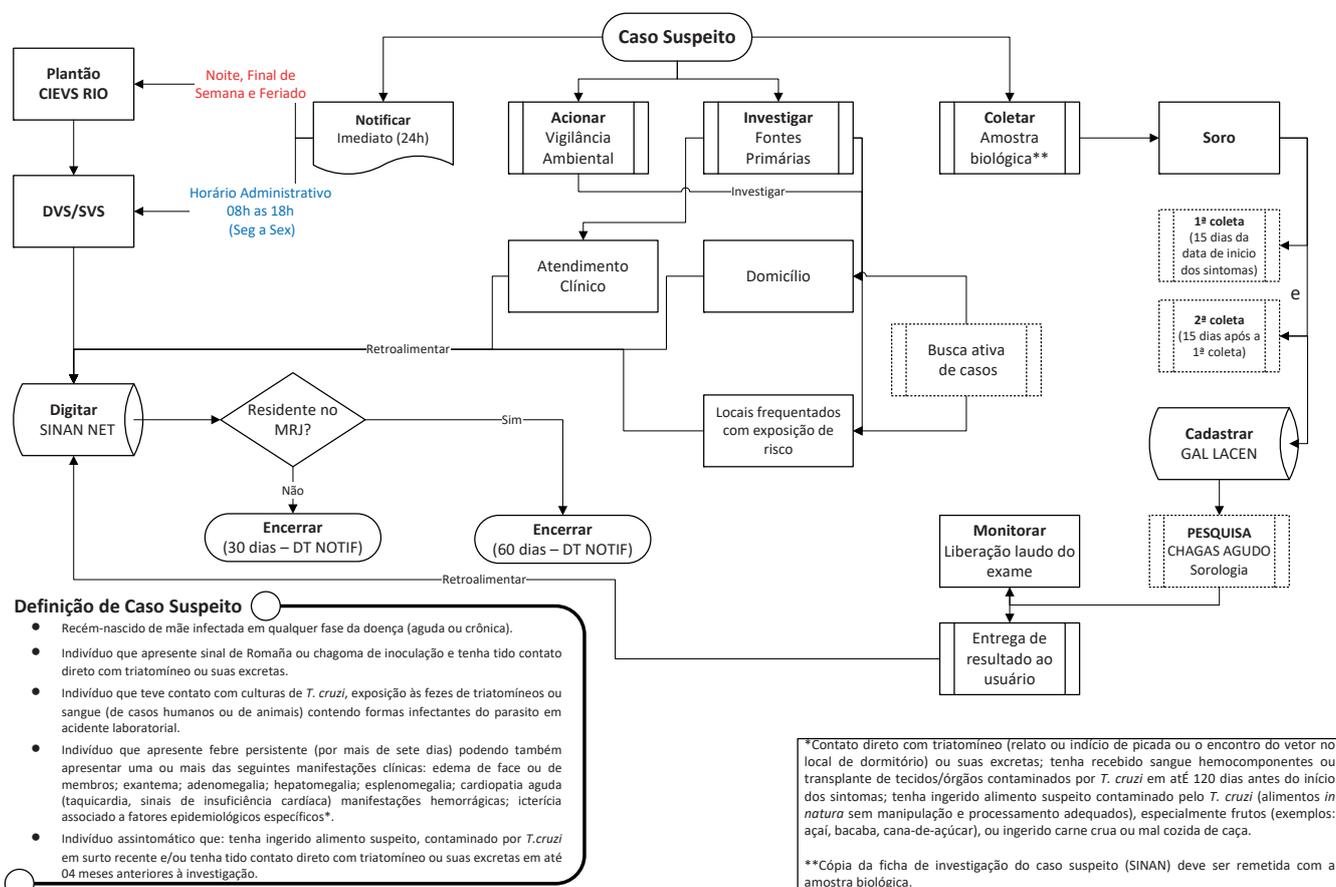
A ocorrência de casos suspeitos de DCA requer notificação imediata (em até 24 horas, a partir do conhecimento do caso). A notificação deve ser prontamente informada às autoridades de saúde por profissionais da área de assistência, vigilância e pelos laboratórios públicos e privados, pelo meio mais rápido disponível. O registro da notificação deve ser feito por meio da "Ficha de Investigação Doença de Chagas Aguda" do SINAN. Ressalta-se que os casos de transmissão vertical identificados até os 3 anos de idade também devem ser notificados como DCA. Além da inserção individual de caso suspeito de DCA no SINAN, recomenda-se que os surtos por transmissão oral, ocorridos pela doença, também sejam notificados no SINAN por meio da "Ficha de Investigação de Surto — DTA".

A Portaria n.º 1.061, de 18 de maio de 2020, incluiu a doença de Chagas crônica na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, e está em andamento a definição de fluxos para a notificação dos casos confirmados nessa fase, a ser implantada na plataforma do e-SUS Notifica, e as orientações estarão disponíveis no link <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-chagas> assim que o módulo estiver disponível. Os casos na fase crônica deverão ser notificados apenas após confirmação do diagnóstico e perante a identificação do caso — está indicada a realização de investigação sorológica nos demais membros da família (pais, irmãos e filhos) e em outras pessoas que convivem ou conviveram com o caso identificado no mesmo contexto epidemiológico.

Imediatamente após a notificação de caso suspeito de DCA, deve-se iniciar a investigação epidemiológica. A finalidade é adotar medidas de controle oportunamente e prevenir a ocorrência de novos casos. A investigação de casos suspeitos de DCC objetiva reduzir risco de transmissão vertical e transfusional/transplantes, além da vetorial (nos contextos aplicáveis), possibilitar a busca de casos entre familiares e definir estratégias a fim de prevenir futuras complicações, além de incapacidades potenciais na pessoa acometida.

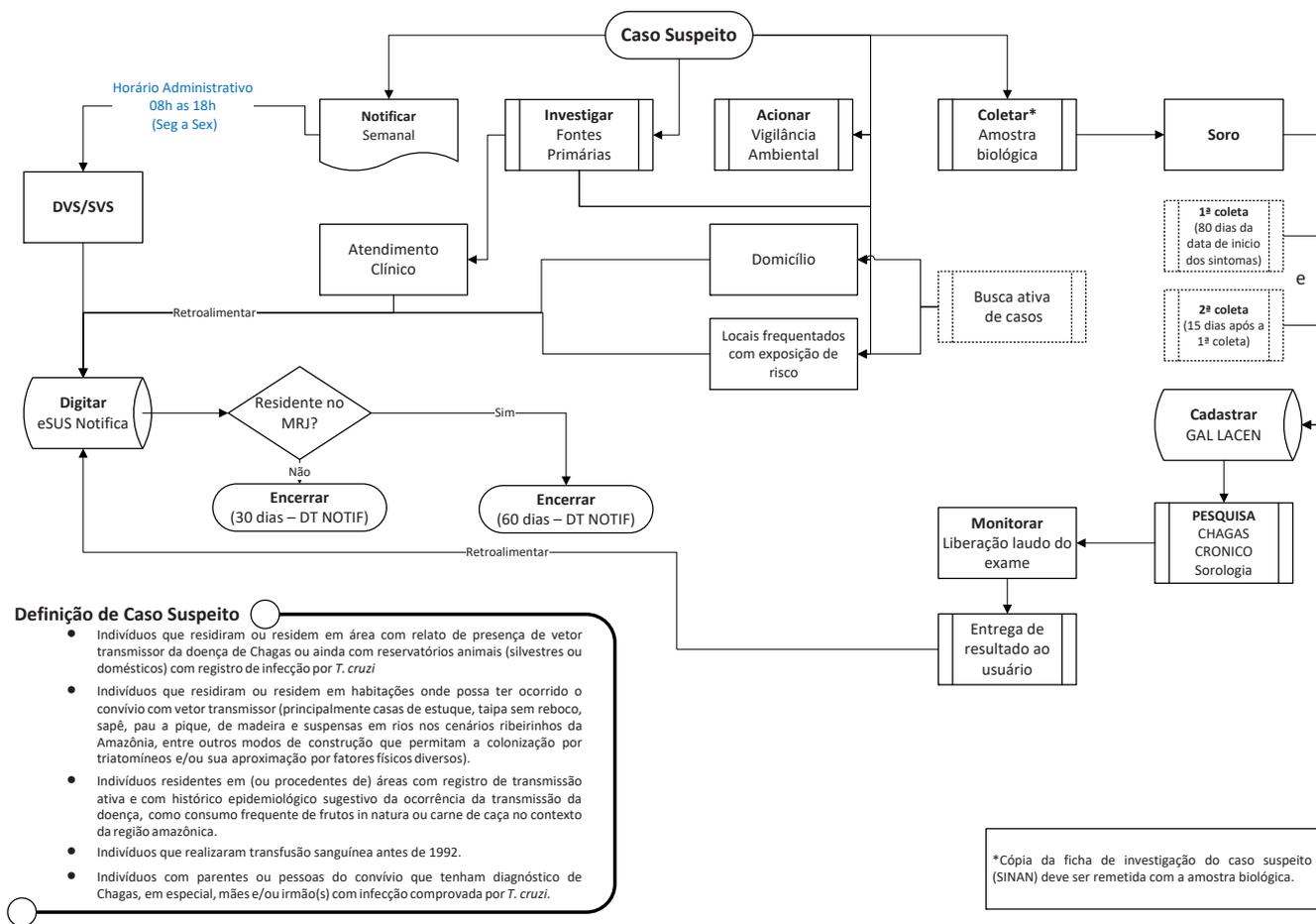
## Procedimento operacional padrão

Figura 2. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito/confirmado de DCA



Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

Figura 3. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito/confirmado de DCC



Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

Quadro 2. Orientações sobre exames laboratoriais dos casos suspeitos de Doença de Chagas Aguda — LACEN RJ

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Soro (1 tubo com 4 ml)	LACEN	IgG — ELISA	Chagas Agudo — Sorologia	Colher 2 amostras, sendo uma entre 30 e 60 dias após início dos sintomas, e outra 15 dias após a primeira coleta.	Geladeira (+2°C a +8°C) por até 3 dias ou centrifugar e armazenar em freezer (-20°C) até o envio.	Caixa térmica com gelo seco ou bobina de gelo reciclável.	Ficha SINAN: Doença de Chagas Aguda; Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Histórico médico do paciente; Amostras separadas e ordenadas.

Notas: No cadastro do GAL inserir na "observação" se o material é da primeira ou segunda amostra. No cadastro da segunda amostra, deve-se registrar na "observação" o número do GAL da primeira amostra. Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

**Quadro 3. Orientações sobre exames laboratoriais dos casos suspeitos de Doença de Chagas Crônica — LACEN RJ**

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Soro (4ml cada)	LACEN	IgG — ELISA  IgG — IFI	Chagas Crônico — Sorologia	Colher 1 amostra 100 dias após início dos sintomas. Colher segunda amostra apenas quando houver solicitação médica.	Geladeira (+2°C a +8°C) por até 3 dias ou centrifugar e armazenar em freezer (-20°C) até o envio.	Caixa térmica com gelo seco ou bobina de gelo reciclável.	Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Histórico médico do paciente; Amostras separadas e ordenadas.

Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

**Sistema de informação em saúde/registro**

**Quadro 4. Orientações sobre notificação de caso suspeito/confirmado de Doença de Chagas (Aguda ou Crônica)**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação DOENÇA DE CHAGAS AGUDA	24 horas a partir do conhecimento do caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>Data da notificação;</li> <li>Data de início dos sintomas;</li> <li>Data da investigação;</li> <li>Antecedentes epidemiológicos;</li> <li>Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>Dados laboratoriais;</li> <li>Conclusão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de doença de Chagas e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**



### 3.3 ESQUISTOSSOMOSE (CID-10: B65.1)

Doença parasitária, de evolução crônica, cuja magnitude da prevalência, severidade das formas clínicas e evolução a caracterizam como um importante problema de saúde pública no país. Conhecida também como xistose, barriga-d'água e doença dos caramujos.

A transmissão ao ser humano ocorre por meio da penetração ativa da cercária na pele a partir do contato com água contaminada por cercárias durante atividades profissionais ou de lazer, como banhos, pescas, lavagem de roupa e louça ou plantio de culturas irrigadas.

#### Caso suspeito de esquistossomose

- Indivíduo residente ou procedente de área endêmica com quadro clínico sugestivo das formas aguda, crônica ou assintomática, com história de contato com as coleções de águas onde existam caramujos eliminando cercárias. Constituem critérios clínicos de suspeita todas as manifestações clínicas compatíveis, especialmente das formas mais graves: forma toxêmica aguda, hepatoesplênica, hipertensão portal, vasculo-pulmonar, neuroesquistossomose (mielite), nefropatia, ginecológica, intestinal pseudotumoral.

#### Caso confirmado de esquistossomose

- Todo indivíduo que apresente ovos de *Schistosoma mansoni* em amostra de fezes, tecidos ou outros materiais orgânicos.

#### Caso descartado para esquistossomose

- Caso suspeito ou notificado sem confirmação laboratorial.

#### Portador de esquistossomose

- Todo indivíduo que apresente ovos de *S. mansoni* em amostra de fezes, tecidos ou outros materiais orgânicos.

#### Atividades/processo de trabalho

Deve ser realizada a notificação ao ser detectada a presença de ovos no exame parasitológico de fezes. Os casos confirmados devem ser notificados por meio do preenchimento da "Ficha de Investigação Esquistossomose" do SINAN. Os campos relativos aos dados do paciente, de residência e complementares devem ser preenchidos. É uma doença de notificação semanal, ou seja, a notificação deve ocorrer em até sete dias após o conhecimento do caso.

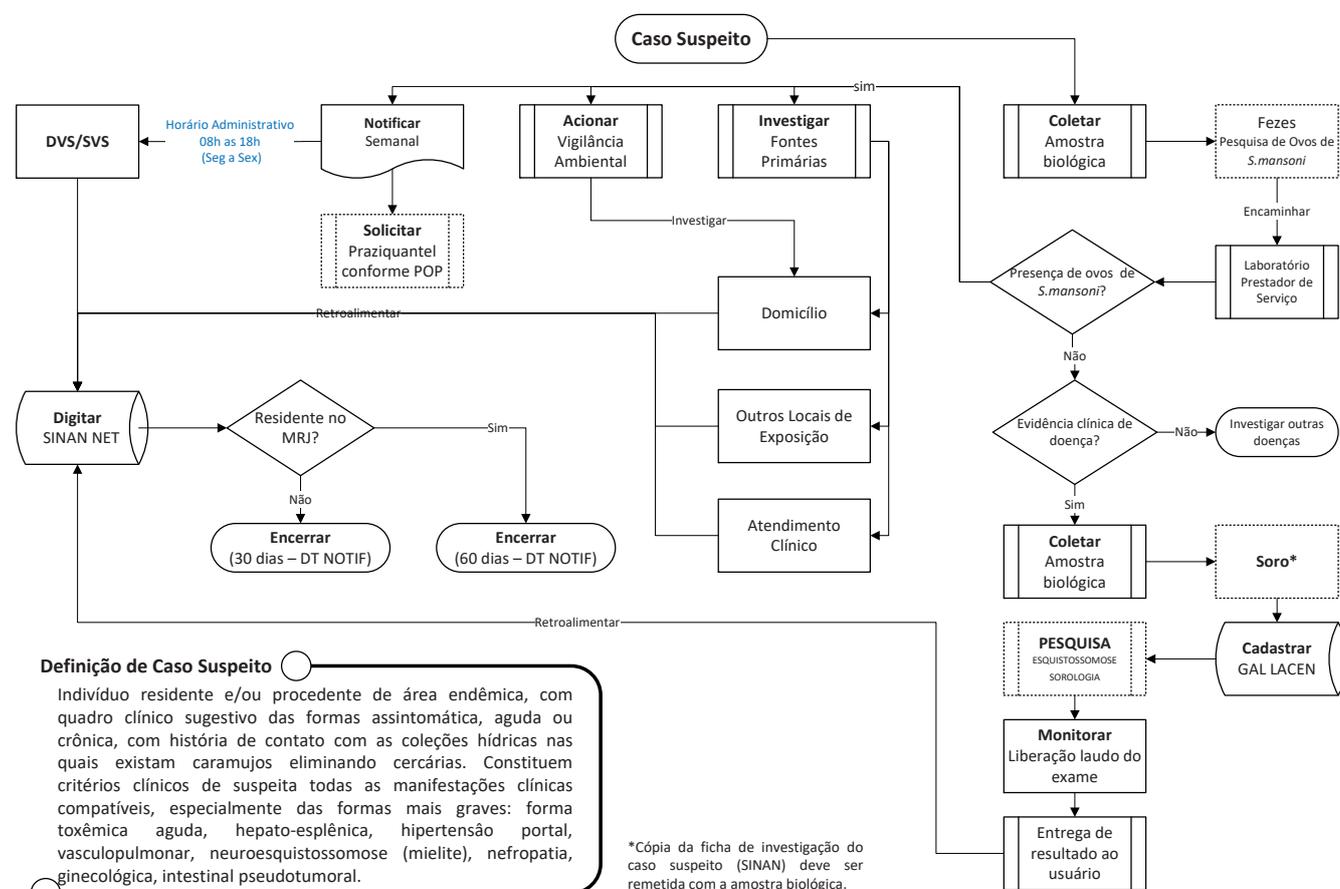
A investigação epidemiológica consiste na coleta detalhada de dados com o objetivo de determinar o local provável de infecção (LPI), com vistas ao direcionamento das ações de vigilância epidemiológica e ambiental.

Para a solicitação de Praziquantel, medicamento específico preconizado pelo Ministério da Saúde para o tratamento da esquistossomose, deve-se seguir as orientações do documento elaborado pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica do município do Rio de Janeiro, que contém o Procedimento Operacional Padrão para a dispensação do insumo.

Após a ingestão do medicamento, o usuário deve ficar em repouso por, pelo menos, três horas para prevenir náuseas e tonturas (sintomas passageiros).

## Procedimento operacional padrão

**Figura 4. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito/confirmado de esquistossomose**



Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

Todo caso suspeito deve ser submetido a exame parasitológico de fezes. Em áreas não endêmicas e/ou de baixa prevalência, diante de achados clínicos que sugerem a esquistossomose, com busca negativa de ovos nas fezes, cabe a investigação laboratorial por sorologia, para a detecção de anticorpos IgG por ensaio imunoenzimático, método disponível no LACEN-RJ.

**Quadro 5. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de esquistossomose**

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Soro (5ml)	LACEN (laboratório externo)	ELISA	Esquistossomose — Sorologia por ELISA	Após suspeita clínica.	Centrifugar até 2 horas após a coleta e armazenar em geladeira (+2°C a +8°C) por até 3 dias ou em freezer (-20°C) até o envio.	Caixa térmica com gelo seco ou bobina de gelo reciclável.	Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.
Fezes <i>in natura</i> (8g — 3/4 do coletor universal)	Laboratório contratualizado	Kato-Katz	—		Caso não seja possível o envio imediato, armazenar em geladeira (+2°C a +8°C) por, no máximo, 24 horas.	Caixa térmica à temperatura ambiente.	Verificar exigências do laboratório contratualizado local.

Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

**Sistema de informação em saúde/registro****Quadro 6. Orientações sobre notificação de caso confirmado de esquistossomose**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação ESQUISTOSSOMOSE	Semanal, a partir do conhecimento do caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>Data de início dos sintomas;</li> <li>Dados laboratoriais (data da coleta das fezes e resultado);</li> <li>Forma clínica;</li> <li>Deslocamentos realizados (local provável de infecção; presença/ utilização de coleções hídricas; situação do saneamento básico; existência de outros casos entre comunicantes e moradores da localidade);</li> <li>Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de esquistossomose e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**

### 3.4 FEBRE MACULOSA (CID-10: A77)

A febre maculosa é uma doença infecciosa febril aguda causada por bactérias do gênero *Rickettsia* transmitidas por carrapatos, de gravidade variável, que pode cursar com formas leves e atípicas até formas graves com elevada taxa de letalidade. A febre maculosa brasileira, causada pela *Rickettsia rickettsii*, é a riquetsiose mais prevalente e reconhecida.

Nos humanos, a febre maculosa ocorre pela picada do carrapato infectado com riquetsias, e a transmissão geralmente ocorre quando o artrópode permanece aderido ao hospedeiro.

#### Caso suspeito de febre maculosa

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

#### Caso confirmado de febre maculosa

##### Critério laboratorial

- Indivíduo cujos sinais, sintomas e antecedentes epidemiológicos atendam à definição de caso suspeito e no qual a infecção por riquetsias do grupo febre maculosa tenha sido confirmada laboratorialmente em uma das provas diagnósticas:
  - **Reação de imunofluorescência indireta (Rifi):** quando houver soroconversão dos títulos de Rifi IgG, entendida como primeira amostra de soro (fase aguda) não reagente e segunda amostra (colhida 14 a 21 dias após) com título maior ou igual a 128; OU aumento de, no mínimo, quatro vezes os títulos obtidos em relação à primeira amostra, coletada com intervalo de 14 a 21 dias;
  - **Imuno-histoquímica:** reagente para antígenos específicos de *Rickettsia sp.*;
  - **Técnicas de biologia molecular:** PCR detectável para o grupo febre maculosa;
  - **Isolamento:** identificação do agente etiológico em cultura.

##### Critério clínico epidemiológico

- Todo caso suspeito associado a antecedentes epidemiológicos (descritos na definição de caso suspeito), que tenha vínculo com casos confirmados laboratorialmente e que:
  - Não tenha coletado material para exames laboratoriais específicos;
  - Tenha resultado não reagente na Rifi IgG com amostra única coletada antes do sétimo dia de doença;
  - Tenha uma amostra única coletada em qualquer dia de doença com Rifi IgG reagente ou indeterminado com título maior ou igual a 128;

- Tenha apenas duas amostras, coletadas com intervalo de 14 a 21 dias em relação à primeira amostra, com aumento de títulos inferior a quatro vezes;
- A investigação oportuna do local provável de infecção (LPI) detectou a circulação de *rickettsia* patogênica em vetores.

**IMPORTANTE: Define-se como vínculo ter frequentado o mesmo LPI e manifestado sinais e sintomas com intervalo máximo de 14 dias de início dos sintomas do caso confirmado laboratorialmente. O critério clínico-epidemiológico deverá ser empregado apenas para casos em que o LPI pertença a regiões com transmissão da febre maculosa.**

## Caso descartado para febre maculosa

- Caso suspeito com diagnóstico confirmado para outra doença.
- Caso que não se encaixe nos critérios de confirmação.

## Atividades/processo de trabalho

A febre maculosa é uma doença de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, pela Rede Assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção.

A unidade de saúde que receber um caso suspeito deve notificar por meio da "Ficha de Investigação Febre Maculosa" do SINAN, preenchendo com letra legível o máximo de informações disponíveis (nome, endereço, idade, sintomas, data do início dos sintomas, coleta de sorologia, deslocamentos, se teve contato com animais ou se frequentou ambientes como mata, florestas, rios, cachoeiras etc). Todos os campos da ficha devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa.

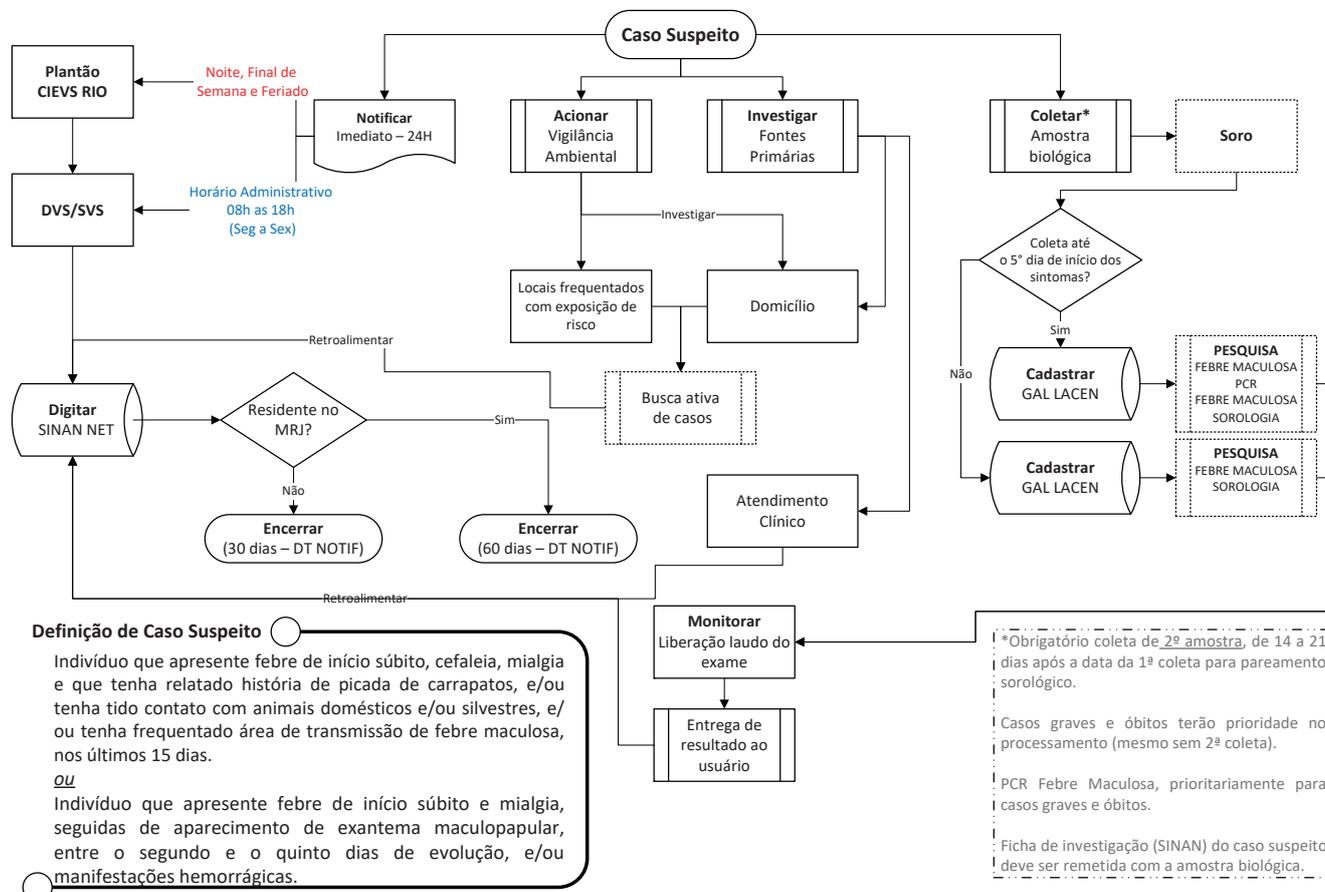
Deve-se iniciar a investigação imediatamente após a notificação, para permitir que as medidas de controle e prevenção de novos casos possam ser adotadas em tempo oportuno. Deve-se levantar dados junto ao paciente e aos familiares e consultar o prontuário para completar as informações clínicas do caso.

Além disso, deve-se verificar se os locais de residência, trabalho ou lazer correspondem às áreas de provável transmissão da febre maculosa. Observar se existe alta infestação de carrapatos na área, criação de animais domésticos, como cães e cavalos, e presença de animais silvestres (capivaras, gambás).

Amostras laboratoriais devem ser coletadas, preferencialmente, antes do uso de antibióticos, exceto para sorologia, que podem ser colhidas em qualquer tempo. A coleta deve ser realizada logo após a suspeita clínica de febre maculosa.

## Procedimento operacional padrão

Figura 5. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito/confirmado de febre maculosa



Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

**Quadro 7. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de febre maculosa**

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Soro (5ml)	LACEN (laboratório externo)	PCR	Febre Maculosa — PCR	Preferencialmente nos primeiros 5 dias do aparecimento dos sintomas e antes do início do tratamento antimicrobiano específico.	Centrifugar até 2 horas após a coleta e armazenar em geladeira (+2°C a +8°C) por até 3 dias ou em freezer (-20°C) até o envio.	Caixa térmica com bobina de gelo reciclável ou gelo seco.	Ficha SINAN: Febre Maculosa; Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.
		IgM — IFI	Febre Maculosa — Sorologia por IFI	Colher 2 amostras, sendo a 1.ª a partir do primeiro contato com o paciente, e a 2.ª de 14 a 21 dias após a 1.ª coleta.			
		IgG — IFI					

Notas: Para os casos suspeitos de febre maculosa, duas amostras de soro devem ser coletadas: a primeira, no primeiro contato com o paciente; e a segunda de 14 a 21 dias após a primeira coleta. No registro do GAL, casos graves ou óbitos devem ser sinalizados. Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Sistema de informação em saúde/registro

**Quadro 8. Orientações sobre notificação de caso suspeito/confirmado de febre maculosa**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação FEBRE MACULOSA/RICKETTSIOSES	24 horas a partir do conhecimento do caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>Data de início dos sintomas;</li> <li>Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>Situação de exposição;</li> <li>Dados da hospitalização;</li> <li>Dados laboratoriais;</li> <li>Local provável de infecção;</li> <li>Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de febre maculosa e de outras doenças/agrivos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agrivos-transmissiveis-agudos/>**

## 3.5 HANTAVIROSE (CID-10: B33.4)

Nas Américas, a hantavirose manifesta-se sob diferentes formas, desde doença febril aguda inespecífica até quadros pulmonares e cardiovasculares mais severos e característicos, podendo evoluir para a síndrome da angústia respiratória (SARA).

A infecção humana ocorre mais frequentemente pela inalação de aerossóis, formados a partir da urina, das fezes e da saliva de roedores infectados. Outras formas de transmissão menos frequentes são: percutânea, por meio de escoriações ou mordedura de roedores; contato do vírus com mucosa (conjuntival, da boca ou do nariz), por meio de mãos contaminadas com excretas de roedores; e transmissão pessoa a pessoa, relatada, de forma esporádica, na Argentina e no Chile, sempre associada ao hantavírus Andes.

O período de incubação é, em média, de 1 a 5 semanas, com variação de 3 a 60 dias. Já o período de transmissibilidade do hantavírus no homem é desconhecido.

### Caso suspeito de hantavirose

- Paciente com quadro febril (acima de 38°C), mialgia, cefaleia, sinais e sintomas de insuficiência respiratória aguda de etiologia não determinada, na primeira semana da doença.
- Paciente com enfermidade aguda, apresentando quadro de insuficiência respiratória aguda, com evolução para óbito na primeira semana da doença.
- Paciente com quadro febril (acima de 38°C), mialgia, cefaleia e que tenha exposição a uma situação de risco, relacionada ou não a casos confirmados laboratorialmente.

**IMPORTANTE: Entendem-se como situações de risco ocorridas nos últimos 60 dias antes dos sintomas: exposições a atividades de risco para a infecção por hantavírus; ou existência de população de roedores silvestres e/ou condições ambientais favoráveis ao seu estabelecimento em locais frequentados pelo paciente.**

### Caso confirmado de hantavirose

#### Critério laboratorial

- Caso suspeito com os seguintes resultados de exames laboratoriais: Sorologia reagente para anticorpos séricos específicos para hantavírus da classe IgM; Imuno-histoquímica de tecidos positiva (identificação de antígenos específicos de hantavírus); RT-PCR detectável para hantavírus.

#### Critério clínico-epidemiológico

- Indivíduo com quadro clínico de insuficiência respiratória aguda, que tenha evoluído para óbito, sem coleta de amostras para exames específicos, e que tenha frequentado áreas conhecidas de transmissão de hantavírus ou exposição à mesma situação de risco de pacientes confirmados laboratorialmente nos últimos 60 dias.

## Caso descartado para hantavirose

- Todo caso suspeito que, durante a investigação, tenha diagnóstico confirmado laboratorialmente de outra doença ou que não preencha os critérios de confirmação anteriormente mencionados.

## Atividades/processo de trabalho

Todos os casos suspeitos de hantavirose devem ser notificados por meio do preenchimento da “Ficha de Investigação Hantavirose” do SINAN. É uma doença de notificação imediata, ou seja, a notificação deve ocorrer até 24 horas após o conhecimento do caso. Todos os campos da ficha devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa.

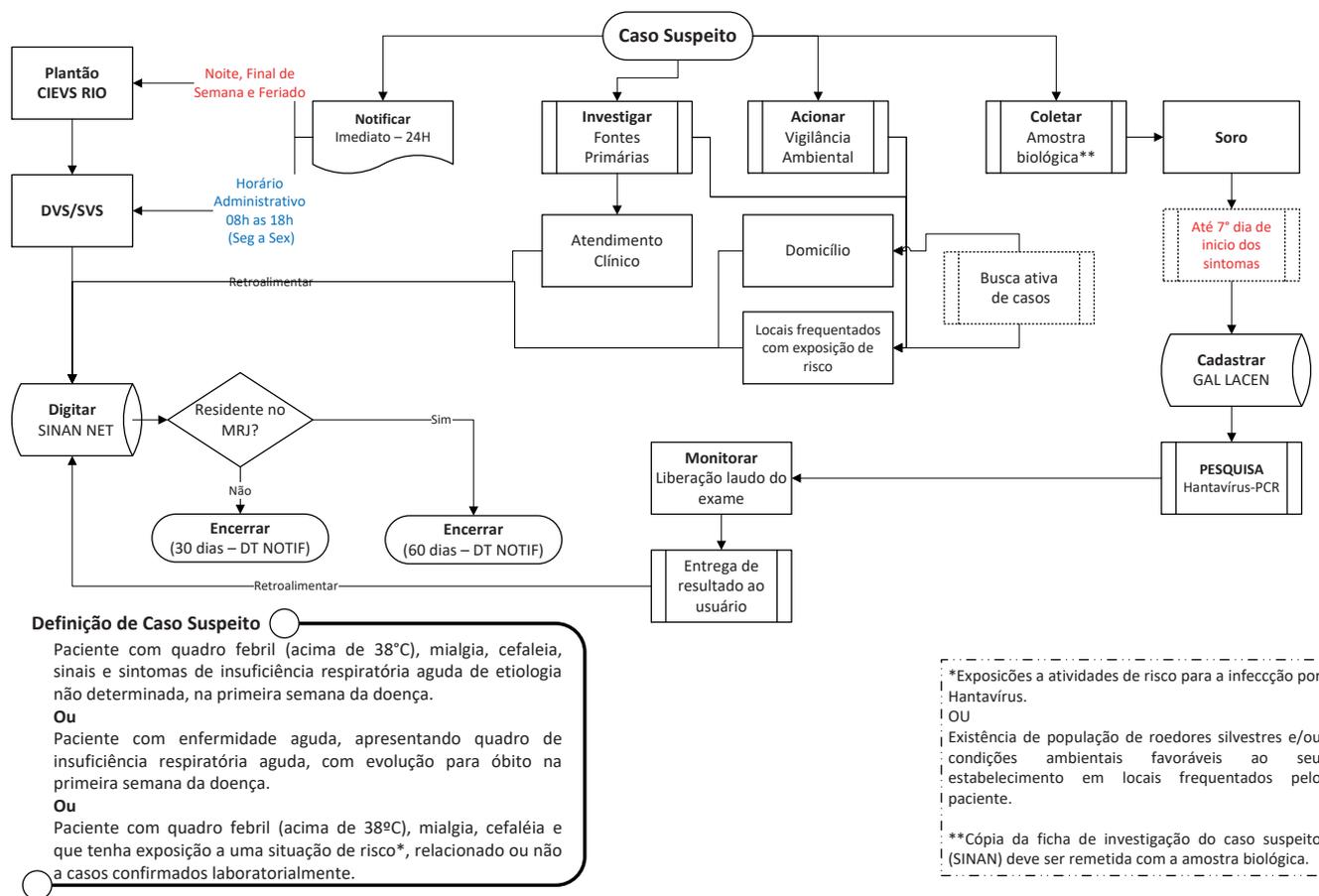
A investigação epidemiológica deve coletar as informações clínicas e os achados laboratoriais e radiológicos do paciente. Além disso, deve ser feita a busca ativa de contatos do paciente junto à residência ou ao local de trabalho ou de lazer, conforme identificação de situação de risco ou exposição, para identificação de sintomáticos.

Para a identificação do local provável de infecção (LPI), devem ser investigadas as situações de risco para infecção por hantavírus nos últimos 60 dias que precederam os sintomas (contato direto e/ou viu roedor silvestre vivo ou morto ou seus vestígios; fatores ambientais que possam ter provocado o deslocamento de roedores para as residências ou arredores, queimadas, enchentes, alagamentos, entre outros; atividades ocupacionais realizadas em área rural ou silvestre — aragem, plantio ou colheita em campo, treinamento militar em campo e outros; roças abandonadas; faixas de capim não ocupadas; dentre outros).

A coleta de material para sorologia deve ser feita em todos os casos suspeitos.

## Procedimento operacional padrão

Figura 6. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito/confirmado de hantavirose



Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

Quadro 9. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de hantavirose

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Soro (4ml)	LACEN (laboratório externo)	ELISA — IgM*	Hantavírus — PCR**	No primeiro atendimento médico.	Centrifugar imediatamente após a retração do coágulo, armazenar em freezer (-20°C) e enviar ao LACEN o mais brevemente possível.	Caixa térmica com gelo seco ou bobina de gelo reciclável.	Ficha SINAN: Hantavirose; Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.
		PCR	Hantavírus — PCR	Até 7 dias após o início dos sintomas.			

Notas: \*Verificar com a área técnica (GVDATA/CVE) a disponibilidade do insumo; \*\*As pesquisas de ELISA — IgM nas amostras de soro devem ser cadastradas no GAL-LACEN como "Hantavírus — PCR", uma vez que a plataforma não dispõe atualmente de opção para sorologia. No campo observação do GAL deve ser incluída a seguinte frase: "Proceder leitura de IgM para hantavirose na amostra (pesquisa não disponível nas opções do GAL). Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Sistema de informação em saúde/registro

**Quadro 10. Orientações sobre notificação de casos suspeitos/confirmados de hantavirose**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação HANTAVIROSE	24 horas a partir do conhecimento do caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>• Data de início dos sintomas;</li> <li>• Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>• Exposição de risco;</li> <li>• Hospitalização;</li> <li>• Dados laboratoriais e exames de imagem;</li> <li>• Local provável de infecção;</li> <li>• Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>• 30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de hantavirose e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**

## 3.6 LEPTOSPIROSE (CID-10: A27)

Trata-se de uma zoonose caracterizada como uma doença infecciosa febril de início abrupto, cujo espectro clínico pode variar desde um processo inaparente até formas graves. É causada pela bactéria helicoidal (espiroqueta) do gênero *Leptospira*.

Os reservatórios são animais sinantrópicos, domésticos e selvagens. Os principais são os roedores das espécies *Rattus norvegicus* (ratazana ou rato de esgoto), *Rattus rattus* (rato de telhado ou rato-preto) e *Mus musculus* (camundongo ou catita).

A infecção humana resulta da exposição direta ou indireta à urina de animais infectados, que podem eliminar a *Leptospira* pela urina durante meses, anos ou por toda a vida, segundo a espécie animal e o sorovar envolvido. Dentro da cadeia de transmissão, o ser humano é apenas hospedeiro acidental e terminal.

A penetração da bactéria ocorre através da pele com presença de lesões, pele íntegra imersa por longos períodos em água contaminada ou, de forma mais rara, por: contato com sangue, tecidos e órgãos de animais infectados; transmissão acidental em laboratórios; e ingestão de água ou alimentos contaminados; de pessoa a pessoa pelo contato com urina, sangue, secreções e tecidos de pessoas infectadas. O período de incubação varia de 1 a 30 dias (média de 5 e 14 dias).

### Caso suspeito de leptospirose

- Indivíduo com febre, cefaleia e mialgia, que apresente pelo menos um dos critérios abaixo elencados.
  - Presença de antecedentes epidemiológicos sugestivos nos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas, como: exposição a enchentes, alagamentos, lama ou coleções hídricas; exposição a fossas, esgoto, lixo e entulho; atividades que envolvam risco ocupacional (coleta de lixo e de material para reciclagem, limpeza de córregos, trabalho em água ou esgoto, manejo de animais e agricultura em áreas alagadas); vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial; e residência ou local de trabalho em área de risco para leptospirose.
  - Presença de, pelo menos, um dos seguintes sinais ou sintomas: icterícia, aumento de bilirrubinas, sufusão conjuntival, fenômeno hemorrágico, sinais de insuficiência renal aguda.

### Caso confirmado de leptospirose

#### Critério clínico-laboratorial

Caso suspeito associado a um ou mais dos seguintes resultados de exames:

- ELISA-IgM reagente, mais soroconversão na MAT com duas amostras, entendida como uma primeira amostra (fase aguda) não reagente e uma segunda amostra (14 dias após a data de início dos sintomas com máximo de até 60 dias) com título maior ou igual a 200.

- Aumento de quatro vezes ou mais nos títulos da MAT, entre duas amostras sanguíneas coletadas com um intervalo de aproximadamente 14 dias após o início dos sintomas (máximo de 60 dias) entre elas.
- Quando não houver disponibilidade de duas ou mais amostras, um título maior ou igual a 800 na MAT confirma o diagnóstico.
- Isolamento da *Leptospira* em sangue.
- Detecção de DNA por PCR em amostra de sangue com anticoagulante (exceto heparina) em pacientes com até sete dias de início dos sintomas, exceto óbitos (até dez dias de sintomas).

Investigação laboratorial de casos suspeitos que evoluem para óbito:

- Detecção de DNA por PCR em amostra de sangue com anticoagulante (exceto heparina) ou em sangue total, coletados até dez dias do início dos sintomas, ou DNA detectado em tecidos.
- Quando o paciente for a óbito sem a possibilidade de coletar duas amostras, avaliar o quadro, visando ao encerramento pelo critério clínico-epidemiológico; se uma única amostra tiver sido coletada e apresentar título maior ou igual a 800, confirmar o caso pelo critério clínico-laboratorial.
- Imuno-histoquímica ou outras análises anátomo-patológicas coradas com tinta de prata positivas.

### **Critério clínico-epidemiológico**

- Caso suspeito com febre e alterações nas funções hepática, renal ou vascular, associado a antecedentes epidemiológicos (descritos na definição de caso suspeito) e que não tenha coletado material para exames laboratoriais específicos ou estes tenham resultado não reagente com amostra única coletada antes do sétimo dia de doença ou uma amostra única coletada, em qualquer dia de doença, com ELISA reagente ou indeterminado e MAT não reagente ou com título menor que 800.

### **Caso descartado para leptospirose**

- Teste de ELISA-IgM não reagente em amostra sanguínea coletada a partir do sétimo dia de início de sintomas. Em pacientes provindos de áreas rurais, o critério clínico deverá também considerar história clínica e antecedentes epidemiológicos para o fechamento do caso.
- Duas reações de microaglutinação não reagentes (ou reagentes sem apresentar soroconversão nem aumento de quatro vezes ou mais nos títulos), com amostras sanguíneas coletadas a partir do primeiro atendimento do paciente e com intervalo de duas a três semanas entre elas.

## Atividades/processo de trabalho

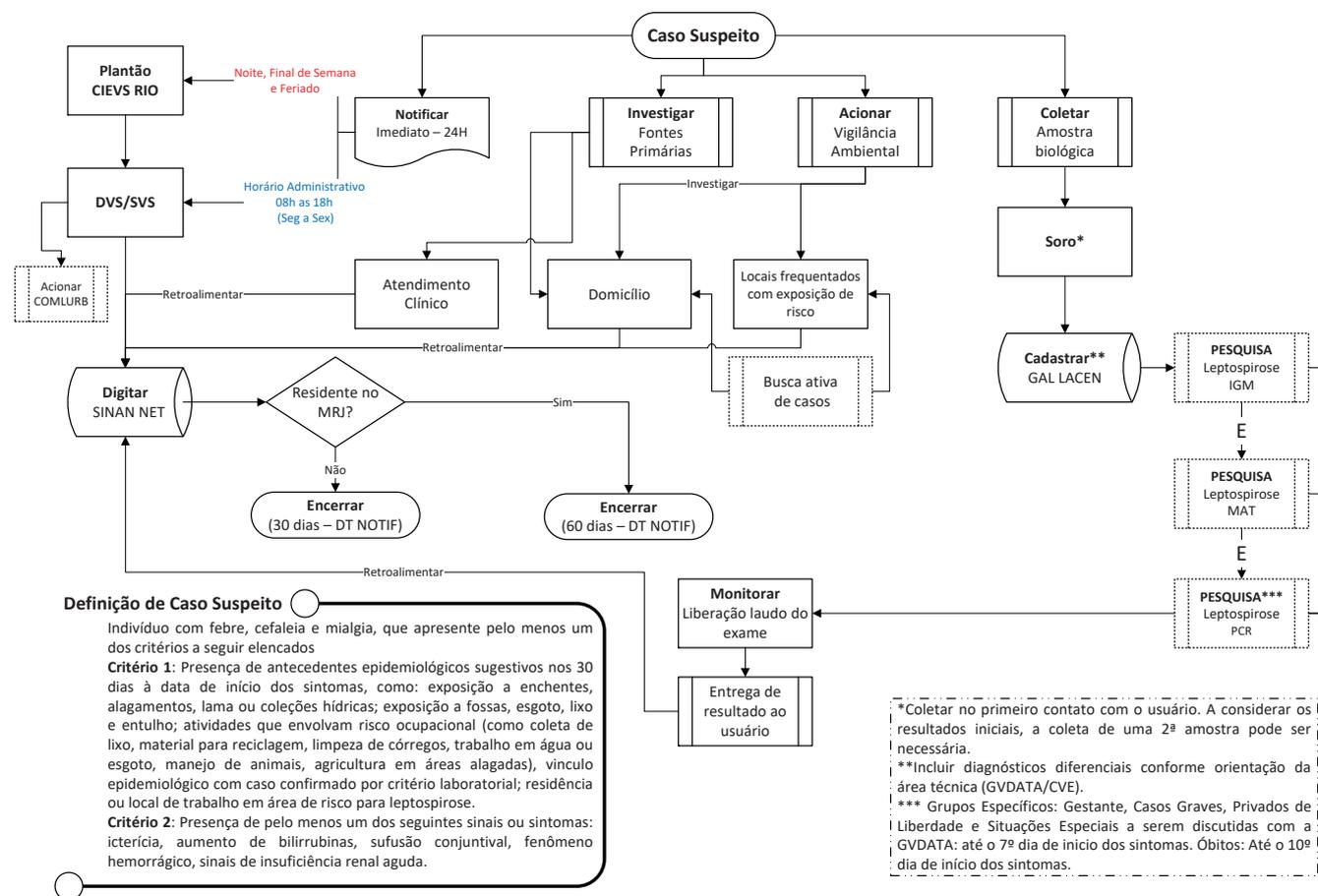
Todos os casos suspeitos de leptospirose devem ser notificados por meio do preenchimento da "Ficha de Investigação Leptospirose" do SINAN. É uma doença de notificação imediata, ou seja, a notificação deve ocorrer em até 24 horas após o conhecimento do caso. Tanto a ocorrência de casos suspeitos isolados como a de surtos devem ser notificadas para o desencadeamento das ações de vigilância epidemiológica e controle.

A investigação laboratorial é recomendada em todos os casos atendidos nos serviços de saúde, para fins de confirmação e estabelecimento de medidas para o tratamento e a redução de sua disseminação.

Dentre as ações de investigação epidemiológica, deve-se verificar a ocupação, a ocorrência de casos associados e as situações de risco ocorridas nos 30 dias que antecederam os primeiros sintomas do paciente, para identificar o local provável de infecção. Esta informação é fundamental para direcionar as medidas de prevenção e controle da leptospirose.

## Procedimento operacional padrão

**Figura 7. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito de leptospirose**



Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

**Quadro 11. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de leptospirose**

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
Soro (4ml)	LACEN (MAT e PCR realizados em laboratório externo)	IgM — ELISA	Leptospirose — IgM	1.ª amostra**: até 7 dias após o início dos sintomas. 2.ª amostra***: 7 dias após a primeira coleta.	Centrifugar até 2 horas após a coleta e armazenar em geladeira (+2°C a +8°C) por até 3 dias ou em freezer (-20°C) até o envio.	Caixa térmica com gelo seco ou bobina de gelo reciclável.	Ficha SINAN Leptospirose; Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.
		MAT	Leptospirose — MAT	1.ª amostra**: primeiro contato com o paciente. 2.ª amostra***: 7 dias após a primeira coleta (aproximadamente 14 dias após início dos sintomas).			
		PCR	Leptospirose — PCR*	Coleta até o 10.º dia do início dos sintomas.			

Notas: \*Temporariamente a Fiocruz dispõe do exame de PCR leptospirose — exame prioritário para diagnóstico dos óbitos, gestantes e casos graves (conforme orientação da área técnica); \*\*De acordo com o período de coleta e resultado de S1, a segunda coleta pode não ser necessária (avaliar fluxograma de encerramento — se necessário discutir com área técnica); \*\*\*Caso a primeira amostra tenha sido coletada a partir do sétimo dia de início dos sintomas, confirmar necessidade de coleta de segunda amostra (avaliar fluxograma de encerramento — se necessário discutir com área técnica). Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

A coleta de amostra de soro deve ser oportunizada no primeiro atendimento ao paciente. Caso não seja possível, a unidade de saúde de referência deve realizar busca ativa para garantir a amostra biológica do paciente.

A prova de aglutinação microscópica (microaglutinação — MAT) é considerada como o exame laboratorial "padrão-ouro" para a confirmação do diagnóstico. Os títulos de MAT começam a surgir na primeira semana da doença e alcançam títulos máximos em torno da terceira e quarta semanas, depois decaem progressivamente, persistindo baixos durante meses e até anos. Já o teste imunoenzimático ELISA-IgM é um teste sorológico, altamente sensível e específico, usado para triagem dos casos suspeitos. A detecção de anticorpos (IgM) inicia-se a partir da primeira semana (aproximadamente sete dias) de curso da doença até cerca de dois meses.

O resultado NEGATIVO (não reagente) de qualquer exame sorológico específico para leptospirose (ELISA-IgM, MAT), com amostra sanguínea coletada antes do sétimo dia do início dos sintomas, não descarta o caso suspeito. Outra amostra deverá ser coletada a partir do 14.º dia do início dos sintomas, para auxiliar na interpretação do diagnóstico. Esta segunda amostra tem como objetivo verificar um possível aumento de quatro vezes ou mais (duas ou mais diluições) no título de anticorpos MAT da primeira para a segunda amostra ou soroconversão com reagente com título maior ou igual a 200 em comparação a primeira.

A amostra sorológica coletada a partir do sétimo dia do início dos sintomas já é considerada oportuna para encerramento, contudo, caso o resultado de IgM reagente e MAT não reagente ou reagente com título menor de 800, recomenda-se a coleta de segunda amostra com intervalo mínimo de sete dias.

Em casos graves e óbitos de pacientes com síndrome febril, febril-ictérica ou febril-hemorragica, sem diagnóstico sorológico definitivo, recomenda-se a coleta de, aproximadamente, 10ml de sangue no momento da internação ou logo após o óbito, independentemente da data do início dos sintomas.

## Sistema de informação em saúde/registro

**Quadro 12. Orientações sobre notificação de caso suspeito/confirmado de leptospirose**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação LEPTOSPIROSE	24 horas a partir do conhecimento do caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>• Data de início dos sintomas;</li> <li>• Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>• Situação de risco (30 dias antes do início dos sintomas);</li> <li>• Dados da hospitalização;</li> <li>• Dados laboratoriais;</li> <li>• Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>• 30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de leptospirose e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**

### 3.7 LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA (CID-10: B55.0)

A Leishmaniose Visceral Humana (LVH) é uma doença grave, crônica e sistêmica que, quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos. O agente etiológico é o protozoário tripanossomatídeo do gênero *Leishmania*.

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

A *Lutzomyia longipalpis* é a principal espécie transmissora de vetores. A atividade desses vetores é crepuscular e noturna. No intra e no peridomicílio, a *Lu. Longipalpis* é encontrada, principalmente, próximo a uma fonte de alimento. Durante o dia, esses insetos ficam em repouso, em lugares sombreados e úmidos, protegidos do vento e de predadores naturais (BRASIL, 2006).

A transmissão da LVH ocorre pela picada dos vetores infectados pela *Leishmania (L.) infantum*, não ocorrendo transmissão de pessoa a pessoa. O período de incubação no homem é de 10 dias a 24 meses, com média entre dois e seis meses; já no cão, varia de três meses a vários anos, com média de três a sete meses.

#### Caso suspeito de leishmaniose visceral humana

- Todo indivíduo proveniente de área com ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, ou todo indivíduo de área sem ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, desde que descartados os diagnósticos diferenciais mais frequentes na região.

#### Caso confirmado de leishmaniose visceral humana

##### Critério laboratorial

A confirmação dos casos suspeitos, por critério laboratorial deverá atender a, pelo menos, um dos critérios:

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

##### Critério clínico-epidemiológico

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

## Classificação dos casos

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

## Atividades/processo de trabalho

A LVH é uma doença de notificação compulsória de periodicidade semanal. Todo caso suspeito deve ser notificado e investigado pelos serviços de saúde por meio da "Ficha de Investigação Leishmaniose Visceral" do SINAN. Todos os campos devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa. Outros itens e observações devem ser investigados, conforme as necessidades e as peculiaridades de cada situação — p.ex.: os dados referentes ao vetor e ao reservatório que devem ser coletados e preenchidos em planilhas/documentos específicos.

Na investigação epidemiológica é necessário identificar se os casos são autóctones ou importados, e para isto se deve constatar o local provável de infecção (LPI). Conjuntamente, verificar se a área é endêmica ou se é um novo local de transmissão, de acordo com a história epidemiológica e o conhecimento de ocorrência de outros casos em períodos anteriores.

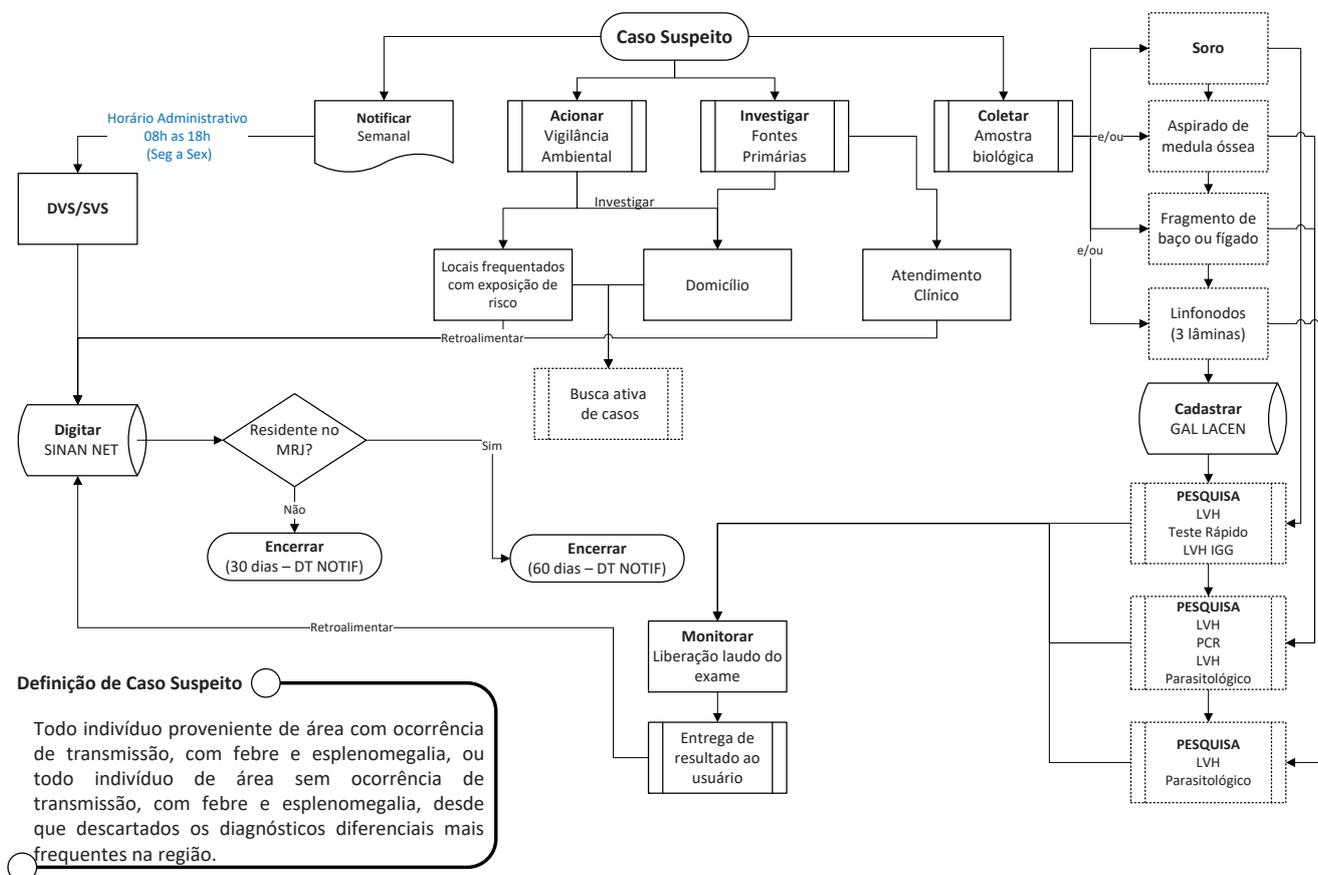
Os casos devem ser bem descritos em relação ao perfil do paciente (idade, sexo, comorbidades), características clínicas e informações laboratoriais. Também deve ser feita a busca ativa de casos novos e caracterizá-los clínica e laboratorialmente — é importante destacar que crianças e idosos são mais suscetíveis, com mais chance de evoluir para situações de maior gravidade e para o óbito.

A investigação de campo deve ocorrer conjuntamente com a equipe de Vigilância em Saúde Ambiental local. O objetivo das investigação entomológica é levantar as informações de caráter quantitativo e qualitativo sobre os flebotomíneos transmissores da LV.

A população deve ser orientada sobre as medidas de controle, conforme a situação epidemiológica da área.

## Procedimento operacional padrão

Figura 8. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito de leishmaniose visceral humana



Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

**Quadro 13. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de leishmaniose visceral humana**

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO	
Soro (2ml a 5ml)	LACEN	Teste rápido	LVH — Teste rápido	Após suspeita clínica	Centrifugar até 2 horas após a coleta e armazenar em geladeira (+2°C a +8°C) por até 3 dias ou em freezer (-20°C) até o envio.	Caixa térmica com gelo seco ou bobina de gelo reciclável.	Ficha SINAN: Leishmaniose Visceral; Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.	
		IgG — IFI	LVH — IgG					
Fragmentos de baço ou fígado (1mm a 3mm)	LACEN (laboratório externo)	Parasitológico e PCR	LVH — Parasitológico e LVH — PCR			Enviar imediatamente.		Caixa térmica à temperatura ambiente.
Aspirado de medula óssea (500µ a 1ml)								
Linfonodos (3 lâminas)		Parasitológico	LVH — Parasitológico	Caixa portá-lâminas à temperatura ambiente.				

Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Sistema de informação em saúde/registro

**Quadro 14. Orientações sobre notificação de casos suspeitos/confirmados de leishmaniose visceral humana**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação LEISHMANIOSE VISCERAL	Semanal, a partir do conhecimento do caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>Data de início dos sintomas;</li> <li>Sinais e sintomas (qualificação das informações);</li> <li>Dados laboratoriais;</li> <li>Local provável de infecção;</li> <li>Evolução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

As fichas de investigação de leishmaniose visceral humana e de outras doenças/agravs podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravs-transmissiveis-agudos/>

## 3.8 MALÁRIA (CID-10: B50 a B54 / P37.3 e P37.4)

Doença infecciosa febril aguda, cujos agentes etiológicos são protozoários transmitidos por vetores. No Brasil, a magnitude da malária está relacionada à elevada incidência da doença na região amazônica e à sua gravidade clínica potencial. No país há três espécies associadas à malária em seres humanos: *P. vivax*, *P. falciparum* e *P. malariae*, das quais a mais prevalente é o *P. vivax*, responsável por cerca de 90% dos casos.

A crise aguda da malária (acesso malárico) caracteriza-se por episódios de calafrio, febre e sudorese. Tem duração variável de 6 a 12 horas e pode cursar com temperatura igual ou superior a 40°C. Contudo, nem sempre se observa o clássico padrão de febre terçã, portanto não se deve aguardar esse padrão característico para pensar no diagnóstico de malária.

As manifestações clínicas mais frequentes da malária complicada estão relacionadas à parasitemia elevada, acima de 2% dos eritrócitos parasitados, podendo atingir até 30% dos eritrócitos.

O diagnóstico oportuno e o tratamento correto são os meios mais adequados para reduzir a gravidade e a letalidade por malária. As gestantes, as crianças e as pessoas infectadas pela primeira vez estão sujeitas a maior gravidade da doença, principalmente por infecções pelo *P. falciparum*, que é responsável pela maioria dos casos letais.

### Caso suspeito de malária

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

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

### Caso confirmado de malária

#### Critério clínico-laboratorial

- Toda pessoa cuja presença de parasito no sangue, assim como a espécie e a parasitemia dele, tenha sido identificada por meio de exame laboratorial (lâmina, TDR ou PCR).

**IMPORTANTE: Um caso de malária pode ser classificado como autóctone, importado, induzido, introduzido, recidivado ou recrudescente (dependendo da origem da infecção); e como sintomático ou assintomático. Nos contextos de controle da malária, um "caso" é a ocorrência de infecção confirmada por malária com ou sem sintomas.**

## Caso descartado para malária

- Caso suspeito com diagnóstico laboratorial negativo para malária. Quando houver forte evidência epidemiológica, deve-se repetir o exame em 24 ou 48 horas, ou até a confirmação de outra doença.

## Atividades/processo de trabalho

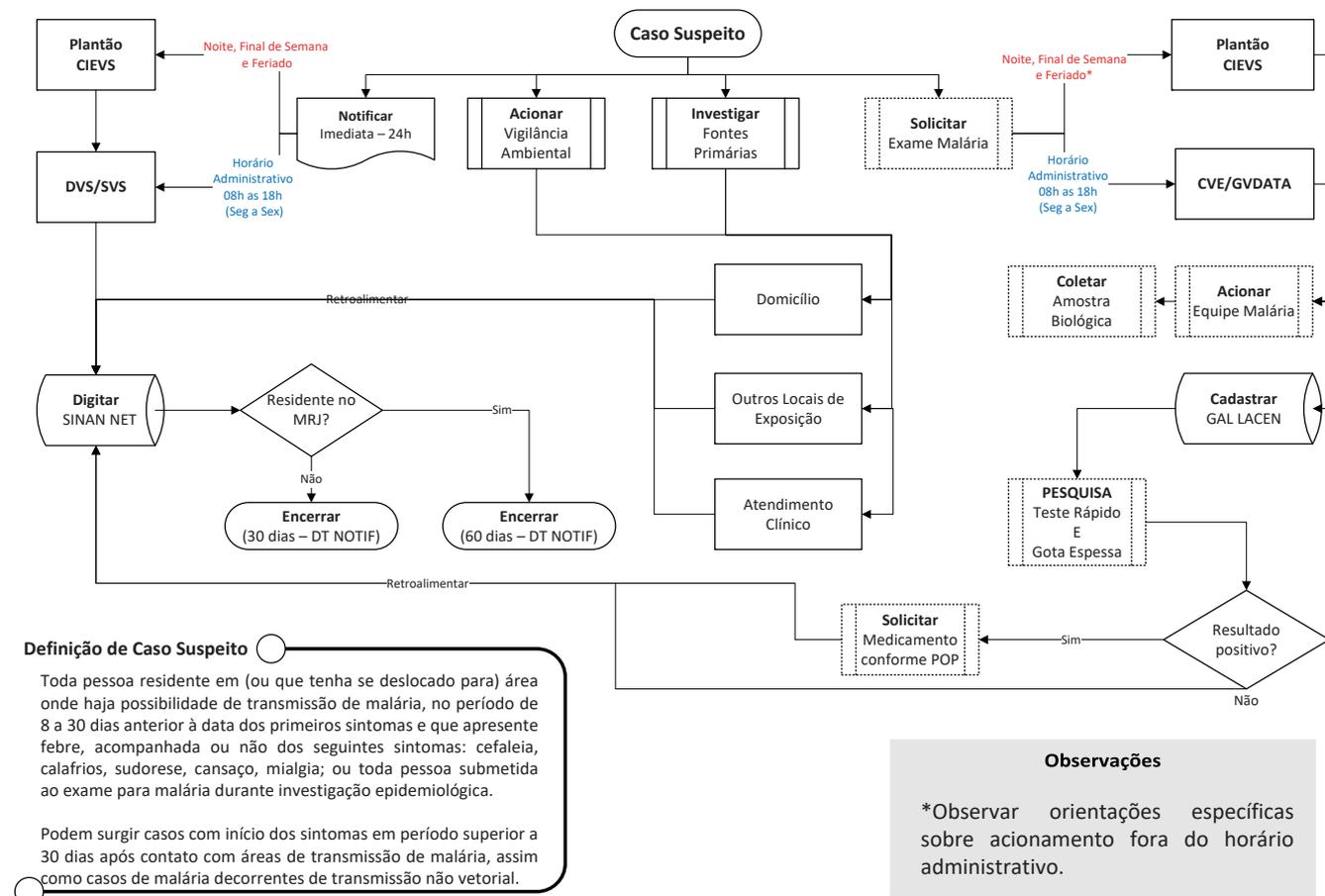
A malária é uma doença de notificação compulsória desde 1961, quando foi publicada a primeira Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação. Na região extra-amazônica deve ser notificada em até 24 horas; e de forma semanal na região amazônica, ou seja, em até sete dias. A notificação deve ser feita tanto pela rede pública como pela rede privada.

A primeira medida é realizar a notificação do caso suspeito à vigilância local (SVS/DVS), para que a equipe de resposta laboratorial rápida de malária seja acionada pela GVDATA/CVE. Nos finais de semana, feriados ou períodos fora do horário administrativo, a notificação deverá ser feita ao plantão CIEVS Rio, para acionamento da equipe de malária.

A referida equipe realiza os exames diagnósticos disponíveis no MRJ (gota espessa e teste rápido) e libera os resultados. A medicação necessária para o tratamento dos casos positivos também é entregue pela mesma equipe.

## Procedimento operacional padrão

Figura 9. Procedimentos operacionais para notificação, investigação e digitação de caso suspeito de malária



Nota: \*Observar orientações específicas sobre acionamento fora do horário administrativo. Fontes: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023) e Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Diagnóstico laboratorial

Quadro 15. Orientações sobre amostras laboratoriais de caso suspeito/confirmado de malária

TIPO DE AMOSTRA (quantidade)	EXECUTOR	PESQUISA/ANÁLISE	REGISTRO NO GAL-LACEN	COLETA OPORTUNA	ARMAZENAMENTO	TRANSPORTE	EXIGÊNCIAS PARA RECEBIMENTO
4 lâminas (2 de gota espessa e 2 de esfregaço)	Equipe Malária — MRJ	Gota espessa	Malária — Gota espessa	Após suspeita clínica.	Caixa porta-lâminas à temperatura ambiente até seu envio.	Caixa porta-lâminas à temperatura ambiente.	Ficha de requisição GAL; Guia de encaminhados GAL; Amostras separadas e ordenadas.
Sangue total (1ml a 5ml)		Teste rápido	Malária — Teste rápido		Temperatura ambiente por até 6 horas.	Caixa térmica à temperatura ambiente.	

Notas: Os exames para diagnóstico disponíveis na rede municipal e realizados pela equipe de resposta laboratorial rápida de malária são: gota espessa; e teste rápido. Fonte: Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas, RJ, 2021.

## Sistema de informação em saúde/registro

**Quadro 16. Orientações sobre notificação de casos suspeitos de malária**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	FICHA DE NOTIFICAÇÃO	PRAZO PARA NOTIFICAÇÃO	INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO*	PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO CASO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SINAN NET	Ficha de Investigação MALÁRIA	24 horas (região extra-amazônica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de identificação (com endereço completo e telefone);</li> <li>• Data de início dos sintomas;</li> <li>• Principal atividade nos últimos dias;</li> <li>• Resultados laboratoriais;</li> <li>• Tratamento;</li> <li>• Local provável de infecção;</li> <li>• Observações adicionais: sinais e sintomas; evolução; hospitalização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 dias a partir da data de notificação, para os residentes no município do Rio de Janeiro.</li> <li>• 30 dias a partir da data de notificação, para os residentes em outros municípios.</li> </ul>

\*Na ficha de notificação há vários campos de preenchimento obrigatório, conforme consta no documento "Dicionário de Dados" da doença (disponível na página do SINAN no site do Ministério da Saúde). Aqui destacam-se informações que devem ser preenchidas no primeiro contato com o paciente ou no curso da investigação epidemiológica, da forma mais oportuna possível. Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

**As fichas de investigação de malária e de outras doenças/agravos podem ser encontradas no link <https://saude.prefeitura.rio/vigilancia-epidemiologica/doencas-agravos-transmissiveis-agudos/>**



# REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de diagnóstico laboratorial de malária. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2009b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_diagnostico\\_laboratorial\\_malaria\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_diagnostico_laboratorial_malaria_2ed.pdf). Acesso em: 11 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual integrado de vigilância epidemiológica do botulismo / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. — Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 88 p.: il. — (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volumes 1 a 3 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. — 6. ed. — Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 3 v. : il.

LACEN. Guia rápido de coleta, armazenamento, transporte e entrega de amostras biológicas. Rio de Janeiro, 2021, 5.<sup>a</sup> edição 138p.







SAÚDE

