

# Guia Rápido de Manejo Epidemiológico das **DOENÇAS** **IMUNOPREVENÍVEIS**



Paraná – 2015



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**GUIA RÁPIDO DE MANEJO EPIDEMIOLÓGICO  
DAS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS**

**1<sup>a</sup> edição**

---

**CURITIBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ**  
**2015**

**GOVERNADOR DO PARANÁ**

Beto Richa

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Michele Caputo Neto

**DIRETOR-GERAL**

Sezifredo Paz

**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Eliane Chomatas

**DIRETORA DO CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA**

Cleide Aparecida de Oliveira

**CHEFE DA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**

Júlia Valéria Ferreira Cordellini

**EQUIPE TÉCNICA**

Ana Paula Stelmach da Silva Hagedorn

Franciele Iachezen

Leni Silva de Araújo

Renato Antonio Teixeira Lopes

Sandra Mara Aubriff de Lara

Vanessa Cavalca Presa

Wilsa Regina Amaral Zenere

**©2015. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Centro de Epidemiologia.

Rua Piquiri, 170 – Rebouças

CEP: 80.230-140

Tel. (41) 3330-4300

[www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br)

Tiragem: 5.000 exemplares

Catalogação na fonte: SESA/ESPP/BIBLIOTECA

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ.

CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA.

GUIA RÁPIDO DE MANEJO EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS  
IMUNOPREVENÍVEIS. – CURITIBA: SESA/SVS/CEVA, 2015.

112 P.

1. EPIDEMIOLOGIA. 2. DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS. I. TÍTULO.

ISBN: 975-85-66800-05-0

## **AGRADECIMENTOS**

À equipe da Divisão de Vigilância do Programa de Imunização (DVPI) do Paraná pela disponibilização do Calendário Vacinal.

À equipe do Laboratório Central do Estado (Lacen) do Paraná pela disponibilização do Manual de Coletas para os exames laboratoriais.

À Dra. Marion Burger, Médica Infectopediatra da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, pela contribuição na elaboração da Nota Técnica da Difteria.

## ABREVIATURAS

<b>BNS</b>	Boletim de Notificação Semanal	<b>SAT</b>	Soro Antitetânico
<b>CEPI</b>	Centro de Epidemiologia	<b>SCVGE</b>	Sessão de Vigilância Epidemiológica
<b>CIEVS</b>	Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde	<b>SESA</b>	Secretaria de Estado da Saúde
<b>Crie</b>	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais	<b>SG</b>	Síndrome Gripal
<b>DM</b>	Déficit Motor	<b>Sinan</b>	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
<b>DVIT</b>	Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis	<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>DVVPI</b>	Divisão de Vigilância do Programa Estadual de Imunização	<b>SMZ</b>	Sulfametoxazol
<b>DVVTR</b>	Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis	<b>SNC</b>	Sistema Nervoso Central
<b>EPI</b>	Equipamento de Proteção Individual	<b>SRA</b>	Síndrome Respiratória Aguda
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família	<b>SRAG</b>	Síndrome Respiratória Aguda Grave
<b>FIE</b>	Ficha de Investigação Epidemiológica	<b>SCR</b>	Sarampo/Caxumba/Rubéola
<b>GAL</b>	Gerenciador de Ambiente Laboratorial	<b>SRC</b>	Síndrome da Rubéola Congênita
<b>IGHAT</b>	Imunoglobulina Humana Antitetânica	<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>Lacen</b>	Laboratório Central do Estado	<b>SVE</b>	Serviço de Vigilância Epidemiológica
<b>MS</b>	Ministério da Saúde	<b>SVS</b>	Superintendência de Vigilância em Saúde
<b>NHE</b>	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia	<b>TMP</b>	Trimetropim
<b>PCR</b>	Reação em Cadeia da Polimerase	<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>PFA</b>	Paralisia Flácida Aguda	<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Imunização	<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>PS</b>	Pronto Socorro	<b>US</b>	Unidade Sentinel
<b>RS</b>	Regional de Saúde	<b>VE</b>	Vigilância Epidemiológica
		<b>VigiaSUS</b>	Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná
		<b>VRS</b>	Vírus Sincicial Respiratório

# SUMÁRIO

## Capítulo 1 ■ Coqueluche | 09

1.1	FLUXOGRAMA DA COQUELUCHE .....	10
1.2	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E COMPLICAÇÕES.....	11
1.3	ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO .....	11
1.4	INDICAÇÕES DA QUIMIOPROFILAXIA.....	12
1.5	TRATAMENTO E QUIMIOPROFILAXIA .....	13
1.6	NOTA TÉCNICA ESTADUAL 03/2015 (FORMA REDUZIDA).....	14
1.7	VIGIASUS – COQUELUCHE .....	19

## Capítulo 2 ■ Difteria | 21

2.1	FLUXOGRAMA DIFTERIA .....	22
2.2	DEFINIÇÃO – CONDUTAS – INVESTIGAÇÃO PARA COMUNICANTES .....	23
2.3	COMPLICAÇÕES – PROGNÓSTICO – VACINAÇÃO .....	24
2.4	NOTA TÉCNICA ESTADUAL 02/2015 (FORMA REDUZIDA).....	25
2.5	NOTA INFORMATIVA N° 01/2014/CGPNI-CGDT/DEVIT/SVS/MS .....	31
2.6	PLANO DE GERENCIAMENTO DE RISCO – SORO ANTIDIFTÉRICO, LOTES 1210233 E 1210243.....	37

## Capítulo 3 ■ Doenças Exantemáticas | 41

3.1	FLUXOGRAMA DO SARAPMO E RUBÉOLA .....	42
3.2	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS .....	43
3.3	FLUXOGRAMA DA SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA .....	44
3.4	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA .....	45
3.5	ESQUEMA BÁSICO DE IMUNIZAÇÃO (SARAPMO, RUBÉOLA, CAXUMBA E VARICELA) .....	46
3.6	NOTA TÉCNICA ESTADUAL N° 01 DE 2015 E NT/MS N° 17/2013 .....	47
3.7	VIGIASUS – EXANTEMÁTICAS .....	51
3.8	ROTEIRO DE MONITORAMENTO DE SARAPMO E RUBÉOLA .....	52
3.9	FLUXOGRAMA DA VARICELA .....	58
3.10	FLUXOGRAMA SURTO DE VARICELA E FICHA DE INVESTIGAÇÃO SURTO DE VARICELA .....	59
3.11	NOTA TÉCNICA MS N° 06/2012 .....	61
3.12	NOTA TÉCNICA ESTADUAL N° 03/2014 .....	65

## Capítulo 4 ■ Influenza | 67

4.1	FLUXOGRAMA DA SÍNDROME GRIPAL (SG)/SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) .....	68
4.2	FLUXOGRAMA SURTO DE INFLUENZA .....	69
4.3	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA INFLUENZA .....	70
4.4	TRATAMENTO E QUIMIOPROFILAXIA DA INFLUENZA .....	70
4.5	VACINA – INFLUENZA .....	73
4.6	VIGIASUS INFLUENZA .....	75

**Capítulo 5 ■ Meningites | 79**

5.1	FLUXOGRAMA DE MENINGITE .....	80
5.2	ESQUEMA DE QUIMIOPROFILAXIA .....	81
5.3	ESQUEMA PRÁTICO DE DOSAGEM DA RIFAMPICINA PARA QUIMIOPROFILAXIA DE DOENÇA MENINGOCÓCICA E MENINGITE POR <i>HAEMOPHILUS</i> .....	82
5.4	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS MENINGITES, TRATAMENTO E ESQUEMA VACINAL .....	83
5.5	RESUMO DO DICIONÁRIO DE DADOS E DE ANÁLISE QUIMIOCITOLÓGICA DO LIQUOR.....	84
5.6	VIGIASUS – MENINGITE .....	87

**Capítulo 6 ■ PFA/Poliomielite | 91**

6.1	FLUXOGRAMA PFA/POLIOMIELITE .....	92
6.2	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	93
6.3	ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO .....	94

**Capítulo 7 ■ Tétano Acidental | 97**

7.1	FLUXOGRAMA DO TÉTANO ACIDENTAL .....	98
7.2	PERÍODO DE INCUBAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO POR GRAU DE GRAVIDADE .....	99
7.3	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO TÉTANO ACIDENTAL .....	99
7.4	HISTÓRIA DE VACINAÇÃO PRÉVIA E CONDUTA FRENTE AO FERIMENTO SUSPEITO DE TÉTANO ACIDENTAL .....	100
7.5	ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO .....	101

**Capítulo 8 ■ Anexos | 105**

8.1	OFÍCIO Nº 01/2015 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE .....	106
8.2	ESQUEMA VACINAL – DVVPI/SESA-PR .....	107



CAPÍTULO 1:  
**Coqueluche**

## 1.1 FLUXOGRAMA DA COQUELUCHE

### Caso Suspeito de Coqueluche

**Menores de seis meses de idade:** Todo indivíduo, independentemente do estado vacinal, que apresente tosse há, em média, dez dias ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas de cinco a dez, em uma única expiração); guincho inspiratório; vômitos pós-tosse; cianose; apneia; engasgo.

**Maiores ou igual a seis meses de idade:** Todo indivíduo, 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 e vômito pós-tosse.

**Todo indivíduo** que apresente tosse em qualquer período, com história de contato próximo com caso confirmado de coqueluche, pelo critério laboratorial (Cultura ou PCR).

### Notificação Compulsória FIE

- O Serviço de Saúde → VE municipal investigar em 48 h → DVVTR/SESA.
- Manter a área sob vigilância por 42 dias e encerrar FIE até 60 dias.

### PACIENTE

### COMUNICANTES

Qualquer pessoa que teve exposição face a face, a cerca de um metro ou menos de distância, com um caso suspeito.

### Verificar Situação Vacinal e atualizar Caderneta de Vacinação se necessário

### TRATAMENTO E QUIMIOPROFILAXIA

Paciente – Comunicantes

- **Unidades Sentinelas de coqueluche:** coletar swab perinasal do caso suspeito e de um contato sintomático. Notificar o caso e o contato se houver cultura positiva para *Bordetella pertussis*. Se o resultado do caso ou do contato for confirmado por Cultura ou PCR, confirmar no Sinan o caso e o contato.
- **Demais Serviços de Saúde:** realizar hemograma.
- Recomendado Raio-X de tórax em menores de quatro anos (imagem de “coração franjado”).

### CRITÉRIOS DE CONFIRMAÇÃO

#### 1 - Laboratorial

Todo indivíduo que atenda a definição de caso suspeito de coqueluche, com isolamento da *B. pertussis* por cultura ou reação em cadeia da polimerase (PCR).

#### 2 - Clínico-Epidemiológico

Todo indivíduo que atenda a definição de caso suspeito e teve contato com um caso confirmado de coqueluche por critério laboratorial no início do período catarral até três semanas após o início do período paroxístico da doença. Período de TRANSMISSIBILIDADE.

#### 3 - Clínico

**Menores de seis meses:** Todo indivíduo, independentemente do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo, há dez dias ou mais, associada a dois ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística, guincho inspiratório, vômito pós-tosse, cianose, apneia ou engasgo.

**Maiores ou igual a seis meses:** Todo indivíduo, independentemente do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo há 14 dias ou mais, associada a dois ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística, guincho inspiratório e vômito pós-tosse.

**HEMOGRAMA é um exame COMPLEMENTAR:** por si só, não descarta e não confirma casos suspeitos.

Resultado do hemograma conforme a fase da doença:

#### Período Catárral:

Leucócitos acima de **20.000**; e Linfocitose acima de **10.000**.

#### Período Paroxístico:

Leucócitos acima de **30.000**; e Linfocitose de **60 a 80%**

**Obs:** bebês e pacientes com quadro leve podem não apresentar Leucocitose e o quadro de tosse pode persistir até 90 dias ou mais.

## 1.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E COMPLICAÇÕES

O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEVE SER FEITO COM AS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS, COMO:

**TRAQUEOBRONQUITE; BRONQUIOLITE; LARINGITE entre outros.**

Outros agentes também podem causar a síndrome coqueluche, dificultando o diagnóstico diferencial, entre os quais: *Bordetella parapertussis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia trachomastis*, *Chlamydia pneumoniae* e Adenovírus (1, 2, 3, 4 e 5).

### COMPLICAÇÕES

**RESPIRATÓRIAS** – pneumonia por *B. pertussis*, pneumonias por outras etiologias, ativação da tuberculose latente, atelectasia, bronquiectasia, enfisema, pneumotórax, ruptura de diafragma.

**NEUROLÓGICAS** – encefalopatia aguda, convulsões, hemorragias intracerebrais, hemorragia subdural, estrabismo e surdez.

**OUTRAS** – hemorragias subconjuntivais, otite média por *B. pertussis*, epistaxe, edema de face, úlcera do frênuco lingual, hérnias (umbilicais, inguinais e diafragmáticas), conjuntivite, desidratação e/ou desnutrição.

**OBS:** Em indivíduos com vacinação inadequada ou vacinados há mais de cinco anos, a coqueluche nem sempre se apresenta sob a forma clássica descrita anteriormente, podendo se manifestar sob formas atípicas, como tosse persistente, porém sem paroxismos nem guinchos característicos.

Nos lactentes jovens (principalmente em menores de seis meses), além do quadro de paroxismo clássico, a coqueluche pode também estar associada a cianose, sudorese, vômitos, episódios de apneia, parada respiratória e desidratação decorrente de vômitos repetidos. Esses bebês exigem hospitalização, isolamento, vigilância permanente e cuidados especializados.

## 1.3 ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO

VACINA	PROTEÇÃO	IDADE	DOSE / VIA	REFORÇO
<b>PENTAVALENTE</b> Intervalo recomendado entre as doses: 60 dias, com o mínimo de 30 dias	Difteria Tétano Coqueluche Hepatite B Meningite por <i>Haemophilus influenzae b</i>	2 meses	1ª Dose 0,5 ml/IM	
		4 meses	2ª Dose 0,5 ml/IM	
		6 meses	3ª Dose 0,5 ml/IM	
<b>DTP</b>	Difteria Tétano Coqueluche	15 meses	0,5 ml/IM	<b>1º Reforço</b>
	Difteria/Tétano Coqueluche	4 anos	0,5 ml/IM	<b>2º Reforço</b>
<b>dTpa (acellular)</b>	Difteria/Tétano Coqueluche	<b>Gestantes</b> a partir da 27ª a 36ª semana de gestação, <b>Profissionais de saúde</b> de maternidades e UTI neonatal.	0,5 ml/IM	<b>Uma dose</b> em cada gestação

## 1.4 INDICAÇÕES DA QUIMIOPROFILAXIA

### INDICAÇÕES DA QUIMIOPROFILAXIA

- Menores de 1 ano, independentemente de situação vacinal e período de tosse;
- De 1 a 7 anos, não vacinados ou com situação vacinal desconhecida ou que receberam menos de quatro doses de Pentavalente ou DTP;
- Maiores de 7 anos que tiveram contato com um caso suspeito de coqueluche, se tiveram contato com o caso-índice no período de 21 dias que precederam o início dos sintomas até três semanas após o início da fase paroxística ou que tiveram contato com um comunicante vulnerável no mesmo domicílio;
- Pessoas que trabalham em serviços de saúde ou diretamente com crianças imunodeprimidos.

### SITUAÇÕES ESPECIAIS QUE DEVEM RECEBER QUIMIOPROFILAXIA

- Neonatos – De mães que não fizeram o tratamento adequado;
- Gestantes – Em qualquer fase da gestação, e se enquadre na definição de caso suspeito em situação de endemia ou na definição para indicação de quimioprofilaxia deve receber o tratamento ou quimioprofilaxia.

### TRATAMENTO DA GESTANTE/PUÉRPERAS

- Mulheres no último mês de gestação ou puérperas que tiveram contato com caso suspeito ou confirmado e apresentem tosse, com duração de cinco dias ou mais, independentemente da situação epidemiológica, devem receber tratamento para Coqueluche. Além das gestantes e das puérperas, os recém-nascidos também deverão receber tratamento após avaliação médica. A quimioprofilaxia é uma medida preventiva, com objetivo de evitar o surgimento de casos secundários.

### GRUPOS DE COMUNICANTES MAIS VULNERÁVEIS

- Recém-nascidos de mãe com sintomas respiratórios;
- Crianças menores de um ano, com menos de três doses de vacina (Pentavalente ou DTP);
- Crianças menores de dez anos, não imunizadas ou com imunização incompleta (menos de três doses de vacina Penta ou DTP);
- Mulheres no último trimestre de gestação;
- Indivíduos com comprometimento imunológico;
- Indivíduos com doenças crônicas graves.

### SITUAÇÃO DE SURTO

#### a) Domiciliar:

Dois ou mais casos em um domicílio, sendo um deles confirmado pelo critério laboratorial e o segundo por um dos três critérios de caso confirmado (a definição de caso para surto deve ser usada, especialmente, para detecção rápida da magnitude do surto). Os casos devem ocorrer dentro de um período máximo de 42 dias.

#### b) Em instituições:

Dois ou mais casos, sendo um confirmado pelo critério laboratorial e o outro por um dos três critérios de confirmação, que ocorram no mesmo tempo (casos que ocorram dentro de um intervalo máximo de 42 dias desde o início dos sintomas do caso índice) e no mesmo espaço (no mesmo ambiente de convívio), com a evidência de que a transmissão tenha ocorrido em pelo menos um dos casos no ambiente institucional. A definição de surto também deve ser utilizada para o levantamento rápido de possíveis casos suspeitos.

Ex: escolas, creches, ambientes de cuidados de saúde, presídios, alojamentos etc.

#### c) Em comunidades:

Pelo menos um caso confirmado pelo critério laboratorial, sendo o número de casos maior que o esperado no local e no tempo, com base na análise de registros anteriores, em uma dada população circunscrita.

### O MINISTÉRIO DA SAÚDE RESSALTA:

É importante seguir as recomendações descritas acima pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, para enfrentar o atual cenário epidemiológico da coqueluche, bem como fortalecer a vigilância da doença no País.

Nota Informativa nº 03, de junho de 2014/Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DVIT) e Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS)/MS.

## 1.5 TRATAMENTO E QUIMIOPROFILAXIA

<b>TRATAMENTO E QUIMIOPROFILAXIA</b>				
<b>1ª ESCOLHA – AZITROMICINA</b>				
<b>Idade</b>	<b>Posologia/Dosagem</b>			
Menores de seis meses	10 mg/kg 1x/dia por cinco dias			
Maiores / iguais a seis meses	10 mg/kg (máximo 500 mg) 1x/dia no 1º dia e 5 mg/kg (máximo 250 mg) do 2º ao 5º dia, 1x/dia			
Adultos	500 mg/1x/dia por cinco dias			
<b>EM CASO DE INTOLERÂNCIA OU INDISPONIBILIDADE DA AZITROMICINA, VIDE ORIENTAÇÃO DOS OUTROS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS E QUIMIOPROFILÁTICOS</b>				
<b>2ª ESCOLHA – CLARITROMICINA</b> <b>Apresentação de 125 mg/5 ml</b>				
<b>&lt; um mês</b>	Não recomendado			
<b>um a 24 meses</b>	< 8 kg (7,5 mg/kg) > 8 kg (62,5 mg)	12/12 h por sete dias 12/12 h por sete dias		
<b>três a seis anos</b>	125 mg	12/12 h por sete dias		
<b>sete a nove anos</b>	187,5 mg	12/12 h por sete dias		
<b>≥ dez anos</b>	250 mg	12/12 h por sete dias		
<b>Adulto</b>	500 mg	12/12 h por sete dias		
<b>3ª ESCOLHA – ERITROMICINA</b>				
<b>&lt; um mês</b>	Não recomendado devido à associação com Estenose Hipertrófica de Piloro			
<b>um a 24 meses</b>	125 mg	6/6 h de sete a 14 dias		
<b>dois a oito anos</b>	250 mg	6/6 h de sete a 14 dias		
<b>&gt; oito anos</b>	250 – 500 mg	6/6 h de sete a 14 dias		
<b>Adulto</b>	500 mg	6/6 h de sete a 14 dias		
<b>4ª ESCOLHA – SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIM (SMZ+TMP) Intolerância ao Macrolídeo</b>				
<b>&lt; dois meses</b>	Contraindicado			
<b>≥ seis semanas a cinco meses</b>	<b>SMZ 100 mg e TMP 20 mg</b>	12/12 h por sete dias		
<b>≥ seis meses a cinco anos</b>	<b>SMZ 200 mg e TMP 40 mg</b>	12/12 h por sete dias		
<b>seis a 12 anos</b>	<b>SMZ 400 mg e TMP 80 mg</b>	12/12 h por sete dias		
<b>Adulto</b>	<b>SMZ 800 mg e TMP 160 mg</b>	12/12 h por sete dias		
<b>OBS.: A IMUNOGLOBULINA HUMANA NÃO TEM VALOR TERAPÊUTICO COMPROVADO.</b>				

## 1.6 NOTA TÉCNICA ESTADUAL 03/2015 (forma reduzida)

### VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA COQUELUCHE NO ESTADO DO PARANÁ

A Coqueluche é uma doença infecciosa aguda do trato respiratório, causada pelo agente etiológico *Bordetella pertussis*, conhecida como “tosse comprida”. Pode atingir todas as faixas etárias; no entanto, ocorre com maior frequência e gravidade entre crianças pequenas, e configura uma importante causa de mortalidade infantil. A Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014, mantém a Coqueluche na relação de doenças de notificação compulsória.

Em 2014 o Programa Nacional de Imunizações disponibilizou a vacina tríplice bacteriana acelular adulta (dTpa) para grávidas a partir da 27<sup>a</sup> a 36<sup>a</sup> semana de gestação, com a finalidade de criar imunidade no bebê, via placentária, estendendo a vacinação para profissionais de saúde que trabalham em UTI Neonatal e Maternidades.

#### PERÍODOS QUE ANTECEDEM A MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DA COQUELUCHE:

**Período de Incubação médio** de cinco a dez dias, podendo variar de quatro a 21 dias.

**Período de Transmissibilidade** se estende do 5º dia, após a exposição do doente, até a 3<sup>a</sup> semana do início das crises paroxísticas. Em lactentes menores de seis meses, pode prolongar-se por até quatro ou seis semanas após o início da tosse.

#### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS: evoluí em três fases consecutivas:

**Fase Catarral:** Duas semanas de sintomas iniciais respiratórios leves, como o resfriado comum, caracterizada por coriza, lacrimejamento, tosse leve, febre baixa e mal-estar.

**Fase Paroxística:** Dura de duas a seis semanas, geralmente afebril ou com febre baixa, com tosse mais frequente e espasmódica, descrita como rajadas repetitivas de cinco a dez tosses, muitas vezes dentro de uma única expiração. Há frequentemente vômitos pós-acesso de tosse. O episódio pode ser seguido por sibilo inspiratório (guincho), no final de um paroxismo. Geralmente as complicações ocorrem durante essa fase, na qual é comum a perda de peso. Após duas a quatro semanas, os episódios de tosse se tornam menos frequentes e menos graves.

**Fase de Convalescença:** Duas a seis semanas, chegando até três meses. Os acessos de tosse dão lugar à tosse comum. Infecções respiratórias de outra natureza, que se instalaram durante essa fase, podem provocar o reaparecimento transitório dos paroxismos.

#### UNIDADES SENTINELAS COLETADORAS DE SWAB PERNASAL

#### PARA IDENTIFICAÇÃO DA BORDETELLA PERTUSSIS

As Unidades Sentinelas deverão realizar coletas de material biológico (*swab* alginatado pernasal) do caso suspeito proveniente de demanda espontânea, de um comunicante sintomático, para realização de Cultura ou PCR pelo Lacen/PR. Nos demais serviços, não haverá coleta de *swab* pernasal, devendo-se manter orientação do Guia de Vigilância Epidemiológica/MS e Nota Técnica vigente. Em casos “especiais”, entrar em contato com a Vigilância Epidemiologia Estadual para tomada de decisão conjunta.

No Brasil a introdução da vacina DTP (tríplice bacteriana) no calendário vacinal e a manutenção dos elevados índices de cobertura vacinal favoreceram a redução abrupta da incidência no Brasil e no Paraná. Desde 1994 a Coqueluche esteve sob controle no estado, mas, a partir do segundo semestre de 2011, apresentou súbito aumento.

## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DO PARANÁ:

### ■ Caso suspeito

**Menor de 6 meses:** Todo indivíduo que, independentemente do estado vacinal, apresente tosse de qualquer tipo há 10 dias ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sinais e sintomas:

- Tosses paroxística (tossidas rápidas e curtas, cinco a dez em uma única expiração);
- Guincho inspiratório;
- Vômitos pós-tosse;
- Cianose;
- Apneia;
- Engasgo

**Maior ou igual a 6 meses:** Todo indivíduo que, independentemente do estado vacinal, apresente tosse de qualquer tipo há 14 dias ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sintomas:

- Tosses paroxística;
- Guincho inspiratório;
- Vômitos pós-tosse.

**Todo indivíduo** que apresente tosse (independentemente do tempo), em qualquer período, com história de contato próximo com caso confirmado de Coqueluche, pelo critério laboratorial.

### ■ Conduta diante do caso suspeito:

- Observar situação vacinal da criança e, se necessário, completar o esquema preconizado pelo PNI;
- Vacinação seletiva para crianças de 2 meses a 6 anos completos, com a vacina Pentavalente ou DTP;
- Instituir o tratamento dos casos suspeitos e desencadear as medidas de controle e investigação;
- Instituir quimioprofilaxia para os contatos próximos/intimos;
- Orientar o isolamento respiratório durante cinco dias após início do tratamento com antibiótico;
- Assegurar vigilância da área até 42 dias após a identificação do último caso.

### ■ Critérios de confirmação e descarte

**1. CRITÉRIO LABORATORIAL** – Todo indivíduo que atenda a definição de caso suspeito de Coqueluche e que tenha isolamento da *B. pertussis* por Cultura ou por Reação de Cadeia de Polimerase em tempo real (PCR-RT). A cultura/PCR deve ser solicitada pelas Unidades Sentinelas. Em condições ideais, a probabilidade de crescimento da bactéria em cultura é em torno de 60% a 76%. A coleta do *swab* deve ser realizada antes do início da antibioticoterapia, ou no máximo até três dias após o seu início.

**Interfere no crescimento** da *B. pertussis*:

- Uso prévio de antimicrobianos;
- Coleta realizada após a fase aguda (após a 2<sup>a</sup> ou 3<sup>a</sup> semana da doença);
- Uso de *swab* de algodão (*swab* errado).

**2. CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO** – Todo indivíduo que atende a definição de caso suspeito e que teve contato com caso confirmado de Coqueluche pelo critério laboratorial, entre o início da fase catarral até três semanas após o início da fase paroxística da doença (período de transmissibilidade).

**3. CRITÉRIO CLÍNICO – Menores de 6 meses de idade:** Todo indivíduo, independentemente do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo há dez dias ou mais, associada a dois ou mais dos seguintes sintomas:

- Tosses paroxística;
- Guincho;
- Vômitos pós-tosse;
- Cianose;
- Apneia;
- Engasgo.

**Maiores ou igual a 6 meses de idade:** Todo indivíduo, independentemente da idade e do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo há 14 dias ou mais, associada a dois ou mais sintomas: tosse paroxística; guincho inspiratório; vômitos pós-tosse;

No critério clínico é importante coletar o Hemograma.

#### Hemograma na fase **Catarral**:

**Leucócitos** superiores a **20.000 células/mm<sup>3</sup>** com  
**Linfócitos** acima de **10.000 células/mm<sup>3</sup>**.

#### Hemograma na fase **Paroxística**:

**Leucócitos** podem elevar-se para mais de **30.000 células/mm<sup>3</sup>**, associados a

**Linfocitose de 60% a 80%**.

Em lactentes e pacientes com quadro clínico leve, a leucocitose pode estar ausente. Não significa descarte do caso.

**RX de tórax em menores de 4 anos**, com imagem de “coração borrado ou franjado”, fornecerão subsídios para a confirmação do caso suspeito pelo critério clínico.

### ■ DEFINIÇÃO DE COMUNICANTE

- **Comunicante de contato íntimo** – É qualquer pessoa exposta a contato próximo e prolongado no período de até 21 dias antes do início dos sintomas da Coqueluche e até três semanas após o início da fase paroxística.
- **Contatos íntimos** – São membros da família ou pessoas que vivem na mesma casa ou que frequentam habitualmente o local de moradia do caso. São também comunicantes aqueles que passam a noite no mesmo quarto, como pessoas institucionalizadas e trabalhadores que dormem no mesmo espaço físico. Outros tipos de exposições podem definir novos comunicantes, como no caso de situações em que há proximidade entre as pessoas ( $\pm 1$  metro) na maior parte do tempo e rotineiramente (escola, trabalho ou outras circunstâncias que atendam a esse critério). Devem receber a quimioprofilaxia todos os comunicantes com exposição a um caso suspeito ou confirmado, à distância de até **cerca de 1 metro**.

**CASO SUSPEITO:** Todo indivíduo, independentemente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única expiração; guincho inspiratório ou vômitos pós-tosse.  
Todo indivíduo, independentemente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, e com história de contato com um caso confirmado de coqueluche pelo critério clínico.

<b>Dados Gerais</b>	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		<b>COQUELUCHE</b>	Código (CID10) <b>A 37.9</b>	3 Data da Notificação	Código (IBGE)	
	2 Agravo/Doença	4 UF	5 Município de Notificação					
<b>Notificação Individual</b>	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		7 Data dos Primeiros Sintomas	Código			
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento				
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Esíno fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Esíno médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da Mãe		Código (IBGE)		19 Distrito		
	17 UF	18 Município de Residência						
	20 Bairro	21 Logradouro (Rua, Avenida etc.)		Código				
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, etc.)			24 Geo campo 1			
	25 Geo Campo 2	26 Ponto de Referência				27 CEP		
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			30 País (se residente fora do Brasil)		

### Dados Complementares do Caso

<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 A Unidade Notificante é Sentinel? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	34 Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Coqueluche (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas)	<input type="checkbox"/>		
	1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Outro:	<input type="checkbox"/> 8 - Sem História de Contato 9 - Ignorado		
	35 Nome do Contato			
	36 Endereço do Contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade etc.)			
	37 N° de Doses da Vacina Tríplice (DTP)ou Tetravalente (DTP+Hib)	38 Data da Última Dose		
	1 - Uma 2 - Duas 3 - Três 4 - Três + Um Reforço 5 - Três + Dois Reforços 6 - Nunca Vacinado 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>		
<b>Dados Clínicos</b>	39 Data do Início da Tosse			
	40 Sinais e Sintomas	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Temperatura < 38°C
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Tosse Paroxística	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Temperatura > ou = a 38°C
		<input type="checkbox"/> Respiração Ruidosa ao Final da Crise de Tosse (Guincho)	<input type="checkbox"/> Apneia	<input type="checkbox"/> Outros _____
	41 Complicações	<input type="checkbox"/> Pneumonia ou Broncopneumonia	<input type="checkbox"/> Desidratação	<input type="checkbox"/> Desnutrição
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Encefalopatia (convulsões)	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Outros _____	

Atendimento	<b>42</b> Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	<b>43</b> Data da Internação	<b>44</b> UF	<b>45</b> Município do Hospital	Código (IBGE)
Tratamento	<b>46</b> Nome do Hospital	Código			
	<b>47</b> Utilizou Antibiótico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Dados Lab.	<b>49</b> Coleta de Material da Nasofaringe 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>50</b> Data da Coleta de Material	<b>51</b> Resultado da Cultura 1-Positiva 2-Negativa 3-Não Realizada 9-Ignorado		
Medidas de Controle	<b>52</b> Realizada Identificação dos Comunicantes Íntimos? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>53</b> Se Sim, Quantos?	<b>54</b> Quantos Casos Secundários Foram Confirmados entre os Comunicantes 0 - Nenhum 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado		
Conclusão	<b>55</b> Realizada Coleta de Material da Nasofaringe dos Comunicantes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>56</b> Se Sim, Em Quantos?	<b>57</b> Em Quantos Comunicantes o Resultado da Cultura foi Positivo? 1 -       2 -       3 -       4 -       5 -       6 -       7 -       8 -       9 -	<b>58</b> Medidas de prevenção/controle 1 - bloqueio vacinal 2 - Quimioprofilaxia 3 - Ambos 4 - Não 9 - Ignorado	
	<b>59</b> Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	<b>60</b> Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico 3 - Clínico			
	<b>61</b> Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>62</b> Evolução 1 - Cura 2 - Óbito por Coqueluche 3 - Óbito por Outras Causas 9 - Ignorado			
	<b>63</b> Data do Óbito	<b>64</b> Data do Encerramento			

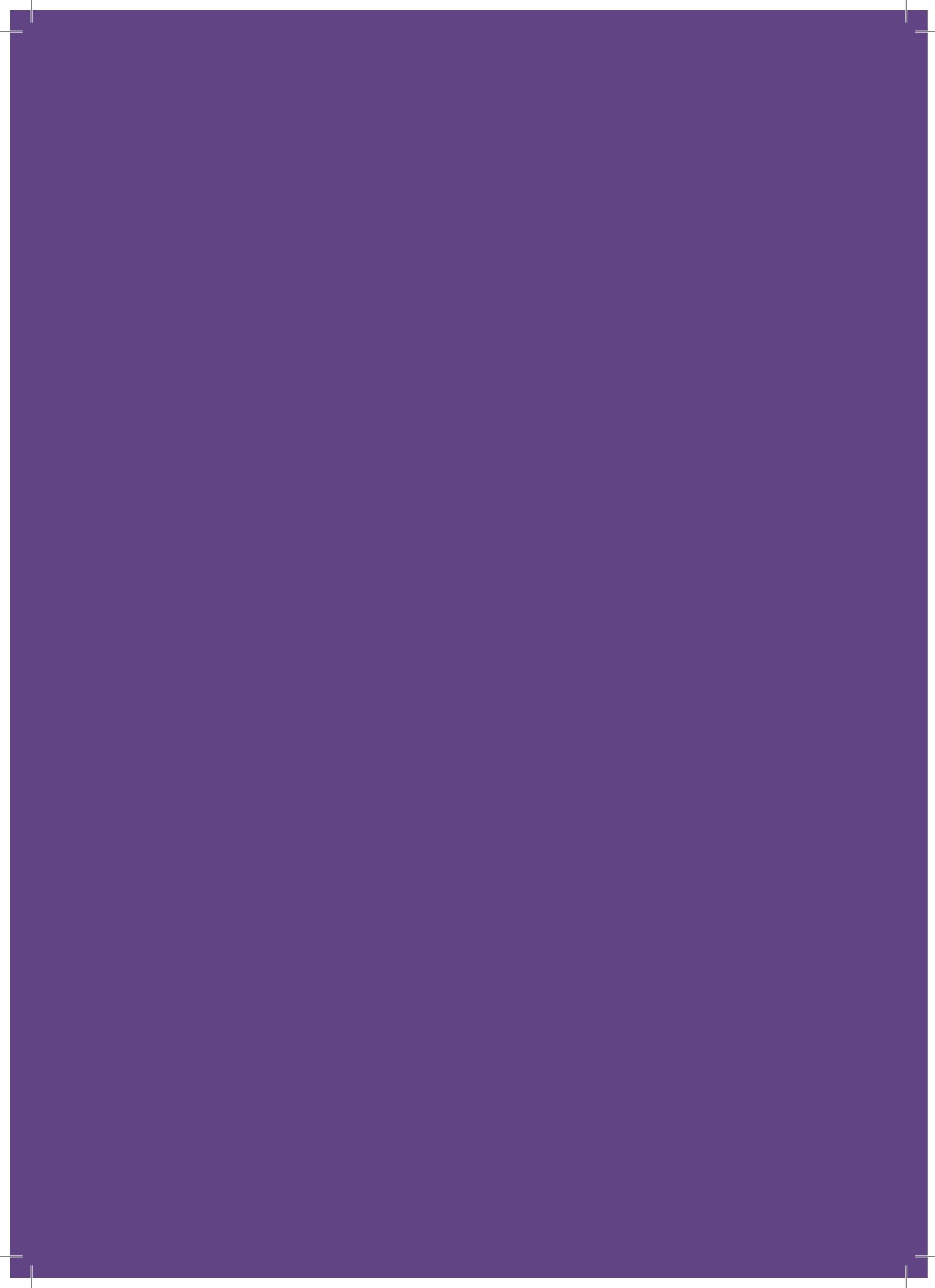
### Informações complementares e observações

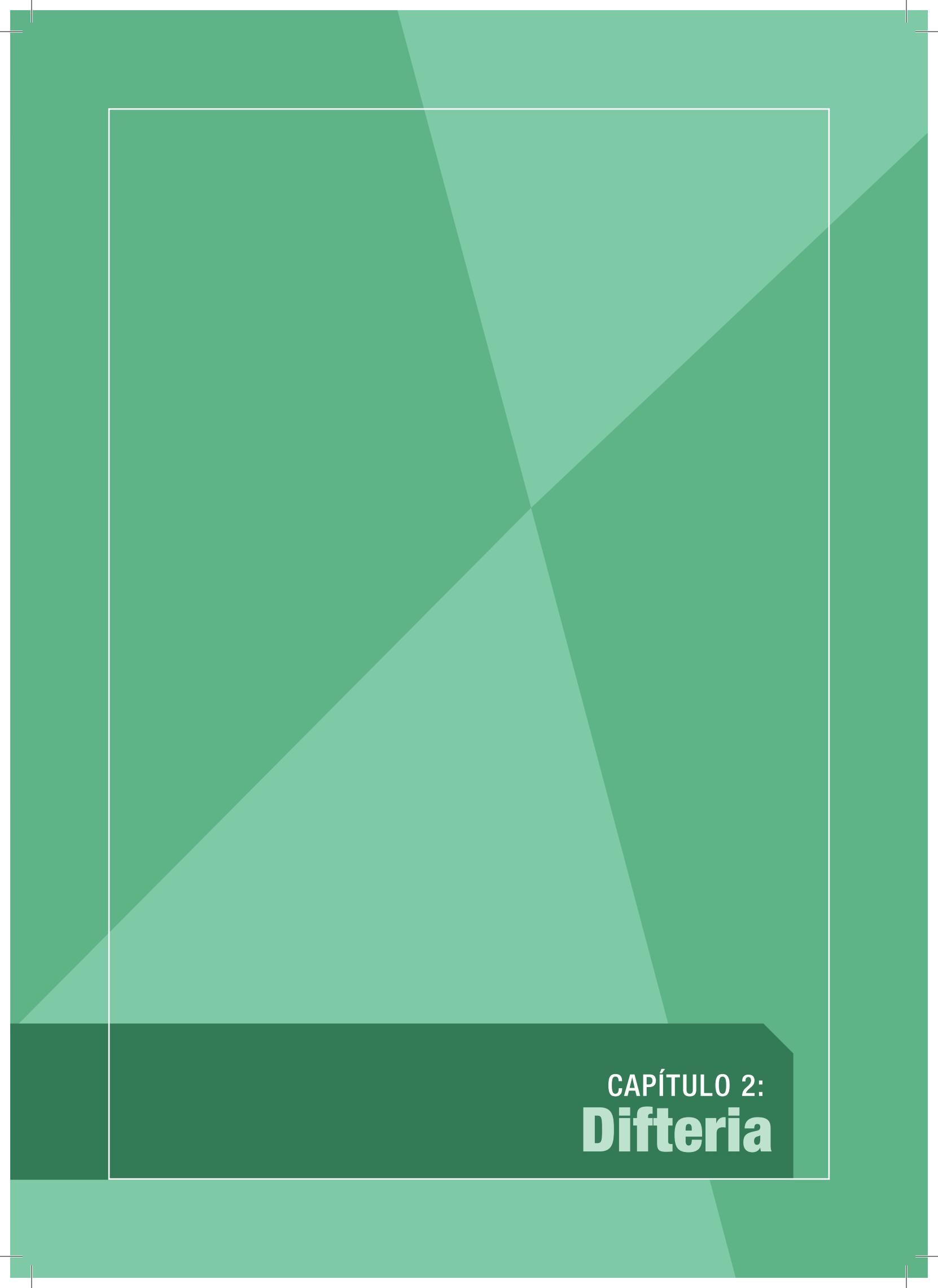
Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necropsia etc.)

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função
	Coqueluche	Sinan NET
	Assinatura	
	SVS	09/06/2006

## 1.7 VIGIASUS – COQUELUCHE

AÇÃO	<b>Notificar no Sinan-NET e investigar todo caso suspeito de coqueluche conforme normas vigentes (Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde – SESA/PR)</b>
Descrição da ação	Investigar e encerrar todos os casos suspeitos de coqueluche notificados conforme normas vigentes.
Medida de desempenho	<p><b>Considera-se ação realizada, 90% dos casos notificados:</b> investigados em 48 horas e encerrados em 60 dias após data da notificação.</p> <p><b>1º Quadrimestre (Dez, Jan, Fev, Març):</b> 90% dos casos notificados, investigados e encerrados.</p> <p><b>2º Quadrimestre (Abr, Mai, Junh, Julho):</b> 90% dos casos notificados, investigados e encerrados.</p> <p><b>3º Quadrimestre (Ag, Set, Out, Nov):</b> 90% dos casos notificados, investigados e encerrados.</p>
Unidade de medida	Percentual.
Método de cálculo da medida de desempenho	$\frac{\text{Nº total de casos encerrados}}{\text{Nº total de casos notificados}} \times 100$
Fonte de dados	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-NET)
Estratégias sugeridas para alcance da ação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preenchimento da FIE com Investigação de forma completa e legível, principalmente os campos (12-59-60-62) Gestante, Classificação Final, Critério de Confirmação/Descarte, Evolução de <b>Classificação Final</b>;</li> <li>• As Unidades Sentinelas devem realizar coleta de amostra clínica (<i>swab</i> de nasofaringe) para o caso suspeito e um comunicante.</li> <li>• Realizar a coleta de amostra laboratorial antes do início da antibioticoterapia ou, no máximo, em até três dias após seu início. A amostra deverá ser encaminhada imediatamente após a coleta, em temperatura ambiente, ao Lacen/PR. Na impossibilidade do envio imediato após a coleta, incubar em estufa bacteriológica com umidade à temperatura de 35 °C a 37 °C por um período máximo de 48 horas. Encaminhar em seguida à temperatura ambiente. Se o período de transporte de material pré-incubado exceder quatro horas ou se a temperatura ambiente local for elevada (<math>\geq 35^{\circ}\text{C}</math>), recomenda-se o transporte sob refrigeração à temperatura de 4 °C (manual de amostra biológica do Lacen/PR);</li> <li>• Os Demais serviços de atendimento devem coletar exames complementares conforme normas vigentes;</li> <li>• Identificar comunicantes com tosse e notificá-los. Se um dos resultados de cultura ou PCR for positivo, confirmar o caso e o comunicante no Sinan;</li> <li>• Analisar inconsistência e duplicidade no banco de dados do Sinan-NET;</li> <li>• Acompanhar o resultado dos exames realizados no Lacen/PR através do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL);</li> <li>• Encerrar a investigação com resultado dos exames complementares e do Lacen;</li> <li>• Capacitar técnicos de Vigilância Epidemiológica e realização de busca ativa nos serviços de saúde;</li> <li>• Consultar com frequência o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde Guia Rápido DVVTR/SESA-PR e Nota Técnica vigente;</li> <li>• Elaboração de material educativo e informativo, para a comunidade (cartaz, <i>folders</i>, programa de rádio).</li> </ul>
Área responsável pela avaliação e acompanhamento quadrienal	Regional de Saúde – DVVGS/SCVGE





CAPÍTULO 2:  
**Difteria**

## 2.1 FLUXOGRAMA DIFTERIA

### Caso suspeito de difteria

**Toda pessoa que**, independentemente da idade e do estado vacinal, apresente 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, etc.) com comprometimento do estado geral e febre moderada.

### Preencher FIE

Notificação obrigatória (imediata) VE do Município → VE da RS → VE do Nível Central → VE do MS

### Caso suspeito – Hospitalização imediata

- Manter isolamento respiratório e precaução de gotículas no mínimo dois dias após a introdução de antimicrobiano.
- Coletar com swab "Stuart" (nasal+oral) e cutâneo quando presente, antes do início do antibiótico.
- Acondicionar no meio de transporte de "Stuart", e envio imediato para o Lacen.

#### Se cultura positiva:

- manter monitoramento até que se obtenham duas culturas negativas.

### Exames para diagnóstico diferencial

#### LABORATÓRIO LOCAL:

Hemograma, hemocultura, proteína C reativa, eletrocardiograma, etc.

#### Lacen/PR:

Pesquisa de infecções estreptocócicas

Pesquisa de mononucleose infecciosa (sorologia para EBV)

Pesquisa de citomegalovírus (sorologia)

### COMUNICANTES

- É toda pessoa em contato com um caso suspeito de difteria, morador ou não do mesmo domicílio.
- Investigar na residência, creche, escola, casa de passagem, etc. e manter sob vigilância durante sete dias, a partir da última exposição.
- Nos comunicantes domiciliares coletar swab estéril de nariz, orofaringe e lesão de pele, se presente. Acondicionar em meio de transporte Stuart, para cultura. Se resultado positivo notificar e afastar por 48h após início do antibiótico.
- Desencadear quimioprofilaxia e bloqueio vacinal seletivo na área de ocorrência do caso: residência, escola, creche ou da identificação de portadores (aqueles com cultura +).

### QUIMIOPROFILAXIA DOS COMUNICANTES

#### Eritromicina:

**Crianças:** 40 a 50 mg/kg/dia.

Máxima 2g/dia de 6/6h – VO de 7-10 dias.

**Adultos:** 500 mg de 6/6h – VO de 7-10 dias.

### TRATAMENTO

#### Soro antidiftérico (SAD) – Dose única EV

- **Formas leves** (nasal, cutânea, amigdaliana): 40.000 UI
- **Formas laringoamigdalianas ou mistas:** 60.000 a 80.000 UI
- **Formas graves ou tardias** (4 dias da doença): 80.000 a 120.000 UI

**SAD** não tem ação sobre a toxina já impregnada no tecido, por isso sua administração deve ser o mais precoce possível, frente a uma suspeita clínica bem fundamentada. As doses do SAD não dependem do peso e da idade do paciente e sim da gravidade e do tempo da doença.

#### Antibioticoterapia: por 14 dias:

• **Eritromicina:** Criança 40 a 50 mg/kg/dia. Adulto: 500 mg (max. 4g/dia), VO - 6/6h

• **Penicilina G cristalina:**

Criança: de 100.000 a 400.000UI/Kg/dia, - 4/4 h ou 6/6 h EV.

Adulto: 5 milhões UI - 6/6h, (max. 30 milhões UI/dia) EV.

• **Penicilina G procaína:**

Criança: 50.000UI/Kg/dia - 12/12 h (max. 1.200.000 UI/dia) IM.

Adulto: 400.000 UI 12/12h (Max. 4,8 milhões UI/dia) IM.

• **Clindamicina:**

Criança: 20 a 40 mg/kg/dia, 8/8h EV.

Adulto: 600mg 8/8h (Max. 4,8/dia) EV.

### CRITÉRIOS DE CONFIRMAÇÃO

1. Cultura com ou sem prova de toxicidade
2. Clínico-epidemiológico
3. Clínico
4. Anatomopatológico (necropsia)

**ATENÇÃO:** Não aguardar o resultado do Lacen para desencadear as ações descritas neste fluxograma. Ao notificar no Sinan avaliar se o caso notificado se enquadra na definição de caso de difteria. O SAD não deve ser administrado com finalidade profilática.

## 2.2 DEFINIÇÃO – CONDUTAS – INVESTIGAÇÃO PARA COMUNICANTES

### DEFINIÇÃO DE COMUNICANTES

**Todos aqueles** que tiveram contato com o caso suspeito de difteria estão sob o risco de se infectar com a doença, quer sejam moradores do mesmo domicílio ou não.

### CONDUTAS E INVESTIGAÇÃO PARA COMUNICANTES

**Todos os comunicantes** de um caso suspeito de difteria deverão ser submetidos a um exame clínico e mantidos sob vigilância por um período mínimo de sete dias.

A investigação de comunicantes deve ser feito em domicílios, instituições, escolas, orfanatos, quartéis ou outros locais que possibilitaram contato com o caso.

**Identificar a área de transmissão:**

Se no trabalho, creche, escola, outros; verificar se há indício de outros casos suspeitos;

**Comunicante domiciliar:**

Todos os que compartilham o mesmo domicílio.

**Instituições:**

**Empresas – alojamentos – orfanatos – creches – escolas e pré-escolas**

Os contatos devem ser investigados, coletados dados, material para cultura, quimioprofilaxia mediante parecer médico e vacinação conforme indicado.

**Atenção especial:**

Se, por motivos operacionais, não for possível coletar material de todos os comunicantes, recomenda-se priorizar as pessoas que trabalhem com manipulação de alimentos, com grande nº de crianças ou imunodeprimidos, até um máximo de 10 amostras.

## 2.3 COMPLICAÇÕES – PROGNÓSTICO – VACINAÇÃO

### COMPLICAÇÕES

As complicações podem ocorrer desde o início da doença até a 6<sup>a</sup> ou 8<sup>a</sup> semana (na maioria dos casos), quando os sintomas iniciais já desapareceram. Seu estabelecimento pode estar relacionado com a localização e a extensão da membrana; a quantidade de toxina absorvida; o estado imunitário do paciente; a demora no diagnóstico e no início do tratamento.

As principais complicações da difteria são miocardite, neurite e renais.

**A observação do paciente com complicações deve ser contínua e em ambiente hospitalar**

### PROGNÓSTICO

O prognóstico depende do estado imunitário do paciente, da precocidade do diagnóstico e tratamento.

**O mau prognóstico pode estar associado aos seguintes fatores:**

- Tempo de doença sem instituição do tratamento (pior se acima de três dias);
- Presença de Edema periganglionar;
- Presença de Manifestações hemorrágicas;
- Presença de placas extensas na orofaringe;
- Miocardite precoce;
- Presença de Insuficiência renal.

### VACINAÇÃO

VACINA	PROTEÇÃO	IDADE	DOSE / VIA	REFORÇO
<b>PENTAVALENTE</b> Intervalo recomendado entre as doses: 60 dias, com o mínimo de 30 dias	Difteria Tétano Coqueluche Hepatite B Meningite por <i>Haemophilus influenzae b</i>	2 meses	1 <sup>a</sup> Dose 0,5 ml/IM	
		4 meses	2 <sup>a</sup> Dose 0,5 ml/IM	
		6 meses	3 <sup>a</sup> Dose 0,5 ml/IM	
<b>DTP</b>	Difteria Tétano Coqueluche	15 meses	0,5 ml/IM	<b>1º Reforço</b>
	Difteria/Tétano Coqueluche	4 anos	0,5 ml/IM	<b>2º Reforço</b>
<b>dT</b> Uso adulto	Difteria e Tétano	A cada 10 anos após o último reforço	0,5 ml/IM	<b>A cada dez anos.</b> Em gestantes e nos ferimentos graves, a cada <b>cinco</b> anos.
<b>dTpa (Acelular)</b>	Difteria/Tétano Coqueluche	<b>Gestantes</b> a partir da 27 <sup>a</sup> a 36 <sup>a</sup> semana de gestação <b>Profissionais de Saúde de maternidades e UTI neonatal.</b>	0,5 ml/IM	<b>1 dose</b> <b>em cada gestação</b>

## 2.4 NOTA TÉCNICA ESTADUAL 02/2015 (forma reduzida)

### VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA DIFTERIA NO ESTADO DO PARANÁ

A Difteria é uma doença de notificação compulsória imediata conforme Portaria nº 1.271 de 06/06/2014, com recomendação de investigar todos os casos e surtos da doença. É também conhecida popularmente por Crupe, apresenta uma maior ocorrência em pessoas parcialmente ou não imunizadas e acontece em qualquer período do ano em indivíduos de qualquer idade e sexo.

### CARACTERÍSTICAS GERAIS

**Descrição:** doença aguda altamente transmissível, imunoprevenível, caracterizada por placas pseudomembranosas nas amígdalas, na faringe, na laringe, no nariz e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele, causada por bacilo gram-positivo, *Corynebacterium diphtheriae*, produtor da toxina diftérica. Há um comprometimento do estado geral do paciente, com prostração e palidez; a dor de garganta é discreta, independentemente da localização ou quantidade de placas, e a febre normalmente é entre (37,5° a 38,5°C).

**Período de incubação:** 1 a 6 dias

**Modo de transmissão:** contato direto da pessoa doente ou do portador com pessoa suscetível (gotículas eliminadas por tosse, espirro ou ao falar).

**Período de transmissibilidade:** em média duas semanas após o início dos sintomas. A antibioticoterapia adequada erradica o bacilo diftérico da orofaringe, até 48h após a sua introdução, na maioria dos casos.

### DEFINIÇÃO DE CASO

**Caso suspeito:**

- Toda pessoa que, independentemente da idade e estado vacinal apresente 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, etc.), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

### CRITÉRIOS DE CONFIRMAÇÃO

**Laboratorial** – Todo caso suspeito com isolamento do *Corynebacterium diphtheriae* com ou sem prova de toxicidade positiva.

**Clínico-Epidemiológico** – Todo caso suspeito de difteria com:

- resultado de cultura negativa ou exame não realizado, mas que seja contato de um caso confirmado laboratorial ou clinicamente; ou
- resultado de cultura negativa ou exame não realizado, mas que seja comunicante de portador (indivíduo no qual se isolou *Corynebacterium diphtheriae*).

**Clínico** – Quando observados os seguintes sinais e sintomas, sem outro diagnóstico etiológico:

- placas branco-acinzentadas aderentes comprometendo pilares ou úvula, além das amígdalas;
- placas suspeitas em traqueia ou 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 podem aparecer até 8 semanas após quadro agudo sugestivo de difteria.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**Difteria Cutânea:** impetigo, eczema, úlceras, Leishmaniose cutânea.

**Difteria Nasal:** rinite estreptocócica, rinite sifilítica, corpo estranho nasal.

**Difteria Amigdaliana ou Faríngea:** amigdalite estreptocócica e outras infecções estreptocócicas (faringite, febre reumática, escarlatina, fasciite necrotizante, síndrome de choque tóxico estreptocócico, pústulas de varicela infectada e outras doenças estreptocócicas), angina monocítica, angina de *Plaut Vincent*, agranulocitose, mononucleose infecciosa (EBV).

**Difteria Laríngea ou crupe viral:** laringite estridulosa, epiglotite aguda, inalação de corpo estranho.

**DIAGNÓSTICO LABORATORIAL** – Cultura de material de orofaringe ou de lesões de outras localizações, com o isolamento do *Corynebacterium diphtheriae*. A Cultura é considerada o padrão ouro para o diagnóstico da difteria. A bacterioscopia não tem valor no diagnóstico da difteria. Somente é importante para investigação de outras etiologias (diagnóstico diferencial).

## EXAMES PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### No Laboratório Local:

Hemograma, Hemocultura, Proteína C Reativa e outros conforme indicação clínica (função renal e hepática, etc.).

### No Lacen/PR:

- Pesquisa de Infecções Estreptocócicas
- Pesquisa de Mononucleose Infecciosa (Sorologia para EBV)
- Pesquisa de Citomegalovírus

## EXAMES PARA DIAGNÓSTICO DE DIFTERIA REALIZADO NO LACEN/PR:

### Solicitação no GAL: DIFTERIA

Etiologia: *Corynebacterium diphtheriae*

Enviar junto com a amostra a Ficha de Notificação de difteria do Sinan com todos os campos preenchidos.

*Importante:* Incluir solicitação de diagnóstico diferencial para pesquisa de Estreptococos (Infecções estreptocócicas) - Epstein Barr Vírus

### Critérios para realização do exame:

**Caso suspeito de difteria:** paciente com ou sem febre (geralmente baixa) com presença de placas acinzentadas sobre as tonsilas (pseudomembrana) e estado geral comprometido (toxemia).

**Contato/domiciliares:** contato mínimo de quatro horas diárias na última semana, priorizando os suscetíveis com estado vacinal desconhecido ou incompleto, imunodeprimidos, gestantes e crianças.

**Período de coleta:** Antes e após a antibioticoterapia, para *Corynebacterium sp* (toxigênico ou não), coletar uma nova amostra 24 horas após o término da antibioticoterapia e outra duas semanas após esta coleta. Essas coletas devem ser preferencialmente de orofaringe.

**Número de amostras:** Utilizar um tubo de *Stuart* para cada *swab* e identificar o local de coleta.

- a. 1 swab de Oorfaringe: Introduzir o swab estéril sobre as superfícies das tonsilas, úvula e regiões adjacentes. Tomar o cuidado de não desprender a pseudomembrana (quando presente);
- b. 1 swab para a narina esquerda e 1 swab para a narina direita: Introduzir o swab nas fossas nasais anterior, fazendo com que o algodão entre em contato com a superfície da mucosa nasal. Girar continuamente o swab durante a coleta;
- c. 1 swab para as lesões cutâneas (quando existentes): Lavar previamente a ferida ou úlcera com soro fisiológico estéril. Umedecer o swab em soro fisiológico estéril e pressionar o mesmo contra a base das lesões;
- d. Coletar sangue: centrifugar no laboratório local e enviar 2 ml de soro ao Lacen em frasco estéril.

#### Acondicionamento e conservação da amostra:

Acondicionar os swabs dentro do meio de transporte *Stuart*. Conserva em temperatura ambiente, na posição vertical, em recipientes plásticos com tampa de rosca.

**Transporte:** Encaminhar o mais rápido possível ao Lacen/PR, em caixa de isopor à temperatura ambiente, em no máximo 24 horas após a coleta.

**Importante:** Amostras devem ser coletadas também de pacientes convalescentes e de contatos.

Identificar se o material é de doente, controle pós-tratamento, convalescente ou de contatos.

Descrever medicação em uso (principalmente nome e tempo de antibioticoterapia)

#### Metodologias:

a) Cultura    b) Bacterioscopia    c) Pesquisa de Exotoxina por Imunodifusão Radial (IDR)

**Prazo para resultados:** 20 dias.

## EXAMES PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL REALIZADO NO LACEN

### PESQUISA DE INFECÇÃO ESTREPTOCÓCICA

#### Solicitação no GAL: Cultura para identificação de Estreptococos Beta Hemolíticos

Etiologia: *Streptococcus pyogenes* (Estreptococos Betas Hemolítico do grupo A)

Preencher todos os campos de identificação do paciente e de dados clínico/laboratoriais - definir se doente ou contato. Se for contato, informar se o contato foi familiar, escolar ou hospitalar.

**Critérios para realização do exame:** Paciente que apresentar clínica de: faringite, escarlatina, febre reumática, piôdermite, pústulas de varicela infectada, glomerulonefrite aguda, pneumonia, meningite, otite, bacteriemia, fasciite necrosante, choque tóxico estreptocócico. As amostras clínicas devem ser coletadas do caso índice e de contatos próximos.

#### Material:

- a. **Exsudato tonsilofaringeano** e secreção nasal (Faringite, Febre Reumática, Glomerulonefrite aguda e Escarlatina e contatos de pacientes com doenças invasivas).
- b. **Outras Secrções:** Feridas, abscessos, pústula infectada, biópsias, material cirúrgico (piôdermite, pústula de varicela infectada e fasciite necrosante).
- c. **Sangue, Líquido cefalorraquidiano** (liquor) e lavado bronco alveolar (Pneumonia, Meningite, Fasciite necrosante, Bacteriemia, Sepsis e Choque Tóxico Estreptocócico).

### Volume de coleta:

a. **Exsudato tonsilofaringeano** e secreções em geral e biópsias – não se aplica.

b. **Sangue:**

- Adultos: coletar 20 mL e dividir em dois frascos de hemocultura: 10 mL em aeróbio e 10 mL anaeróbio.
- Crianças: coletar de acordo com o peso, conforme a tabela a seguir:

Peso corporal (Kg)	Volume (mL)	Semeadura	
		Aeróbio	Anaeróbio
Abaixo de 4,0	1	* 1 mL	–
Acima de 4,0 até 13,0	3	* 3 mL	–
Acima de 13,0 até 25,0	10	* 5 mL	5 mL
Acima de 25,0	20	10 mL	10 mL

\* O volume de sangue coletado deve ser inoculado em um frasco de meio de cultura pediátrico.

c. **Liquor ou lavado bronco-alveolar:** 1 a 2 mL

### Número de Amostras:

a. *Swab* coletado da orofaringe: 1

b. *Swab* coletado da nasofaringe: 1

### Período de coleta:

a. Na fase aguda da doença, antes da introdução da antibioticoterapia;

b. Surto/Epidemia: coletar amostras de orofaringe e de feridas de pacientes sintomáticos e assintomáticos (contatos familiares/escolares/hospitalares);

c. Controle de tratamento: coletar 10 dias após a primeira dose de antibiótico.

### Acondicionamento e conservação da amostra:

a. Exsudato tonsilofaringeano e secreções em geral:

- O *swab* contendo o material biológico deve ser acondicionado em meio de transporte *Stuart* e enviado para o Lacen/PR no período de até 24 horas à temperatura ambiente;
- Secreções coletadas com seringa e agulha devem ser depositadas em frasco estéril e enviadas ao Lacen/PR no prazo de duas horas;
- Para conservar a amostra por períodos mais prolongados, o material deve ser mantido sob refrigeração entre 2 a 8 °C;
- Enviar ao Lacen/PR o mais breve possível. Acondicionar os tubos com meio de *Stuart*/frascos estéreis contendo a amostra biológica, na posição vertical em caixa de isopor.

b. Líquido cefalorraquidiano (LCR ou liquor):

- Colocar 1 a 2 mL de liquor no frasco estéril que acompanha o “kit. Meningite”. Refrigerar entre 2 a 8 °C por até 24 horas;
- Semear liquor em frasco de ágar chocolate, fazendo assepsia da tampa friccionando algodão embebido em álcool 70% por um minuto e inocular duas a três gotas de liquor. Incubar por até 24 a 48 horas a 36 °C. Enviar ao Lacen/PR;

**c. Sangue:**

- Adicionar o sangue coletado ao frasco contendo meio para hemocultura automatizado – adulto/pediátrico (fornecido pelo Lacen/PR);
- Manter à temperatura ambiente e encaminhar o mais rápido possível ao Lacen/PR, de preferência no prazo máximo de 24 horas após a coleta. Nunca refrigerar os frascos.

**Transporte:**

- a. Exsudato tonsilofaringeano, secreções em geral e sangue: em caixa de isopor à temperatura ambiente;
- b. Liquor: em caixa de isopor com gelo reciclável;
- c. Materiais que foram refrigerados deverão ser enviados em caixa de isopor com gelo reciclável.

**Metodologias:**

- a. Bacterioscopia;
- b. Cultura para identificação de Estreptococos Beta Hemolíticos;
- c. Antibiograma;
- d. Tipagem Molecular – Sequenciamento do gene *emm* (M- tipos).

**Prazo para resultado:**

- a. Bacterioscopia, Cultura e Antibiograma: 7 dias;
- b. Tipagem Molecular: 30 dias

## PESQUISA DE EPSTEIN BARR VIRUS (Mononucleose infecciosa)

**Solicitação no GAL:** Epstein Barr (Mononucleose)

Etiologia: Vírus Epstein Barr (EBV) – pertence à família Herpesviridae.

Cadastro no GAL: Preencher todos os campos de identificação do paciente e de dados clínico/laboratoriais;

**Critérios para realização do exame:** Exame realizado somente como auxílio no esclarecimento de casos graves e sem etiologia definida.

**Material:** Soro

**Volume:** 2 mL

**Número de amostras:** 1

**Período de coleta:** A critério médico

**Preparo do paciente:** Jejum não obrigatório

**Acondicionamento e conservação da amostra:** em tubo de poliestireno com tampa de cor amarela (fornecido pelo Lacen/PR). Refrigerar entre 2 a 8 °C por até 72 horas. Após este prazo, congelar a (-20 °C).

**Transporte:** Em caixa de isopor com gelo reciclável.

**Metodologias:**

- a. Imunoensaio Quimioluminescente por Micropartículas (CMIA)

**Prazo para resultado:** 15 dias.

## PESQUISA DE CITOMEGALOVÍRUS

**Solicitação no GAL:** Citomegalovírus

Etiologia: Citomegalovírus (CMV) – pertence a família *Herpesviridae*.

Cadastro no GAL: Preencher todos os campos de identificação do paciente e de dados clínico/laboratoriais.

**Critérios para realização do exame:** Exame realizado somente como auxílio no esclarecimento de casos graves e sem etiologia definida, não fazendo parte da rotina do Lacen/PR.

**Material:** Soro

**Volume:** 2 mL

**Número de Amostras:** 1

**Período de coleta:** A critério médico

**Preparo do paciente:** Jejum não obrigatório

**Acondicionamento e conservação da amostra:** Em tubo de poliestireno com tampa de cor amarela (fornecido pelo Lacen/PR). Refrigerar entre 2 a 8 °C por até 72 horas. Após este prazo, congelar a (- 20 °C).

**Transporte:** Em caixa de isopor, com gelo reciclável.

**Metodologia:** Imunoensaio Quimioluminescente por Micropartículas (CMIA)

**Prazo de entrega:** 15 dias.

Fonte: Manual de Coleta e Envio de Amostras Biológicas ao Lacen/PR,  
Versão on line - REVISÃO 02/2015. Disponível em [www.lacen.saude.pr.gov.br](http://www.lacen.saude.pr.gov.br)

## MEDIDAS DE CONTROLE:

**Esquema vacinal básico:** Menores de 1ano deverão receber três doses da vacina Pentavalente. É recomendado iniciar aos 2 meses de idade e completar o esquema aos 4 e 6 meses, complementando com 1º reforço aos 15 meses de idade e o 2º reforço entre 4 a 6 anos de idade. A vacina é a medida mais eficaz e adequada de prevenção e controle.

**Vacinação de bloqueio seletivo:** Na ocorrência de um ou mais casos de difteria, deve-se vacinar todos os contatos não vacinados, os inadequadamente vacinados ou com estado vacinal desconhecido.

Nos comunicantes adultos ou crianças que receberam há mais de cinco anos, o esquema básico, ou dose de reforço, deverá ser administrada uma dose de reforço de DTP (menores de 7 anos) ou de dT (crianças com 7 anos ou mais e adultos).

**Controle de comunicantes:** Todos os comunicantes suscetíveis deverão ser mantidos em observação durante sete dias contados a partir do momento da exposição.

## Na investigação dos comunicantes:

- Preencher campos da ficha de investigação da difteria referente aos comunicantes;
- Coletar o material de nariz/orofaringe e de lesão de pele dos comunicantes para cultura do *C. diphtheriae*.

## 2.5 NOTA INFORMATIVA N° 01/2014/CGPNI-CGDT/DEVIT/SVS/MS

### ESTA NOTA TÉCNICA ESCLARECE SOBRE A SITUAÇÃO ATUAL DO SAD.



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**  
 Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações  
 SCS, Quadra 4, Bloco A, Edifício Principal.  
 Brasília/DF, CEP: 70.304-000  
 Tel. (061) 3213-8297

#### **NOTA INFORMATIVA**

#### **Nº 01/2014/CGPNI-CGDT/DEVIT/SVS/MS**

Medidas para a notificação dos casos de difteria, a dispensação, a administração e o monitoramento da utilização do soro antidiftérico de baixa potência, lotes 1210233 e 1210243.

1. Considerando que o Instituto Butantan encontra-se em processo de adequação da fábrica de produção de soros para atendimento às normas do país, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) vem prestar informações sobre as medidas adotadas para que não ocorra o desabastecimento do soro antidiftérico (SAD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A SVS esclarece, ainda, quais serão os procedimentos para a notificação dos casos de difteria, para a dispensação e a administração do soro e para o monitoramento da utilização dos referidos imunobiológicos, lotes 1210233 e 1210243, únicos disponíveis.

2. Diante da suspeita de um caso de difteria, recomenda-se a utilização do SAD, considerada principal medida terapêutica. A finalidade desse soro é inativar a toxina circulante produzida pelos bacilos da *Corynebacterium diphtheriae* mais rápido possível. Caso não se faça a administração do SAD nesses casos, é maior o risco de agravamento do quadro clínico, inclusive a ocorrência de óbito.

3. A definição do uso do soro antidiftérico de baixa potência foi estabelecida após discussões entre representantes da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), da Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT), do Instituto Butantan, da Sociedade Brasileira de Infectologia, da Sociedade Brasileira de Pediatria, do Instituto Emílio Ribas e do Centro de Vigilância Epidemiológica da SES-SP.

4. Configurada a gravidade da situação de desabastecimento do SAD e as razões de interesse público, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) concedeu autorização emergencial para a utilização do SAD de baixa potência.

5. Assim, a notificação dos casos de difteria deverá ser realizada, conforme as normas técnicas definidas no Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, estabelecidas na Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.

6. A partir do mês de fevereiro de 2014, a dispensação do SAD, lotes 1210233 e 1210243, ocorrerá conforme demonstrado no fluxograma e nas tabelas, em anexo, de acordo com a forma clínica da doença: leve, laringoamigdaliana, mista, grave, ou tardia. Inicialmente, o SAD do lote 1210233, potência 765 UI/mL será destinado à administração em crianças.

7. Ao solicitar o soro à CGPNI, o profissional de saúde deverá informar a forma clínica da doença, assim como o nome e o telefone do responsável pelo recebimento do soro no estado. O envio será realizado pelo Instituto Butantan, localizado em São Paulo/SP. O encaminhamento do soro ou estabelecimento onde o paciente está hospitalizado será de responsabilidade da coordenação estadual de imunizações.

8. Caso a quantidade de frascos-ampolas disponibilizada não seja utilizada em sua totalidade, o estabelecimento deverá encaminhar a quantidade restante do SAD de volta para a coordenação estadual de imunizações. A coordenação será a responsável pela guarda do produto, de forma que ele seja transportado e armazenado dentro das condições estabelecidas pelo laboratório produtor.

9. Solicitamos que no ato de recebimento desta Nota Informativa, cada estado encaminhe um e-mail à CGPNI ([polyana.assis@saude.gov.br](mailto:polyana.assis@saude.gov.br) e [karla.calvette@saude.gov.br](mailto:karla.calvette@saude.gov.br)) com o nome e o telefone de um responsável com quem esta coordenação poderá entrar em contato a qualquer dia e hora para viabilizar a entrega do soro.

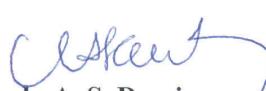
10. O monitoramento da utilização do SAD dos referidos lotes será realizado pelo formulário eletrônico do SUS (FormSUS), intitulado “Acompanhamento do uso do soro antidiftérico lotes 1210233 e 1210243”, disponível no link <[http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=6353](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=6353)>. Salienta-se que as informações prestadas nesse formulário são de responsabilidade do profissional de saúde que está acompanhando o caso. Ele deverá ser atualizado sempre que novas informações clínicas surgirem.

11. Na hipótese de manifestação de eventos adversos relacionados à utilização do soro, o evento deverá ser notificado também ao serviço de atendimento ao consumidor (SAC) do Instituto Butantan pelo telefone 0800-7012850 ou pelo e-mail [sac@butantan.gov.br](mailto:sac@butantan.gov.br), ao Sistema de Informações de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SI-EAPV) <<http://dev-sipni.datasus.gov.br/sipni-web/faces/inicio.jsf>> e ao Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.html>>.

12. O fluxo das informações e as tabelas com as dosagens a serem administradas conforme a gravidade da doença e a potência do lote estão anexados a este documento. No ato do recebimento do SAD, o profissional de saúde deverá atentar para o número do lote do produto recebido para que a correção da potência seja realizada de forma correta.

13. Para informações adicionais, a CGPNI coloca seu corpo técnico à disposição pelos telefones(61) 3213-8297/8360/8379.

Brasília, 17 de fevereiro de 2014.

  
**Carla Magda A. S. Domingues**  
Coordenação-Geral do Programa  
Nacional de Imunizações

  
**José Ricardo Pio Marins**  
Coordenação-Geral de Doenças  
Transmissíveis

Aprovo a Nota Técnica  
Em, 20/02/2014.

  
Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis

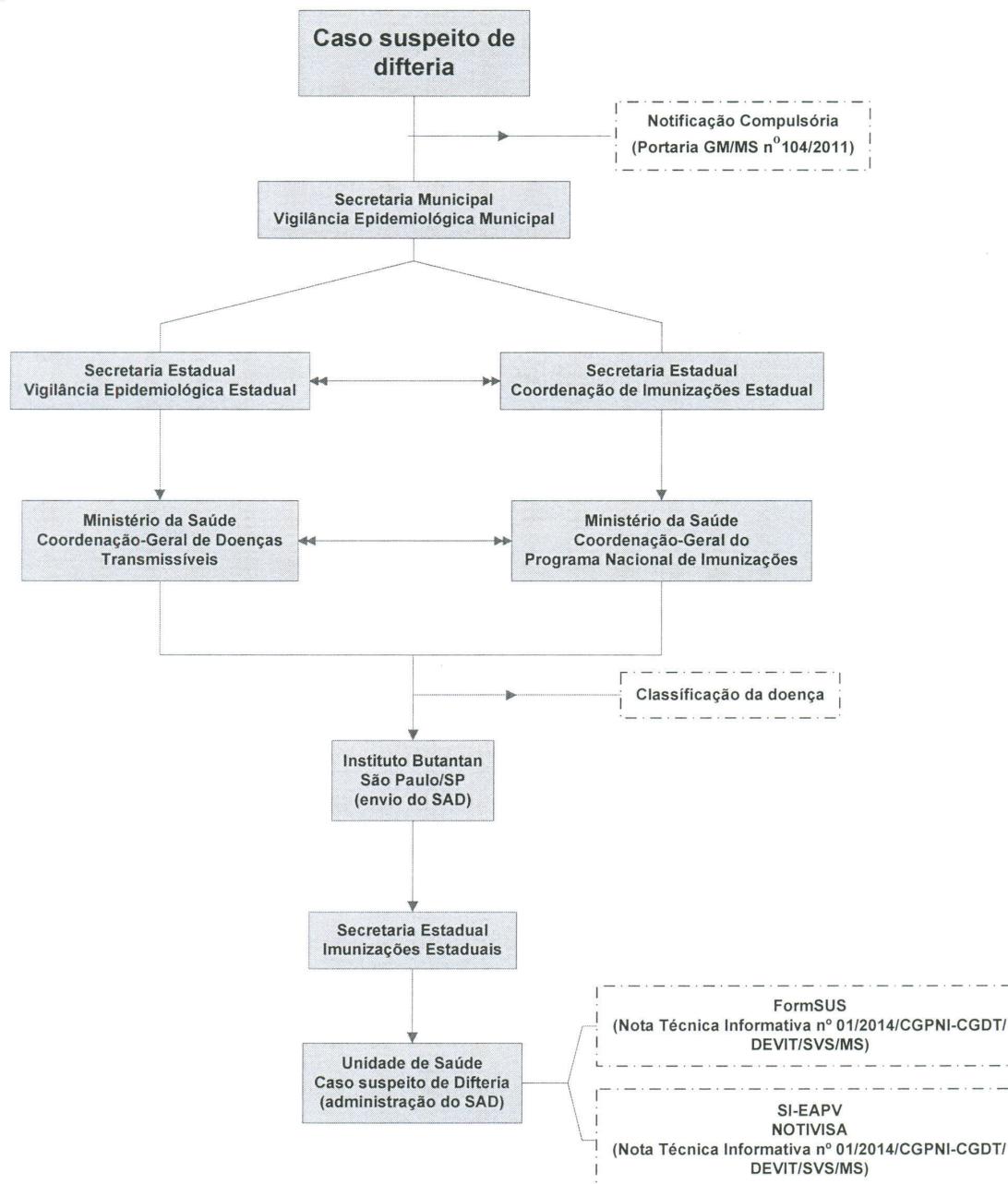
*Cláudio Maierovitch Ribeiro Henriques*  
Diretor do Departamento de Vigilância das  
Doenças Transmissíveis

Coordenação-Geral do programa Nacional de Imunizações  
Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis

## ANEXO I

### Fluxograma de Informações

**Fluxograma 1.** Notificação e investigação de casos de difteria e dispensação do soro antidiféríco de baixa potência.



**Legenda:**

SAD – Soro antidiféríco.

Ficha do SINAN – <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/fichas/Difteria.pdf>.

FormSUS – Formulário eletrônico do SUS disponível em  
[http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=6353](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=6353)

Coordenação-Geral do programa Nacional de Imunizações

Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis

## ANEXO II

Tabelas com a diluição do SAD de acordo com o número do lote

**Tabela 6.** Diluição do soro antidiáfrérico (SAD) de baixa potência, lotes 1210233 e 1210243, para o tratamento das formas leves (nasal, cutânea e amigdaliana) – 40.000 UI, diluição em 100 mL de solução fisiológica:

Lote	Potência por frasco-ampola	Quantidade necessária de SAD	Volume final (SAD + SF)	Potência total final
	Valor referência*			
1210233	1.000 UI/mL (mínimo)	40 mL (4fr-ampolas)	140 mL	40.000 UI (mínimo)
1210243	795 UI/mL	60 mL (6fr-ampolas)	160 mL	47.700 UI
		90 mL (9fr-ampolas)	190 mL	44.820 UI

**Legenda:** \*Farmacopeia Brasileira 5<sup>a</sup> edição. SAD: soro antidiáfrérico; SF: solução fisiológica. **Fonte:** Instituto Butantan, 2013.

**Tabela 7.** Diluição do soro antidiáfréico de baixa potência, lotes 1210233 e 1210243, para o tratamento das formas laringoamigdalianas ou mistas – 60.000 UI a 80.000 UI, diluição em 100 mL de solução fisiológica:

Lote	Potência por frasco-ampola	Quantidade necessária de SAD	Volume final (SAD + SF)	Potência total final
	Valor referência*	1.000 UI/mL (mínimo)	60 mL - 80 mL (6 - 8 fr-ampolas)	60.000 UI - 80.000 UI (mínimo)
1210233		795 UI/mL	80 mL - 110 mL (8 - 11 fr-ampolas)	180 mL - 210 mL 63.600 UI - 87.450 UI
1210243		498 UI/mL	130 mL - 170 mL (13 - 17 fr-ampolas)	230 mL - 270 mL 64.740 UI - 84.660 UI

Legenda: \*Farmacopeia Brasileira 5º edição. SAD: soro antidiáfréico; SF: solução fisiológica. Fonte: Instituto Butantan, 2013.

**Tabela 8.** Diluição do soro antidiáfréico de baixa potência, lotes 1210233 e 1210243, para o tratamento das formas graves ou tardias (quatro dias da doença) – 80.000 UI a 120.000 UI, diluição em 100 mL de solução fisiológica:

Lote	Potência por frasco-ampola	Quantidade necessária de SAD	Volume final (SAD + SF)	Potência total final
	Valor referência*	1.000 UI/mL (mínimo)	80 mL - 120 mL (8 - 12 fr-ampolas)	180 mL - 220 mL 80.000 UI - 120.000 UI (mínimo)
1210233		795 UI/mL	110 mL - 160 mL (11 - 16 fr-ampolas)	210 mL - 260 mL 87.450 UI - 127.200 UI
1210243		498 UI/mL	170 mL - 250 mL (17 - 25 fr-ampolas)	270 mL - 350 mL 84.660 UI - 124.500 UI

Legenda: \*Farmacopeia Brasileira 5º edição. SAD: soro antidiáfréico; SF: solução fisiológica. Fonte: Instituto Butantan, 2013.



## 2.6 PLANO DE GERENCIAMENTO DE RISCO SORO ANTIDIFTÉRICO, LOTES 1210233 E 1210243

### Recolhimento do produto

Caso o número de frascos-ampola encaminhados para atender ao caso de difteria não seja utilizado em sua totalidade por algum motivo alheio à indicação, o produto deverá ser encaminhado pela unidade de saúde a qual o doente está internado à Coordenação Estadual de Imunizações, que será a responsável pela guarda do produto. Após o recolhimento, o Instituto Butantan efetuará o recolhimento dos frascos-ampola.

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DIFTERIA**

Nº

**CASO SUSPEITO:** Toda pessoa que, independentemente da idade e 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 (pálato e úvula), ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, etc.), com comprometimento do estado geral e febre modeada.

<b>Dados Gerais</b>	<b>1</b> Tipo de Notificação	2 - Individual		<b>3</b> Data da Notificação	Código (IBGE)		
	<b>2</b> Agravo/doença					<b>A 36.9</b>	
<b>Notificação Individual</b>	<b>4</b> UF	<b>5</b> Município de Notificação			<b>6</b> Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	<b>7</b> Data dos Primeiros Sintomas
<b>Dados de Residência</b>	<b>8</b> Nome do Paciente			<b>9</b> Data de Nascimento	Código (IBGE)		
	<b>10</b> (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	<b>11</b> Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		<b>12</b> Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado
	<b>14</b> Escolaridade	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau ) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau ) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		<b>15</b> Número do Cartão SUS	<b>16</b> Nome da mãe		
	<b>17</b> UF	<b>18</b> Município de Residência			<b>19</b> Distrito		
	<b>20</b> Bairro	<b>21</b> Logradouro (rua, avenida,...)		<b>22</b> Número	<b>23</b> Complemento (apto., casa, ...)	<b>24</b> Geo campo 1	Código
	<b>25</b> Geo campo 2			<b>26</b> Ponto de Referência	<b>27</b> CEP		
	<b>28</b> (DDD) Telefone			<b>29</b> Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	<b>30</b> País (se residente fora do Brasil)	

### Dados Complementares do Caso

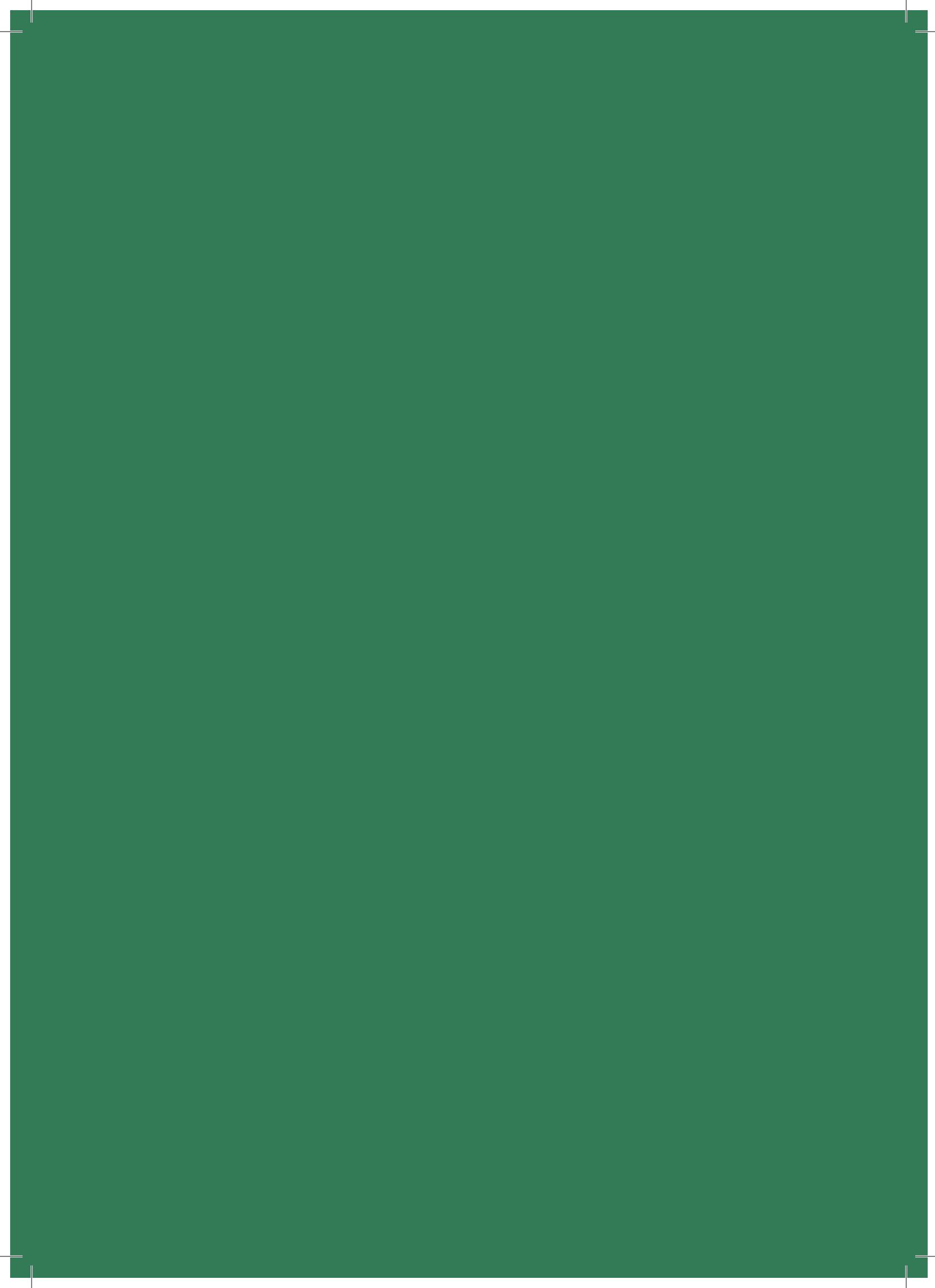
<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	<b>31</b> Data da Investigação	<b>32</b> Ocupação	<b>37</b> Data da Última Dose	<b>39</b> Temperatura Corporal	
	<b>33</b> Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Difteria (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas)				
	1 - Domicílio 6 - Outro Estado/Município	2 - Vizinhança 7 - Outro:	3 - Trabalho 8 - Sem História de Contato	4 - Creche/Escola 9 - Ignorado	
<b>34</b> Nome do Contato					
	<b>35</b> Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc.)				
	<b>36</b> N° de Doses da Vacina Tríplice (DTP)ou Tetavalente (DTP+Hib) ou Dupla (DT ou dT)				
	1 - Uma 5 - Três + Dois Reforços	2 - Duas 6 - Nunca Vacinado	3 - Três 9 - Ignorado	4 - Três + Um Reforço	
					<b>37</b> Data da Última Dose
<b>Dados Clínicos</b>	<b>38</b> Sinais e Sintomas	<input type="checkbox"/> Edema Ganglionar <input type="checkbox"/> Prostraçao	<input type="checkbox"/> Edema de PESCOÇO <input type="checkbox"/> Pseudomembrana	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Palidez	<b>39</b> Temperatura Corporal
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				<b>oC</b>
	<b>40</b> Localização da Pseudomembrana (Placas)	<input type="checkbox"/> Cavidade Nasal <input type="checkbox"/> Órgãos Genitais <input type="checkbox"/> Conjuntiva	<input type="checkbox"/> Amígdalas <input type="checkbox"/> Pálato	<input type="checkbox"/> Cordão Umbilical <input type="checkbox"/> Conduto Auditivo	<input type="checkbox"/> Faringe <input type="checkbox"/> Traqueia <input type="checkbox"/> Pele
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
<b>Complicações</b>	<b>41</b> Existiram				
	<input type="checkbox"/> Miocardite 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Nefrite Cardíacas	<input type="checkbox"/> Paralisia Bilateral e Simétrica das Extremidades Paralisia dos Músculos Intercostais e Diafragma	<input type="checkbox"/> Paralisia do Palato (Regurgitação, Líquido Pelo Nariz, Voz Anasalada)	
			<input type="checkbox"/> Outras		

Atendimento	<b>42</b> Ocorreu Hospitalização? <input type="checkbox"/> <b>43</b> Data da Internação 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>44</b> UF <b>45</b> Município do Hospital <input type="text"/> Código (IBGE)
	<b>46</b> Nome do Hospital <input type="text"/>	Código <input type="text"/>
Dados do Laboratório	<b>47</b> Material Coletado 1 - Oorfaringe 2 - Nasofaringe 3 - Oorfaringe e Nasofaringe 4 - Não Coletado 9 - Ignorado	<b>48</b> Data da Coleta <input type="text"/>
	<b>49</b> Cultura para Difteria 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado	<b>50</b> Provas de Toxigenicidade 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado
Tratamento	<b>51</b> Data da Aplicação do Soro <input type="text"/>	<b>52</b> Antibiótico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
		<b>53</b> Data de Adm. do Antibiótico <input type="text"/>
Medidas de Controle	<b>54</b> Realizada Identificação dos Comunicantes Íntimos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>55</b> Se Sim, Quantos? <input type="text"/> <b>56</b> Quantos Casos Secundários Foram Confirmados entre os Comunicantes 0 - Nenhum 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado
	<b>57</b> Realizada Coleta de Material dos Comunicantes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>58</b> Se Sim, Em Quantos? <input type="text"/> <b>59</b> Quantos portadores foram identificados entre os comunicantes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Conclusão	<b>61</b> Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	<b>62</b> Critério de Confirmação/Descarte 1-Cultura c/ Prova de Toxigenicidade 2-Cultura s/ Prova de Toxigenicidade 3-Clínico-epidemiológico 4-Morte Pós Clínica Compatível 5-Clínico 6-Necrópsia
	<b>63</b> Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>64</b> Evolução 1 - Cura com Sequela 2 - Cura sem Sequela 3 - Óbito por difteria 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado
	<b>65</b> Data do Óbito <input type="text"/>	<b>66</b> Data do Encerramento <input type="text"/>

#### Informações complementares e observações

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necrópsia, etc.)

Investigador	Município/Unidade de Saúde <input type="text"/>	Código da Unid. de Saúde <input type="text"/>
	Nome <input type="text"/>	Função <input type="text"/>
	Difteria	Sinan NET
		Assinatura <input type="text"/>
		SVS 09/06/2006





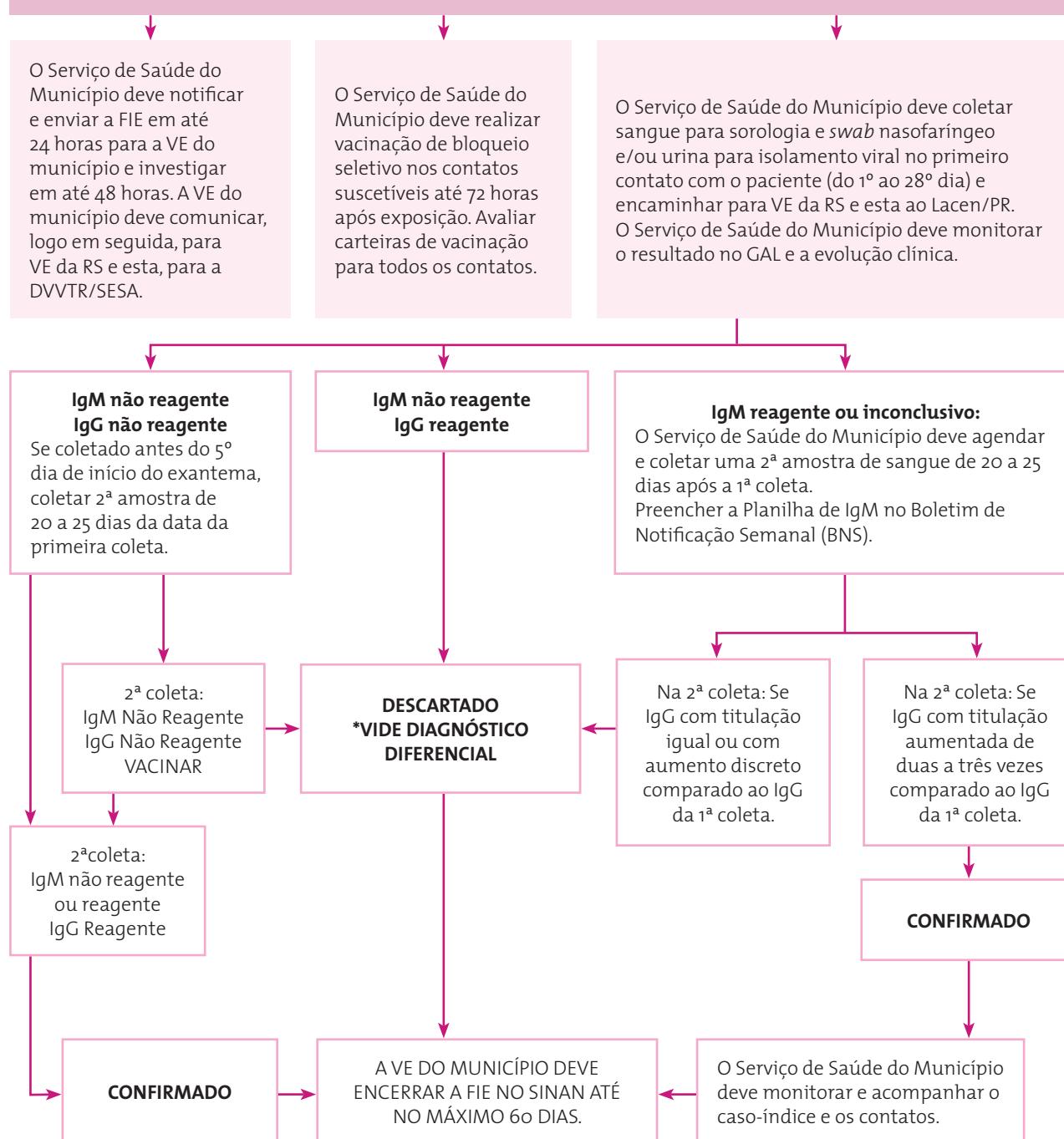
CAPÍTULO 3:  
**Doenças  
Exantemáticas**

### 3.1 FLUXOGRAMA DO SARAMPO E RUBÉOLA

**Caso suspeito de sarampo** – Todo paciente que, independentemente da idade e da situação vacinal, apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, ou todo indivíduo suspeito com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou de contato no mesmo período com alguém que viajou ao exterior. Observação: Devido aos surtos de sarampo no Brasil, de 2013 a 2015, investigar viagens ou contatos com pessoas que viajaram dentro do país, nos últimos 30 dias.

**Caso suspeito de rubéola** – Todo indivíduo com febre e exantema maculopapular, acompanhados de linfoadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independentemente de idade e situação vacinal; ou todo indivíduo suspeito com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior.

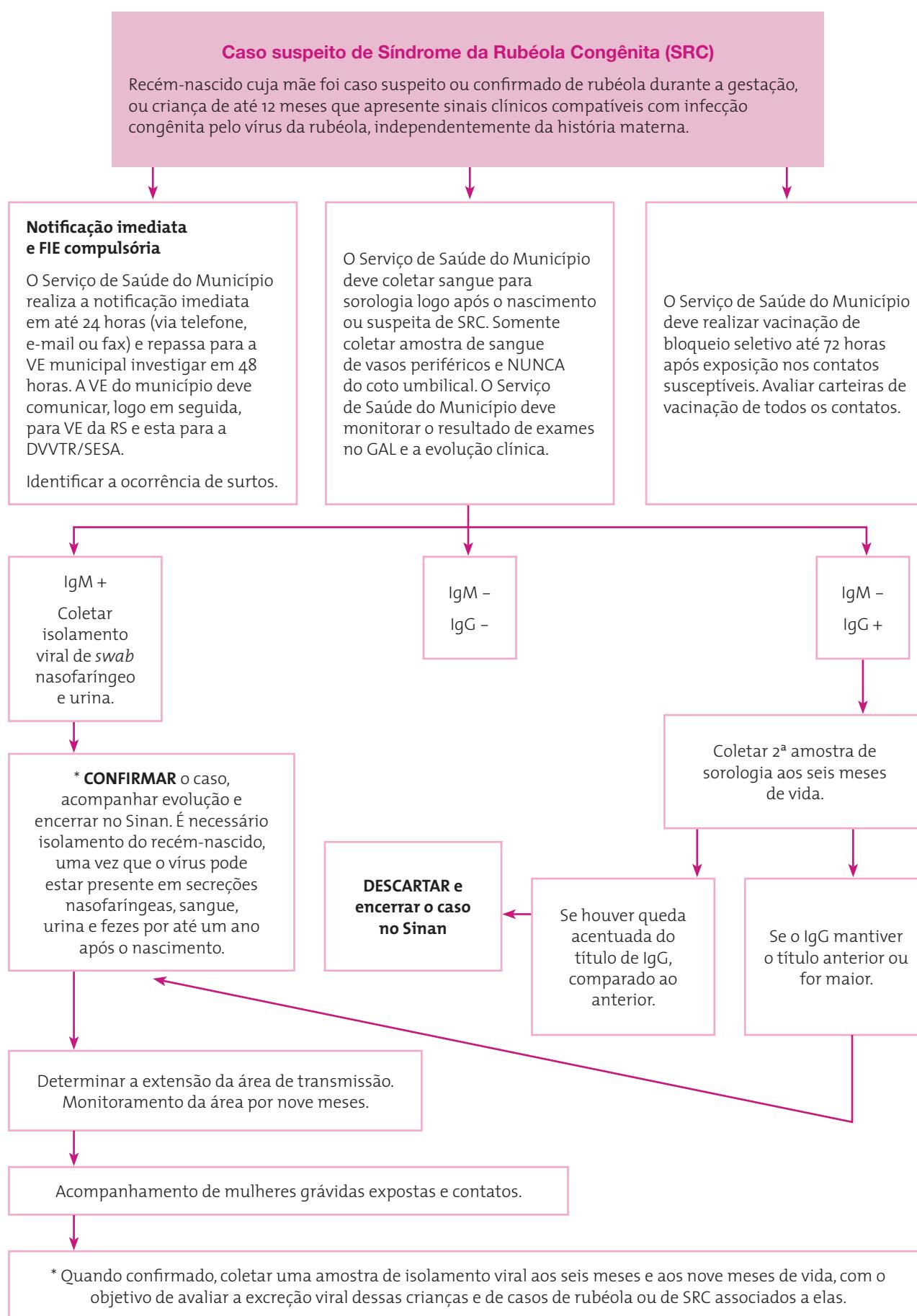
#### EXECUTAR AS 3 AÇÕES A SEGUIR:



## 3.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

Doença	Quadro Clínico	Incubação	Transmissibilidade	Isolamento paciente após exantema
SARAMPO (Morbilivírus)	Febre alta, sintomas catarrais, manchas de Koplik, exantema maculopapular.	10 a 18 dias.	Seis dias antes do aparecimento do exantema e seis dias após o aparecimento do exantema.	Até o 5º dia / Contato até 21 dias.
RUBÉOLA (Rubivírus)	Febre baixa, linfonodomegalia (retroauricular, cervical e occipital), exantema maculopapular.	14 a 21 dias.	Cinco a sete dias antes do aparecimento do exantema e cinco a sete dias após o aparecimento do exantema.	Até o 7º dia / Contato até 21 dias. Síndrome Rubéola Congênita – Um ano.
ERITEMA INFECIOSO (Parvovírus B19)	Afebril, com exantema típico (rendilhado e eritema macular – face esbofeteada).	7 a 18 dias.	Antes do início do aparecimento do exantema.	Não necessário.
ESCARLATINA (Estreptococo Beta Hemolítico do Grupo A)	Febre alta, exantema (que descama), língua em framboesa, amigdalite.	2 a 4 dias.	Desde os primeiros sintomas até a cura total da doença.	Até 24 horas pós-antibioticoterapia.
VARICELA (Vírus Varicela-Zoster – VVC)	Exantema papulovesicular e poliomorfismo regional (lesões em todos os estágios).	10 a 21 dias.	Um a dois dias antes da erupção até todas as lesões estarem em estágio de crosta.	Até todas as lesões estarem em estágio de crosta / Contatos até 21 dias.
EXANTEMA SÚBITO ou Roséola Infantum (Herpes Vírus)	Três a quatro dias de febre alta, bom estado geral, seguidos de exantema após diminuição da febre.	Aproximadamente 10 dias.	Durante todo o período febril.	Não necessário.
MONONUCLEOSE ou doença do beijo (Epstein-Barr)	Febre alta, dor de garganta intensa, gânglios infartados (principalmente na região do pescoço), exantema em apenas 10% dos casos e sinal de Hoagland. Como o uso errôneo de ampicilina ou amoxicilina o exantema aparece de 80% a 100% dos casos.	4 a 6 semanas em média. Em crianças pequenas 2 semanas aproximadamente.	Oportador pode permanecer eliminando o vírus através da saliva pelo período de um ano ou mais.	Não necessário.
DENGUE (Arbovírus do gênero Flavivírus)	Febre alta, cefaleia, dor retroorbital, miofagia, artralgia, exantema.	3 a 15 dias	Não há transmissibilidade por contato direto de pessoa a pessoa. Ciclo: <i>Aedes aegypti/homem</i> . Período de viremia: do 1º dia do início dos sintomas até o 5º dia após o início dos sintomas.	Não necessário.
CHIKUNGUNYA (Arbovírus do Gênero Alphavirus)	Febre, artralgia/artrite, cefaleia, exantema	3 a 7 dias	Não há transmissibilidade por contato direto de pessoa a pessoa. Ciclo: <i>Aedes aegypti/homem</i> e <i>Aedes albopictus/homem</i> . Período de viremia: até o 8º dia após o início dos sintomas.	Não necessário.
ZIKA VIRUS (Arbovírus do Gênero Flavivírus)	Febre (por volta dos 38 °C), artralgia, cefaleia, diarreia, náuseas, fotofobia e conjuntivite, exantema (que pode atingir palma das mãos e planta dos pés) acompanhado de coceira intensa.	3 a 12 dias	Não há transmissibilidade por contato direto de pessoa a pessoa. Ciclo: <i>Aedes aegypti/homem</i> e <i>Aedes albopictus/homem</i> . Período de viremia: acredita-se que seja do 4º dia até o 7º dia após o início dos sintomas.	Não necessário.

### 3.3 FLUXOGRAMA DA SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA



### 3.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

Principais manifestações clínicas de patologias congênitas ou que ocorrem após o nascimento.

<b>Patologia/ patógeno</b>	<b>Feto</b>	<b>Recém-nascido</b>	<b>Malformação</b>	<b>Sequela</b>
Rubéola	Aborto	Baixo peso, hepatosplenomegalia, osteite, púrpura	Cardiopatia, microcefalia, catarata	Surdez, retardo mental, diabetes, autismo, cegueira, degeneração do Sistema Nervoso Central (SNC).
Citomegalovírus	-	Anemia, trombocitopenia, hepatosplenomegalia, icterícia, encefalite	Microcefalia, microftalmia, retinopatia	Surdez, retardo psicomotor, calcificação cerebral.
Varicela-zoster	-	Baixo peso, corioretinite, varicela congênita ou neonatal, encefalite	Hipoplasia de membros, atrofia corical, cicatrizes	Evolução fatal por infecção secundária
Picornavírus, Coxsackievírus, Echovírus	Aborto	Doença febril leve, exantema, doença sistêmica grave, enterite	Possível cardiopatia, miocardite	Déficit neurológico
Herpes simples	Aborto	Doença sistêmica grave, lesões vesiculosa, retinopatia	Microcefalia, retinopatia, calcificações cerebrais	Déficit motor
Vírus HIV	-	Aids	-	Aids
Vírus da hepatite B	-	HbsAg assintomático, baixo peso, hepatite aguda	-	Hepatite crônica, HbsAg+ persistente
Parvovírus B19	Natimorto, hidropsia fetal	Natimorto	-	-
<i>Toxoplasma gondii</i>	Aborto	Baixo peso, hepatosplenomegalia, icterícia, anemia	Hidrocefalia, microcefalia	Corioretinite, retardo mental
Treponema pallidum	Natimorto, hidropsia fetal	Lesões de pele, rinite, hepatosplenomegalia, icterícia, anemia	-	Ceratite intersticial, bossa frontal, tibia em sabre, dentes de Hutchinson
Malária	Aborto	Hepatosplenomegalia, icterícia, anemia, vômitos	-	-
<i>Trypanosoma cruzi</i> (Chagas)	Aborto	Baixo peso, icterícia, anemia, petequias, cardiopatias, hepatosplenomegalia, encefalite	Catarata	Miocardite, acalasia

Fonte: Gotoft/SP – Infections of newborn. In: Behrman RE, Kliegman RM: Nelson Textboook of Pediatrics, WB Saunders CO, Philadelphia, 1992, 14 496.

## 3.5 ESQUEMA BÁSICO DE IMUNIZAÇÃO (SARAMPO, RUBÉOLA, CAXUMBA E VARICELA)

A vacina é a única forma de prevenir a ocorrência dessas doenças na população.

### ■ Vacinação de rotina:

- 1<sup>a</sup> dose com a vacina Tríplice Viral/SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola) aos 12 meses de idade;
  - 2<sup>a</sup> dose com a vacina Tetraviral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela) aos 15 meses de idade.
- Para todos os adolescentes menores de 20 anos, estão asseguradas duas doses da vacina Tríplice Viral/SCR, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Para homens e mulheres até 49 anos de idade, está assegurada uma dose da vacina Tríplice Viral/SCR ou Dupla Viral (Sarampo e Rubéola), no SUS.

## BLOQUEIO VACINAL

### ■ Sarampo e Rubéola

A vacinação de bloqueio deve ser realizada de forma **oportuna** (até 72 horas após o contato com o caso suspeito) e **seletiva** em todos os contatos do caso com idade entre 6 meses e 49 anos. Atentar que, para crianças menores, com idade entre 6 e 11 meses, essa dose de vacina não deve ser considerada para rotina; nestes casos, deve-se aprazar a vacinação a partir dos 12 meses.

### ■ Varicela

A vacinação de bloqueio contra Varicela está disponível apenas para utilização de **surto em ambiente hospitalar** e deve ser realizada nos **contatos** do caso suspeito (profissionais de saúde, familiares susceptíveis à doença e imunocompetentes que estejam em convívio hospitalar com imunodeprimidos), a partir dos 12 meses de idade até 120 horas após o contato.

Nos menores de 12 meses de idade e gestantes, deve-se utilizar a Imunoglobulina antivaricela-zóster até 96 horas após o contato.

OBS: A definição de contato para Varicela é caracterizada pela associação do indivíduo com uma pessoa infectada de forma íntima e prolongada, por período igual ou superior a uma hora, e/ou dividindo o mesmo quarto hospitalar, tendo criado assim a possibilidade de contrair a infecção.



ESTADO DO PARANÁ  
 Secretaria de Estado da Saúde – SESA  
 Superintendência de Vigilância em Saúde – SVS  
 Centro Estadual de Epidemiologia – CEPI  
 Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis - DVVTR

**Nota Técnica nº 01 de 2015**

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS (SARAMPO/RUBÉOLA) NO ESTADO DO PARANÁ**

Considerando o surto de Sarampo que vem ocorrendo no Estado do Ceará e os surtos de Sarampo que ocorreram nos Estados de Pernambuco, São Paulo e Rio de Janeiro;

Considerando que, no dia 29 de abril de 2015 a Organização Mundial de Saúde-OMS e a Organização Panamericana de Saúde-OPAS declararam a Região das Américas a primeira do mundo a tornar-se livre da transmissão endêmica da Rubéola. Tais resultados provam o valor da imunização e quanto importante é fazer com que as vacinas estejam disponíveis nos lugares de mais difícil acesso;

Considerando a Nota Técnica do Ministério da Saúde-MS nº17/2013 (Recomendação para não realização de exame de rotina no pré-natal para rubéola em gestantes), que através da Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS recomenda que o exame sorológico com pesquisa de IgM para rubéola, na rotina de pré-natal, não seja realizado em casos de mulheres assintomáticas;

Considerando os eventos de massa que ocorrem no Brasil, ratificamos a necessidade da intensificação da Vigilância Epidemiológica das Doenças Exantemáticas, para impedir a reintrodução do vírus do Sarampo no Estado do Paraná e a manutenção da não circulação do vírus da Rubéola na Região das Américas;

Para isso são necessárias as seguintes ações:

1. Enviar semanalmente o Boletim de Notificação Semanal-BNS.

Este envio é um acordo da OPAS com o MS. Por determinação do MS a DVVTR deve encaminhar este boletim **semanalmente até quinta-feira**.

Desta forma, solicitamos a vigilância epidemiológica dos 399 municípios do Paraná e respectivas RS, o seguinte fluxo: Vigilância Epidemiológica do município (até terça-feira) → RS (até quarta-feira) → DVVTR (até quinta-feira) → MS (até sexta-feira) → OPAS. O não envio do BNS pelos municípios tem colocado o Estado do Paraná numa posição desfavorável com relação aos indicadores da vigilância das Doenças Exantemáticas.

2. Coletar amostra para sorologia e swab nasofaríngeo e urina para isolamento viral para Sarampo/Rubéola (no primeiro contato com o caso suspeito).

3. Enviar as amostras para o Laboratório Central do Estado do Paraná-LACEN/PR no prazo máximo de 5 dias corridos. O armazenamento e transporte das amostras devem seguir as orientações do Manual de Coletas e Envio de Amostras Biológicas do LACEN ([www.lacen.saude.pr.gov.br](http://www.lacen.saude.pr.gov.br)). Cadastrar no Gerenciador de Ambiente Laboratorial-GAL, **preenchendo todos os campos** e descrever nos Dados Clínicos/Observações o início do exantema, sinais e sintomas, história de viagem ou contato com viajante, justificando assim a coleta.

4. Notificar no Sistema Nacional dos Agravos de Notificação-SINAN e investigar todo caso suspeito em até 48 horas.

*SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ*

*CENTRO ESTADUAL DE EPIDEMIOLOGIA - CEPI*  
*Rua Piquiri, 170 Curitiba Paraná CEP 80230 140*  
*Fone/Fax: (41) 3330-4546 / 3330-4561*



**ESTADO DO PARANÁ**  
 Secretaria de Estado da Saúde – SESA  
 Superintendência de Vigilância em Saúde – SVS  
 Centro Estadual de Epidemiologia – CEPI  
 Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis - DVVTR

5. Realizar bloqueio vacinal seletivo oportuno (até 72 horas) nos contactantes independente da faixa etária (família, trabalho, salas de espera, escola e outros locais onde a investigação detectou que o caso suspeito esteve).
6. Afastar os casos suspeitos de suas atividades por 5 a 7 dias.
7. Realizar o acompanhamento e vigilância do caso suspeito e seus contactantes (até 30 dias após o último caso confirmado). Por isso o município deve monitorar o resultado no GAL.
8. Frente às falhas na notificação, preenchimento, investigação e encerramento dos casos suspeitos no SINAN, lembramos que:
  - O encerramento da Ficha Epidemiológica deve ser realizado pelo município em tempo oportuno (até 60 dias após a notificação). Quando o encerramento não se dá nesse prazo, o SINAN automaticamente encerra com o nº 8 no campo 54 (Classificação Final), o que caracteriza caso em aberto, mostrando a falha da Vigilância Epidemiológica. Quando assim ocorrer o município deverá preencher além dos demais campos, os campos 54, 55 e 56, só assim o caso será encerrado, caso contrário continuará em aberto com o nº 8.
  - A DVVTR orienta que para evitar o encerramento automático e se tenha tempo hábil para alterações na ficha epidemiológica se cumpra o prazo pactuado em Reunião Técnica de 30 dias para encerramento dos casos.

A DVVTR coloca-se à disposição para quaisquer informações adicionais.

Curitiba, 16 de Junho de 2015

Atenciosamente,

Ana Paula S. da Silva Hagedorn  
Responsável Técnico D. Exantemáticas

Sandra Mara Aubriff de Lara  
Responsável Técnico D. Exantemáticas

Júlia Valéria Ferreira Cordellini  
Cheia DVVTR

Cleide Aparecida de Oliveira  
Diretora do CEPI

Eliane P. da Veiga Chomatas  
Superintendente da Vigilância em Saúde

*SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ*

*CENTRO ESTADUAL DE EPIDEMIOLOGIA - CEPI*  
*Rua Piquiri, 170 Curitiba Paraná CEP 80230 140*  
*Fone/Fax: (41) 3330-4546 / 3330-4561*



**ESTADO DO PARANÁ**  
**Secretaria de Estado da Saúde – SESA**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde – SVS**  
**Centro Estadual de Epidemiologia – CEPI**  
**Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis - DVVTR**



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**  
 Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede,  
 1º andar, sala 141 - CEP 70.058-900  
 (61) 3213-8092/8097/8098

**NOTA TÉCNICA N.º 07 /2013 - DEVEP/SVS/MS**

**Assunto: Recomendação para não realização de exame de rotina no pré - natal para rubéola em gestantes.**

1. O Ministério da Saúde através da Secretaria de Vigilância da Saúde recomenda que o exame sorológico com pesquisa de IgM para rubéola, na rotina de pré-natal para gestantes, não seja realizado, em casos de mulher assintomática. A análise dos dados dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública - LACEN e Vigilâncias Epidemiológicas dos estados tem demonstrado, em função da não circulação viral no país, elevado número de exames IgM falso positivos, fato que tem gerado dificuldades no manejo clínico da gestante e um acúmulo de casos suspeitos de rubéola que não correspondem a definição de caso da doença.
2. Recomenda-se que caso haja necessidade de se saber se a gestante tem títulos protetores para o vírus da Rubéola, que somente se solicite sorologia com titulação de IgG, pois mesmo que a mulher seja negativa, durante a gestação, não se poderá usar a vacina tríplice viral. A única forma de proteção contra rubéola para as gestantes sem imunidade passiva ou ativa é a não exposição ao vírus e, portanto, a pessoas doentes, na fase de eliminação viral (pessoas com quadro de exantema febril).
3. Situação epidemiológica e de cobertura vacinal para Rubéola no país:
  - I. Na campanha nacional de vacinação contra a rubéola para homens e mulheres em 2008, as mulheres tiveram cobertura vacinal de 98,4% no país;
  - II. Os últimos casos confirmados de rubéola no Brasil datam de dezembro de 2008 nos estados de São Paulo e Pernambuco;
  - III. O último caso confirmado de Síndrome da Rubéola Congênita no país data de agosto de 2009, proveniente de mãe infectada pelo vírus da rubéola em 2008;
  - IV. Em 2010 o Brasil foi certificado junto a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS como país sem circulação do vírus da rubéola por mais de doze meses;

*Unidade Técnica de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis - UVRJ*

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ**

**CENTRO ESTADUAL DE EPIDEMIOLOGIA - CEPI**  
 Rua Piquiri, 170 Curitiba Paraná CEP 80230 140  
 Fone/Fax: (41) 3330-4546 / 3330-4561



**ESTADO DO PARANÁ**  
 Secretaria de Estado da Saúde – SESA  
 Superintendência de Vigilância em Saúde – SVS  
 Centro Estadual de Epidemiologia – CEPI  
 Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis - DVVTR

V. No Manual de Vigilância Epidemiológica das Doenças Exantemáticas, editado pelo Ministério da Saúde em 2003, na página 112, já havia recomendação de não se proceder à solicitação de sorologia rotineira para rubéola durante a gestação em virtude da frequente interferência da gravidez nas sorologias, gerando resultados falsos positivos e desnecessária expectativa e sofrimento para as gestantes como transcrito abaixo.

*"3.2.2. ... não existem indicações para solicitar e realizar o exame de rotina no Pré-Natal para rubéola em gestantes. O exame só deve ser solicitado e realizado mediante suspeita de rubéola na gestante ou quando a mesma for contato com uma pessoa com doença exantemática. Caso a gestante não tenha comprovação, na caderneta de vacinação da vacina contra rubéola (rubéola monovalente, dupla viral ou tetra viral), se necessário, a solicitação deverá ser o da pesquisa de IgG para rubéola (gestante assintomática e sem contato prévio com outra doença exantemática). Caso o resultado seja negativo ou não reagente, indicar a vacinação contra rubéola imediatamente após o parto".*

4. Diante destas informações, a Secretaria de Vigilância em Saúde reitera que:

I. Não se proceda à sorologia rotineira de rubéola no pré-natal de mulheres gestantes, exceto para aquelas com relato de manifestações clínicas e/ou vínculo epidemiológico (viagem ao exterior ou contato com viajantes nos últimos 30 dias);

II. Seja reiterado aos municípios que comuniqueem na Ficha de Notificação a possibilidade ou certeza de mulheres estarem gestantes.

III. Seja reiterado aos municípios que é obrigatória e absolutamente indispensável à referência na mesma ficha, do estado vacinal de qualquer solicitação de suspeita de sarampo ou rubéola.

IV. Seja solicitado que nos casos de pesquisa de infecção congênita de neonatos é indispensável constar na ficha de investigação enviada ao LACEN a situação vacinal da mãe com as vacinas dupla ou tetra viral.

Brasília, 28 de março de 2013.

Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis  
 Mariana P. Verotti  
 Departamento de Vigilância das  
 Doenças Transmissíveis  
Ministério da Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

CENTRO ESTADUAL DE EPIDEMIOLOGIA - CEPI  
 Rua Piquiri, 170 Curitiba Paraná CEP 80230 140  
 Fone/Fax: (41) 3330-4546 / 3330-4561

### 3.7 VIGIASUS – EXANTEMÁTICAS

<b>AÇÃO – Notificar e realizar coleta de sangue e swab de nasofaringe/urina para realização de sorologia e isolamento viral pelo Lacen/Fiocruz para todo caso suspeito de doença exantemática (Sarampo/Rubéola) conforme o Ministério da Saúde.</b>	
Descrição da ação	Notificar no Sinan e realizar coleta para sorologia e swab de nasofaringe/urina para todo caso suspeito de Sarampo/Rubéola, para encerramento os casos.
Medida de desempenho	<p><b>Considera-se ação realizada:</b> 100% dos casos notificados encerrados no Sinan por critério de laboratório.</p> <p><b>1º Quadrimestre:</b> 100% dos casos notificados com encerramento no Sinan por critério laboratorial, quando IgM da primeira amostra for reagente ou inconclusivo (dezembro, janeiro, fevereiro e março).</p> <p><b>2º Quadrimestre:</b> 100% dos casos notificados com encerramento no Sinan por critério laboratorial, quando IgM da primeira amostra for reagente ou inconclusivo (abril, maio, junho e julho).</p> <p><b>3º Quadrimestre:</b> 100% dos casos notificados com encerramento no Sinan por critério laboratorial, quando IgM da primeira amostra for reagente ou inconclusivo (agosto, setembro, outubro e novembro).</p>
Unidade de medida	Percentual.
Método de cálculo da medida de desempenho	$\frac{\text{Nº total de casos suspeitos de doenças exantemáticas com encerramento por laboratório}}{\text{Nº total de casos de doenças exantemáticas notificados no período}} \times 100$
Fonte de dados	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan-Net
Estratégias sugeridas para alcance da ação	<p>Antes de notificar: avaliar sinais, sintomas e diagnóstico diferencial (consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde e o Guia Rápido da DVTR/SESA);</p> <p>Vigilância ativa e sensível diante de todo caso suspeito, atentando principalmente para o deslocamento para outros países que possuem ocorrência de casos autóctones;</p> <p>Preencher a ficha epidemiológica e realizar coleta de sorologia (IgM e IgG) e swab de nasofaringe/urina para isolamento viral em todo caso suspeito de sarampo/rubéola. As amostras devem ser coletadas até o 28º dia. Caso a amostra tenha sido coletada antes do 5º dia do início do exantema e o resultado do IgM for negativo, realizar uma segunda coleta no período de 20 a 25 dias após a 1ª coleta;</p> <p>Digitar a ficha epidemiológica no Sinan preenchendo todos os campos;</p> <p>Acompanhar o resultado dos exames realizados no Lacen/PR por meio do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL);</p> <p><b>Em caso de IgM+ ou inconclusivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar isolamento domiciliar;</li> <li>• Realizar bloqueio vacinal seletivo (até 72 horas), preenchendo os campos 51, 52 e 53 da ficha epidemiológica; e</li> <li>• Coletar 2ª amostra de sorologia de 20 a 25 dias após a 1ª coleta.</li> </ul> <p>Enviar semanalmente o boletim de notificação semanal (BNS) relativo às exantemáticas para Regional de Saúde;</p> <p>Preencher e enviar a planilha de IgM + ou inconclusivo para a Regional de Saúde;</p> <p>Acompanhar a evolução dos casos;</p> <p>Encerrar a ficha epidemiológica no Sinan em prazo oportuno (60 dias) para evitar o encerramento inconclusivo pelo sistema com o número 8;</p> <p>Realizar vacinação com a vacina Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) nas puérperas ainda não vacinadas;</p> <p>Não coletar sorologia: Do 8º ao 56º dias após a vacina SCR e em gestante (Nota Técnica do MS Nº 17/2013);</p> <p>Realizar capacitações para os técnicos de Vigilância Epidemiológica Municipal;</p> <p>Realizar busca ativa nos serviços de saúde para monitoramento e encerramento oportuno;</p> <p>Consultar constantemente o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, Guia Rápido do Estado e Notas Técnicas;</p> <p>Elaborar materiais educativos para a comunidade (cartaz, folder etc).</p>
Área responsável pela avaliação e acompanhamento quadriestral	Regional de Saúde – DVVGS/SCVGE

### 3.8 ROTEIRO DE MONITORAMENTO DE SARAMPO E RUBÉOLA



#### **Guia de Visita de Monitoramento à Vigilância da Rubéola/Sarampo da Regional de Saúde:**

Data da visita: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### **Dados gerais**

RS: \_\_\_\_\_

População da RS: \_\_\_\_\_

Chefia Sessão de Vigilância Epidemiológica (SCVGE):

Responsável pelas Exantemáticas: \_\_\_\_\_

**1. Que atividades a vigilância realiza na rotina?**

- ( ) Retroalimentação das informações\*
- ( ) Rotina do Sinan\*\*
- ( ) Utilização de outras fontes de informação (GAL, Sinan, Programa Nacional de Imunização – PNI, outro):  
Qual? \_\_\_\_\_
- ( ) Análise de indicadores pactuados (VigiaSUS)\*\*\*

**Descreva a rotina:** \_\_\_\_\_

\* Retroalimentação de informações: por meio de boletim próprio ou BNS e monitoramento deste.

\*\* Rotina do Sinan: análise do banco de dados: fichas preenchidas com investigação, inconsistência, incompletitudes, duplicidades etc.

\*\*\* Análise dos indicadores pactuados.

**2. Quais as ações de controle da Rubéola/Sarampo?**

- ( ) Busca ativa dos casos suspeitos
- ( ) Controle e realização de coleta de 2ª amostra em tempo oportuno quando necessário
- ( ) Controle e encaminhamento de 2ª amostra em tempo oportuno para Lacen
- ( ) Controle e realização de isolamento viral em tempo oportuno quando necessário
- ( ) Controle e encaminhamento de isolamento viral em tempo oportuno para o Lacen
- ( ) Controle sobre realização de bloqueio vacinal em casos suspeitos
- ( ) Controle da cobertura vacinal da população

**3.** Existe fluxo de referência e contrarreferência entre epidemiologia e Unidade Básica de Saúde (UBS) dos casos suspeitos? ( ) Sim ( ) Não

**4.** O município possui programa de educação permanente? ( ) Sim ( ) Não

**5.** O município tem conhecimento da Nota Técnica 17/2013 da gestante? ( ) Sim ( ) Não

**6.** O município tem conhecimento da Nota Técnica 01/2015 das doenças exantemáticas? ( ) Sim ( ) Não

**Impressões e observações:**

---

---

---

---

**Recomendações:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Integrantes da Equipe de Monitoramento:**

---

---

---

---

---

---

**Local:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DOENÇAS EXANTEMÁTICAS FEBRIS**  
**SARAMPO / RUBÉOLA**

Nº

**CASO SUSPEITO DE SARAMPO:** Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independentemente da idade e da situação vacinal.

**CASO SUSPEITO DE RUBÉOLA:** Todo paciente que apresente febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfoadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independentemente da idade e da situação vacinal.

<b>Dados Gerais</b>	1 Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 2 - Individual	2 Agravo/Doença <b>DOENÇAS EXANTEMÁTICAS</b> <input type="checkbox"/> 1- SARAMPO <input type="checkbox"/> 2- RUBÉOLA	3 Data da Notificação Código (CID10) <b>B 0 9</b>	
	4 UF <input type="checkbox"/> 1	5 Município de Notificação <input type="checkbox"/>	Código (IBGE) <input type="checkbox"/>	
<b>Notificação Individual</b>	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código <input type="checkbox"/>	7 Data dos Primeiros Sintomas <input type="checkbox"/>	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento <input type="checkbox"/>		
<b>Dados de Residência</b>	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado <input type="checkbox"/>	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade Gestacional Ignorada 5-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado <input type="checkbox"/>
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica <input type="checkbox"/>	15 Número do Cartão SUS <input type="checkbox"/>	16 Nome da mãe <input type="checkbox"/>	
	17 UF <input type="checkbox"/> 18 Município de Residência <input type="checkbox"/>	Código (IBGE) <input type="checkbox"/>	19 Distrito <input type="checkbox"/>	
	20 Bairro <input type="checkbox"/>	21 Logradouro (rua, avenida etc.) <input type="checkbox"/>	Código <input type="checkbox"/>	
	22 Número <input type="checkbox"/>	23 Complemento (apto., casa etc.) <input type="checkbox"/>	24 Geo campo 1 <input type="checkbox"/>	
	25 Geo campo 2 <input type="checkbox"/>	26 Ponto de Referência <input type="checkbox"/>	27 CEP <input type="checkbox"/>	
<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	28 (DDD) Telefone <input type="checkbox"/>	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	30 País (se residente fora do Brasil) <input type="checkbox"/>	
	31 Data da Investigação <input type="checkbox"/>	32 Ocupação <input type="checkbox"/>	34 Data da Última Dose <input type="checkbox"/>	
<b>Dados Clínicos</b>	33 Tomou Vacina Contra Sarampo e Rubéola (dupla ou trival) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	35 Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Sarampo ou Rubéola (até 23 dias antes do início dos sinais e sintomas) 1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro País 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	36 Nome do Contato <input type="checkbox"/>	
	37 Endereço do Contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc.) <input type="checkbox"/>	38 Data do Início do Exantema (manchas vermelhas no corpo) <input type="checkbox"/>	39 Data do Início da Febre <input type="checkbox"/>	40 Outros Sinais e Sintomas <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza (nariz escorrendo) <input type="checkbox"/> Conjuntivite (olhos avermelhados) <input type="checkbox"/> Artralgia/Artrite (dores nas juntas) <input type="checkbox"/> Presença de Gânglios Retroauriculares/ Occipitais (caroços atrás da orelha/pescoço) <input type="checkbox"/> Dor Retro-Ocular (dor acima/atrás dos olhos) <input type="checkbox"/>

Atendimento	<p><b>41</b> Ocorreu Hospitalização 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</p> <p><b>42</b> Data da Internação</p> <p><b>43</b> UF</p> <p><b>44</b> Município do Hospital</p> <p>Código (IBGE)</p> <p><b>45</b> Nome do Hospital</p> <p>Código</p>																												
Dados do Laboratório	<p><b>Exame Sorológico</b></p> <p><b>46</b> Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)      <b>47</b> Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)</p> <p><b>48</b> Resultado</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Sarampo</td> <td style="width: 33%;">Rubéola</td> <td style="width: 33%;">Outras Exantemáticas</td> </tr> <tr> <td>IgM IgG</td> <td>IgM IgG</td> <td>IgM IgG</td> </tr> <tr> <td>S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>1 - Reagente      2 - Não Reagente      3 - Inconclusivo      4 - Não Realizado</p>				Sarampo	Rubéola	Outras Exantemáticas	IgM IgG	IgM IgG	IgM IgG	S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
	Sarampo	Rubéola	Outras Exantemáticas																										
	IgM IgG	IgM IgG	IgM IgG																										
	S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																										
S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																											
Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																											
	<p><b>49</b> Amostra Clínica Coletada</p> <p>1 - Sim 2 - Não 9- Ignorado</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sangue Total      <input type="checkbox"/> 3 - Urina</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Secreção Nasofaríngea      <input type="checkbox"/> 4 - Líquor</p>																												
		<p><b>50</b> Etiologia Viral</p> <p>1 - Vírus Sarampo Selvagem      2 - Vírus Sarampo Vacinal      3 - Vírus Rubéola Selvagem      4 - Vírus Rubéola Vacinal      5 - Dengue</p> <p>6 - Herpes Vírus Tipo 6      7 - Parvovírus B19      8 - Enterovírus      9 - Outras      10 - Não Detectado</p>																											
			<p><b>51</b> Realizou Bloqueio Vacinal</p> <p>1 - Sim      2 - Não      3 - Não, todos vacinados      4 - Não, sem história de contato      9- Ignorado</p> <p><b>52</b> Em caso afirmativo, indique a quantidade de pessoas vacinadas</p> <p>Menor de 5 anos      De 5 a 14 anos      De 15 a 39 anos</p>																										
Conclusão	<p><b>53</b> Especifique Intervalo de Tempo</p> <p>1 - Em até 72 horas      2- Após 72 horas      9- Ignorado</p> <p><b>54</b> Classificação Final</p> <p>1 - Sarampo      2 - Rubéola      3 - Descartado</p> <p><b>55</b> Critério de Confirmação ou Descarte</p> <p>1 - Laboratorial      2 - Clínico-Epidemiológico      3 - Clínico      4 - Data da Última Dose da Vacina</p>																												
		<p><b>56</b> Classificação final do caso descartado</p> <p>1 - Dengue      2 - Escarlatina      3 - Exantema Súbito (Herpes Vírus Tipo 6)      4 - Eritema Infeccioso (Parvovírus B19)      5 - Enterovirose      6 - Evento Temporal Relacionado à Vacina      7 - IgM Associado Temporalmente à Vacina      8 - Sem Soroconversão dos Anticorpos IgG      9 - Ignorado</p>																											
			<p><b>57</b> O caso é autóctone do município de residência?</p> <p>1-Sim 2-Não 3-Indeterminado</p> <p><b>58</b> UF</p> <p><b>59</b> País</p>																										
				<p><b>60</b> Município</p> <p>Código (IBGE)</p> <p><b>61</b> Distrito</p> <p><b>62</b> Bairro</p>																									
	<p><b>63</b> Evolução do Caso</p> <p>1-Cura      2-Óbito por Doenças Exantemáticas      3-Óbito por Outras Causas      9-Ignorado</p> <p><b>64</b> Data do Óbito</p> <p><b>65</b> Data do Encerramento</p>																												
	<b>Informações complementares e observações</b>																												
	<p>Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 7 a 23 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>UF</th> <th>MUNICÍPIO</th> <th>País</th> <th>Meio de Transporte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte																			
Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte																									
<b>Observações Adicionais</b>																													
Investigador	<p>Município/Unidade de Saúde</p> <p><b>Cód. da Unid. de Saúde</b></p> <p>Nome</p> <p>Função</p> <p>Doenças Exantemáticas</p> <p>Sinan NET</p>																												
	<p>Assinatura</p> <p>SVS 13/09/2006</p>																												

**CASO SUSPEITO:** Todo recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito, confirmado de rubéola ou contato de caso confirmado de rubéola, durante a gestação; ou  
 Toda criança até 12 meses de idade que apresente sinais clínicos e compatíveis com infecção congênita pelo vírus da Rubéola, independentemente da história materna.

<b>Dados Gerais</b>	<b>1</b> Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 2 - Individual	<b>2</b> Agravo/doença <b>SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA</b>	<b>3</b> Data da Notificação Código (CID10) <b>P 35.0</b>
	<b>4</b> UF <input type="checkbox"/> <b>5</b> Município de Notificação	<b>6</b> Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	<b>7</b> Data do Diagnóstico Código
<b>Notificação Individual</b>	<b>8</b> Nome do Paciente	<b>9</b> Data de Nascimento	<b>10</b> (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
	<b>11</b> Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	<b>12</b> Gestante	<b>13</b> Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
<b>Dados de Residência</b>	<b>15</b> Número do Cartão SUS	<b>16</b> Nome da Mãe	<b>17</b> UF <b>18</b> Município de Residência Código (IBGE)
	<b>20</b> Bairro	<b>21</b> Logradouro (rua, avenida etc.)	<b>19</b> Distrito Código
	<b>22</b> Número	<b>23</b> Complemento (apto., casa etc.)	<b>24</b> Geo Campo 1
	<b>25</b> Geo Campo 2	<b>26</b> Ponto de Referência	<b>27</b> CEP
	<b>28</b> (DDD) Telefone	<b>29</b> Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	<b>30</b> País (se residente fora do Brasil)

### Dados Complementares da Criança

<b>Ant. Epid.</b>	<b>31</b> Data da Investigação	<b>32</b> Recém Nascido 1 - A Termo 2 - Prematuro (< 37 Semanas) 9 - Ignorado	<b>33</b> Peso ao Nascer gramas
	<b>34</b> Sinais Maiores - Grupo I 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>35</b> Sinais Menores - Grupo II 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
<b>Dados Clínicos</b>	<input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Retinopatia Pigmentar <input type="checkbox"/> Glaucoma Congênito <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Cardiopatia Congênita _____	<input type="checkbox"/> Retardo Psicomotor <input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Meningoencefalite <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia <input type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Púrpura <input type="checkbox"/> Alterações Ósseas

<b>Dados do Exame Laboratorial da Criança</b>	<b>36</b> Data da Coleta da 1ª Amostra	<b>37</b> Data da Coleta da 2ª Amostra	<b>38</b> Data da Coleta da 3ª Amostra
	<b>39</b> Resultado dos Exames Sorológicos 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	IgM      IgG S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IgM      IgG S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### Detecção Viral

<b>40</b> Amostra Clínica 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Sangue Total <input type="checkbox"/> Secreção Nasofaríngea	<input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Liquor	<b>41</b> Resultado 1 - Vírus Rubéola Selvagem 2 - Vírus Rubéola Vacinal 3 - Outros vírus _____ 4 - Não detectado
---	---	---	---

Med. de Controle	<b>42</b> Bloqueio Vacinal de Contatos 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado	<b>43</b> Isolamento do Recém-Nascido na Maternidade 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado
	<b>44</b> Idade da Mãe 	<b>45</b> Vacinação <input type="checkbox"/> Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) <input type="checkbox"/> Rubéola (monovalente) <input type="checkbox"/> Dupla Viral (sarampo, rubéola)
	<b>46</b> Data da Última Dose da Vacina 	<b>47</b> Sinais e Sintomas 1 - Apresentou Sintomas de Rubéola    2 - Não Apresentou Sintomas de Rubéola    9 - Ignorado
	<b>48</b> Período da Gestação em que foi Acometida/Exposta 1 - 1º Trimestre    2 - 2º Trimestre    3 - 3º Trimestre    9 - Ignorado	
	<b>49</b> Critério de Confirmação de Diagnóstico da Mãe 1 - Laboratório    2 - Vínculo-Epidemiológico    3 - Clínico	
	<b>50</b> Classificação Final 1 - Confirmado    2 - Infecção Congênita 3 - Descartado	<b>51</b> Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial    2 - Clínico    9 - Ignorado
	<b>53</b> Evolução 1 - Alta 3 - Óbito por outras causas	<b>54</b> Data do Óbito 2 - Óbito por SRC    9 - Ignorado
		<b>52</b> Diagnóstico de Descarte 1 - Toxoplasmose    3 - Sífilis Congênita 2 - Citomegalovírus    4 - Outras
	<b>55</b> Data do Encerramento 	

### Informações complementares e observações

Anotar o número do prontuário da criança:

Observações Adicionais:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



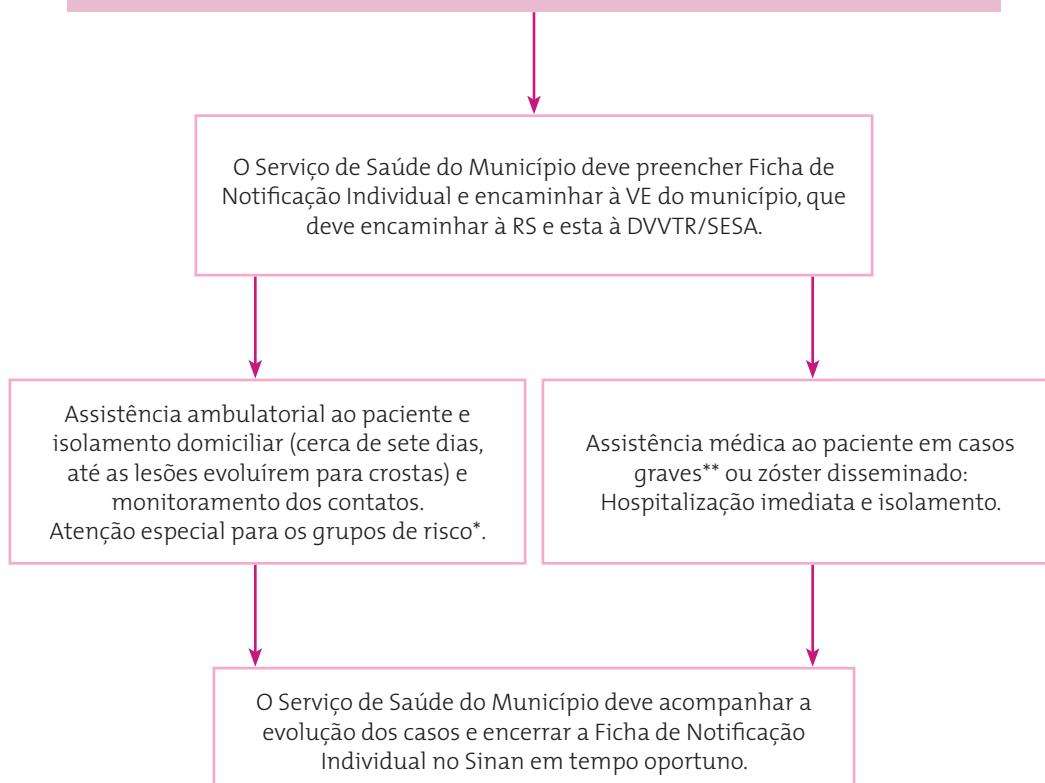
---

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde 
	Nome	Função
Síndrome da Rubéola Congênita		Sinan NET
		SVS    27/09/2005

### 3.9 FLUXOGRAMA DA VARICELA

#### Caso suspeito de Varicela

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, cefaleia e outros) e erupção cutânea papulovesicular, que se inicia na face, no couro cabeludo ou no tronco (distribuição centrípeta – cabeça e tronco).



\*Grupos de risco: recém-nascidos, adolescentes, adultos, pacientes imunodeprimidos e gestantes.

\*\*Caso grave – Paciente com febre alta ( $>38^{\circ}\text{C}$ ) e lesões cutâneas polymorfas (papulovesiculares, pústulas, crostas), que tenha sido hospitalizado, ou evoluiu com complicações ou óbito, e pertença a um dos seguintes grupos de risco supracitados.

Lembrando:

- Um caso em ambiente hospitalar é considerado surto. Nesse caso, o tempo hábil para administração da vacina é de 120 horas, e da imunoglobulina antivaricela-zóster é de 96 horas após o contato com o caso suspeito de Varicela.
- Uso de Imunoglobulina em:
  - Gestante que tenha tido contato com caso suspeito de Varicela, aplicar a Imunoglobulina até 96 horas após o contato (dose: 125 UI para cada 10 kg de peso. Dose máxima de 625 UI ou cinco frascos).
  - Recém-nascido de mães nas quais a varicela surgiu nos últimos cinco dias de gestação ou nos dois primeiros dias após o parto.
- Para os demais casos, verificar a disponibilidade dos insumos do Programa Estadual de Imunização.
- Em casos internados graves ou óbitos, notificar na Ficha de surtos, no campo das observações, até que o MS inclua no Sinan a Ficha de Notificação Compulsória da Varicela.

### 3.10 FLUXOGRAMA SURTO DE VARICELA

#### Surto de Varicela

É considerado como surto de Varicela a ocorrência de um número de casos acima do limite esperado, com base nos anos anteriores, ou casos agregados em instituições, creches, escolas e hospitais pediátricos.

O Serviço de Saúde do Município deverá levantar número de casos, idade, sexo, data de início de sintomas, local do surto, situação vacinal. Repassar à RS e esta à DVVTR/SESA.

**Em caso de notificação de surtos de Varicela, notifique o Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS) – 0800-6438484 e DVVTR/SESA – (41)3330-4561/4559.**

O Serviço de Saúde do Município deverá afastar os doentes de suas atividades, encaminhar os contatos para avaliação e monitorar os casos. Comunicar à RS e esta à DVVTR e à DVVPI/SESA.

O Serviço de Saúde do Município deverá incluir os casos no **Sinan-NET** no Módulo de Surto na ficha de investigação de surto e na planilha de acompanhamento.

O Serviço de Saúde do Município deve identificar os \*Grupos de risco para administração de vacina e imunoglobulina dentro das indicações do Centro de Referências de Imunobiológicos Especiais (Crie) entre os contactantes suscetíveis.

O Serviço de Saúde do Município SEMANALMENTE deverá alimentar e atualizar os casos na planilha de acompanhamento no modulo surto do Sinan NET. A RS deverá monitorar e repassar à DVVTR/SESA.

O Serviço de Saúde do Município deve comunicar à RS e esta à DVVTR/DVVPI/SESA, que discutirão e informarão para a RS, e esta ao município, o quantitativo de vacinas e/ou imunoglobulinas a serem liberadas. Caso a RS/município não tenha quantitativo suficiente no estoque de vacinas e imunoglobulinas, solicitar por fax ou e-mail para a DVVPI/SESA.

**O Serviço de Saúde do Município deverá encerrar o surto na planilha de acompanhamento de surto 21 dias após o último caso. Repassar à RS e esta à DVVTR/SESA e à DVVPI/SESA.**

\*Grupos de risco: recém-nascidos, adolescentes, adultos, pacientes imunodeprimidos e gestantes.

UM CASO EM AMBIENTE HOSPITALAR É CONSIDERADO SURTO. Nesse caso, o tempo hábil para administração da vacina é de 120 horas (a partir dos 12 meses de idade), e o da Imunoglobulina antivaricela-zóster é de 96 horas após o contato com o caso suspeito de varicela.

Definição de contato em ambiente hospitalar: é caracterizada pela associação do indivíduo com uma pessoa infectada de forma íntima e prolongada por período igual ou superior a uma hora, e/ou dividindo o mesmo quarto hospitalar, tendo criado assim a possibilidade de contrair a infecção.

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
**FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO**

Nº

<b>Dados Gerais</b>	<b>1</b> Tipo de Notificação	3 - Surto												
	<b>2</b> Agravo/Doença	Código (CID10)	<b>3</b> Data da Notificação											
<b>Notificação de Surto</b>	<b>4</b> UF	<b>5</b> Município de Notificação	Código (IBGE)											
	<b>6</b> Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	<b>7</b> Data dos 1 <sup>os</sup> Sintomas do 1 <sup>o</sup> Caso Suspeito											
<b>Dados de Ocorrência</b>	<b>8</b> Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação													
	<b>9</b> Local Inicial de Ocorrência do Surto <table border="0"> <tr> <td>1 - Residência</td> <td>2 - Hospital / Unidade de Saúde</td> <td>3 - Creche / Escola</td> </tr> <tr> <td>4 - Asilo</td> <td>5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho)</td> <td>6- Restaurante/ Padaria (similares)</td> </tr> <tr> <td>7 - Eventos</td> <td>8 - Casos Dispersos no Bairro</td> <td>9- Casos Dispersos pelo Município</td> </tr> <tr> <td>10 - Casos Dispersos em mais de um Município</td> <td>11 - Outros Especificar</td> <td></td> </tr> </table>			1 - Residência	2 - Hospital / Unidade de Saúde	3 - Creche / Escola	4 - Asilo	5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho)	6- Restaurante/ Padaria (similares)	7 - Eventos	8 - Casos Dispersos no Bairro	9- Casos Dispersos pelo Município	10 - Casos Dispersos em mais de um Município	11 - Outros Especificar
1 - Residência	2 - Hospital / Unidade de Saúde	3 - Creche / Escola												
4 - Asilo	5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho)	6- Restaurante/ Padaria (similares)												
7 - Eventos	8 - Casos Dispersos no Bairro	9- Casos Dispersos pelo Município												
10 - Casos Dispersos em mais de um Município	11 - Outros Especificar													
<b>Situação Inicial</b>	<b>10</b> UF	<b>11</b> Município de Residência	Código (IBGE)											
	<b>12</b> Distrito													
	<b>13</b> Bairro	<b>14</b> Logradouro (rua, avenida etc.)	Código											
	<b>15</b> Número	<b>16</b> Complemento (apto., casa etc.)	<b>17</b> Geo campo 1											
	<b>18</b> Geo Campo 2	<b>19</b> Ponto de Referência	<b>20</b> CEP											
	<b>21</b> (DDD) Telefone	<b>22</b> Zona	<b>23</b> País (se residente fora do Brasil)											
		1 - Urbana    2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana    9 - Ignorado												
	<b>24</b> Data da Investigação	<b>25</b> Modo Provável da Transmissão												
		1- Direta (Pessoa a Pessoa)    2- Indireta (Veículo Comum ou Vetor)    9- Ignorado <input type="checkbox"/>												
	<b>26</b> Se indireta, qual o veículo de transmissão provável													
	1- Alimento/Água    2- Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reservatório de água)    3- Vetor 4- Produto (Medicamentos, Agrotóxicos, Imunobiológicos, Sangue etc.)    5- Fômito (Faca, Lençóis, Agulhas etc.) 6- Outro Especificar    9- Ignorado													
Observações														
<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde												
	Nome	Função	Assinatura											

Município/Unidade de Saúde

Código da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Surto

Sinan NET

SVS 29/05/2006

## 3.11 NOTA TÉCNICA MS Nº 06/2012

SIPAR - Ministério da Saúde  
Registro número  
25-000 186.634.12052-13



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
 SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
 DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS  
 COORDENAÇÃO-GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS  
 COORDENAÇÃO-GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES  
 SCS, Quadra 04, Edifício Principal, 4º andar – CEP: 70.304-000  
 Telefone: (61) 3213-8294/8297

**URGENTE**

### NOTA TÉCNICA CONJUNTA N.º 06/2012 – CGDT-CGPNI/DEVEP/SVS/MS

**Assunto: Orientações para monitoramento e controle de surtos de varicela em ambiente hospitalar.**

1. A varicela é uma doença exantemática viral aguda e altamente contagiosa, caracterizada pelo surgimento de lesões cutâneas polimorfas podendo ser acompanhada de febre moderada e outros sintomas sistêmicos leves. A doença pode ocorrer durante todo o ano, com picos de incidência nos meses de agosto a novembro. A imunidade é permanente e raramente acontece um segundo episódio.

2. A transmissão acontece por contato direto, por gotículas e aerosóis da nasofaringe e/ou inalação de aerosóis do líquido das vesículas. O período de incubação é de 14 a 16 dias, podendo variar de 10 a 20 dias após o contato. O diagnóstico é clínico-epidemiológico. O período de maior transmissibilidade ocorre no intervalo de um a dois dias antes do surgimento das vesículas e permanece enquanto estas estiverem presentes.

3. No Brasil a varicela não é uma Doença de Notificação Compulsória (DNC). No entanto, na ocorrência de surtos, deve-se notificar e registrar no módulo de notificações de surtos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

4. Considerando que a varicela é uma doença comum da infância e altamente transmissível, a vacinação em situações de surto tem pouca efetividade, visto que deve ser desencadeada em até 120 horas, após o contato com o caso índice. O objetivo da vacinação nestas situações é evitar casos graves e óbitos, e não interromper a cadeia de transmissão, já que a varicela não está incluída nas ações de eliminação da doença. Neste sentido, a Secretaria de Vigilância em Saúde informa que a vacinação em casos de surtos deverá ser restrita a ambientes hospitalares, visando à prevenção de casos de varicela grave em indivíduos suscetíveis com alto risco de complicações.

5. Considera-se surto em ambiente hospitalar a ocorrência de um caso. O surto será encerrado quando não apresentar novos casos após 30 dias do último caso.

6. É definido como suscetível, o indivíduo que não comprova a vacinação contra varicela ou que não tenha desenvolvido a doença anteriormente e que seja contato direto de caso.

7. A definição de contato para varicela é caracterizada pela associação do indivíduo com uma pessoa infectada de forma **íntima e prolongada**, por período igual ou superior à uma hora, e/ou dividindo o mesmo quarto hospitalar, tendo criado assim a possibilidade de contrair a infecção.

8. Em vigência de surto em ambientes hospitalares, utilizar a vacina varicela (atenuada) para os contatos suscetíveis, **a partir dos 12 meses de idade**, sem história de vacinação ou de doença, em tempo oportuno de **até 120 horas** (período de maior eficácia da vacina), após contato com caso de varicela.

- ✓ Adotar o esquema vacinal de uma dose de 0,5mL, por via subcutânea a partir de 12 meses de idade.
- ✓ Mulheres em idade fértil devem evitar a gravidez um mês após a vacinação.
- ✓ Contraindicar o uso em menores de um ano de idade, gestantes, indivíduos com história de reação anafilática a qualquer componente da vacina e imunodeprimidos (exceto os previstos nas indicações dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais-CRIE).
- ✓ Para os contatos suscetíveis, em que esteja contraindicada a vacina, utilizar a Imunoglobulina humana anti-varicela-zoster (IGHVAZ), obedecendo aos critérios supracitados. Adotar o esquema de 125UI para cada 10 kg de peso, o mais precocemente possível, por via intramuscular. A dose mínima é de 125UI e a dose máxima de 625UI. Contraindicar a IGHAVZ em indivíduos com história de anafilaxia à dose anterior.

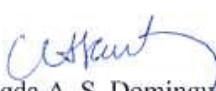
9. As doses administradas deverão ser registradas no Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações (SI-API) ou no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) para as unidades que já utilizam este sistema, e no comprovante de vacinação.

10. Esta Secretaria destaca as ações de vigilância epidemiológica e imunização a serem desenvolvidas em situação de surto em ambiente hospitalar:

- ✓ Notificar e registrar os surtos de varicela no SINAN (módulo surto);
- ✓ Coletar as seguintes informações: número total de pessoas no local; total de pessoas doentes por faixa etária; data do início dos sintomas do primeiro e do último caso; total de suscetíveis por faixa etária, identificando o número de pessoas imunodeprimidas, menores de um ano de idade e gestantes;
- ✓ Enviar relatório inicial da situação epidemiológica e caracterização do surto para a Unidade Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis (UVRI)/Coordenação de Vigilância das Doenças Transmissíveis (CGDT) e Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), conforme instrumento, em anexo;
- ✓ As ações de imunização serão monitoradas mediante o envio de relatórios parciais das atividades desenvolvidas, e ao final do surto, o envio de relatório final;
- ✓ As vacinas e imunoglobulinas adquiridas pelo Programa Nacional de Imunizações devem ser criteriosamente utilizadas nas indicações supracitadas.

11. Os relatórios devem ser enviados para os seguintes endereços:
- ✓ CGPNI – [cgpni@saude.gov.br](mailto:cgpni@saude.gov.br)
  - ✓ UVRI / CGDT – [exantematicas@saude.gov.br](mailto:exantematicas@saude.gov.br)
12. Esta Secretaria coloca seu corpo técnico à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Brasília, 22 de outubro de 2012.

  
 Carla Magda A. S. Domingues  
 Coordenadora Geral do Programa  
 Nacional de Imunizações

  
 Marcia Lopes de Carvalho  
 Coordenadora Geral de Doenças  
 Transmissíveis - Substituta

De acordo.  
 Em: 22/10/2012

  
 Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

*Mariana P. Verotti*  
 Departamento de Vigilância das  
 Doenças Transmissíveis  
 Diretora-Substituta



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
COORDENAÇÃO-GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS  
UNIDADE TÉCNICA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIA E IMUNOPREVENÍVEIS  
COORDENAÇÃO GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

UF Notificadora: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Local do Surto: \_\_\_\_\_

Nº do SINAN: \_\_\_\_\_ População do Local\*: \_\_\_\_\_

Data dos 1º Sintomas:

Primeiro caso: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Último caso: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Formulário para Solicitação de Vacinas**

Faixa etária /Grupos	Nº de acometidos	Susceptíveis (Não Vacinados e/ou s/ histórico de varicela)	Nº de Doses Solicitadas de vacina	Nº de Dose de Imunoglobulinas
Menos de 1 ano			-----	
1 a 4 anos			-----	
5 a 13 anos			-----	
Aceima de 13 anos			-----	
Gestantes			-----	
Imunodeprimidos			-----	
Total				

Data do Bloqueio Vacinal: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*Número total de pessoas, no espaço delimitado do surto, independente do status imunitário (histórico de vacinas e/ou de doença varicela)

## 3.12 NOTA TÉCNICA ESTADUAL Nº 03/2014

### VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VARICELA NO ESTADO DO PARANÁ

A Divisão de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DVVTR) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) vem por meio desta enfatizar a importância da vigilância da Varicela, principalmente das formas graves, óbitos e surtos.

A Varicela é uma infecção viral primária, aguda, altamente contagiosa, caracterizada pelo surgimento de exantema maculopapular e polimorfismo regional (pápulas, vesículas, pústulas e crostas num mesmo dimídio), acompanhados de febre baixa e prurido intenso.

A transmissão se dá por meio do contato direto ou de secreções respiratórias (disseminação aérea de partículas virais/aerossóis) e raramente por meio do contato de lesões de pele. O período de incubação é entre 14 a 16 dias, podendo variar entre dez e 20 dias após o contato. A transmissão ocorre de um a dois dias antes da erupção e permanece até a última lesão cicatrizar, ou seja, enquanto houver vesículas, a infecção é possível.

Considerando o grande número de surtos e de casos isolados de Varicela no estado do Paraná;

Considerando a **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**, que determina a notificação compulsória de Varicela em todos os casos internados graves ou óbito, esta divisão vem ratificar procedimentos a serem seguidos:

- Os surtos de Varicela devem ser registrados no boletim de notificação de surtos do Sinan e monitorados até 21 dias após o último caso suspeito;
- Os casos isolados devem ser registrados na ficha de notificação individual do Sinan;
- Em casos internados graves ou óbitos, notificar na Ficha de surtos, no campo das observações, até que o MS inclua no Sinan a Ficha de Notificação Compulsória da Varicela;
- Ações de prevenção e controle a serem realizadas:
  - Lavar as mãos após tocar nas lesões potencialmente infecciosas;
  - Afastar os acometidos da escola, creche e trabalho por um período de 7 dias, ou até que todas as lesões tenham evoluído para crosta;
  - Higienizar os objetos contaminados com secreções nasofaríngeas;
  - Manter os ambientes ventilados;
  - Investigar e monitorar todos os contactantes dos casos suspeitos para realização dos procedimentos cabíveis a cada situação.
- Aplicar a Imunoglobulina Humana Antivaricela-Zóster (IGHAVZ) em até 96 horas após o contato com o caso de Varicela, nos seguintes grupos:
  - Gestantes que tiverem contato com caso de Varicela;
  - Indivíduos imunodeprimidos que tenham tido contato com doente de Varicela em fase contagiosa;
  - Indivíduos suscetíveis de alto risco que tenham tido contato com pacientes com Herpes-Zóster;
  - Menores de 6 meses de idade em situação de surto que tiveram contato com doente de Varicela em fase contagiosa;
  - Recém-nascidos de mães nas quais a Varicela surgiu nos últimos cinco dias de gestação ou nos dois primeiros dias após o parto;
  - Na população indígena: nos menores de nove meses de idade em situação de surto que tiveram contato com doente de Varicela em fase contagiosa.

A dose de Imunoglobulina Humana Antivaricela-Zóster (IGHAVZ) é de 125 UI para cada 10 kg de peso. A dose mínima é de 125 UI, que equivalem a um frasco. A dose máxima é de 625 UI, que equivalem a cinco frascos. Observar as orientações do fabricante a cada nova partida do produto (*Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais*, MS/2014).

A vacina contra a Varicela para utilização em surto está disponível **apenas para bloqueio em ambiente hospitalar**. Em ambientes como: creches, escolas, faculdades e empresas, realizar o controle por meio do isolamento domiciliar e monitoramento da doença. É necessário esclarecer a população sobre a importância dessas medidas de controle universal.

Quanto à vacina da Varicela (isolada), referendamos que, até o momento, devem ser seguidas as orientações do *Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais*, MS/2014. Quanto à vacina Tetraviral (Sarampo, Rubéola, Caxumba e Varicela) referendamos que, até o momento, as orientações a serem seguidas devem ser aquelas definidas pelo Programa Nacional e Estadual de Imunização.

Curitiba, 17 de julho de 2014.

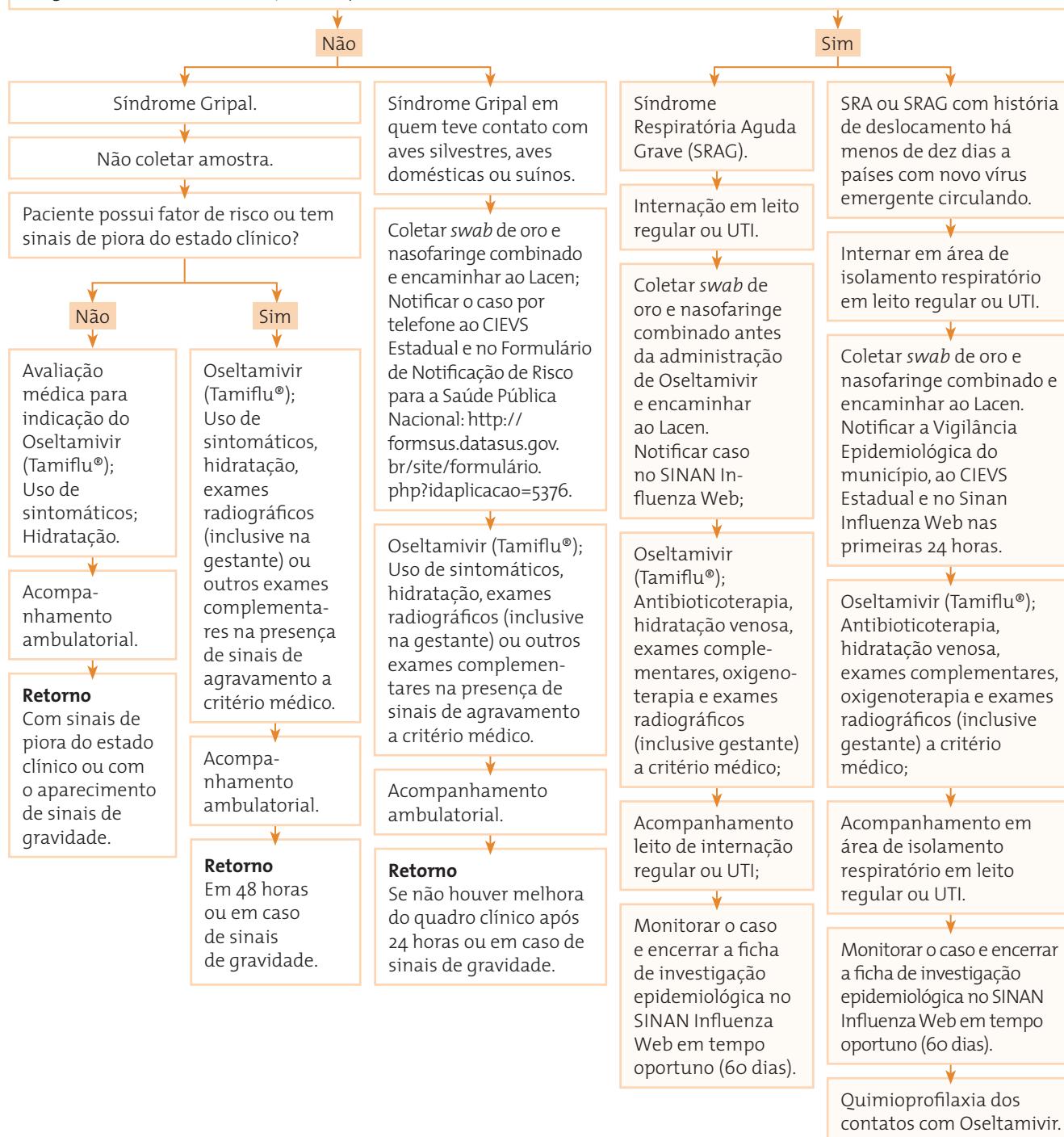


CAPÍTULO 4:  
**Influenza**

## 4.1 FLUXOGRAMA DA SÍNDROME GRIPAL (SG)/SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Caso suspeito de Síndrome Gripal (SG) – Indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico. Obs.: em crianças com menos de 2 anos de idade, considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal.

Paciente com sinais de gravidade: dispneia, desconforto respiratório, saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% ou exacerbação de doença preexistente. Obs.: em crianças além dos itens acima, observar também: batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.



## 4.2 FLUXOGRAMA SURTO DE INFLUENZA

A ocorrência de pelo menos dois casos ou óbitos suspeitos ou confirmados por Influenza, no período de até 72 horas, ou casos agregados em instituições, como creches, escolas, unidades prisionais, população albergada, dormitórios coletivos, ambiente hospitalar, bases militares, etc.

A VIE do Município deverá registrar na planilha o número de casos, local do surto, sexo, idade, data de início dos sintomas, situação vacinal da Influenza e comunicar à RS → DVVTR e CIEVS.

A VIE do Município deverá coletar amostras de secreções oro e nasofaríngea combinadas de pelo menos 10% dos suspeitos, até que se tenham no mínimo dois casos confirmados, preferencialmente até o 3º dia de início dos sintomas. Eventualmente esse período poderá ser ampliado até, no máximo, sete dias após o início dos sintomas. A coleta deverá ser feita em casos sintomáticos e situados em distintos pontos da mesma cadeia de transmissão. As coletas podem ser realizadas na Unidade de Saúde mais próxima ou dentro do próprio ambiente de ocorrência do surto.

A VIE do Município deverá notificar de forma agregada no módulo de surto do SINAN Net, assinalando, no campo “Código do Agravo/Doença”, o CID Jo6. Os casos de surto de SG que evoluírem para forma grave, de acordo com a definição de casos para SRAG, deverão ser notificados individualmente no SINAN Influenza Web.

A VIE do Município deverá afastar os sintomáticos de suas atividades por no mínimo sete dias após o início dos sintomas. Para o tratamento dos doentes deve seguir o fluxo/protocolo de tratamento de SG (com fator de risco ou não) ou SRAG.

A VIE do Município deve realizar busca ativa diária até pelo menos uma semana após a identificação do último caso. Identificar os grupos de risco para administração da vacinação anual.

Dependendo do local do surto, deve ser feita a quimioprofilaxia somente para pessoas expostas, consideradas com condição ou fator de risco para complicações.

Orientações de medidas preventivas para todos os surtos:

- Cobrir o nariz e a boca com lenço, ao tossir ou espirrar, e descartar o lenço no lixo após uso;
- Lavar as mãos com água e sabão após tossir ou espirrar;
- No caso de não haver disponibilidade de água e sabão, usar álcool gel;
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca;
- Evitar contato próximo com pessoas doentes;
- Proceder à limpeza e à desinfecção de mobiliário e banheiros.

**Surtos em escolas** – Não está indicada a suspensão de aulas e outras atividades para controle de surto de Influenza como medida de prevenção e controle de infecção.

**Em instituições fechadas e hospitais de longa permanência** – Precaução padrão e precaução de gotículas e aerossóis para todos os residentes e internados com suspeita ou confirmação de Influenza por sete dias após o início dos sintomas ou até por 24 horas após o desaparecimento da febre e sintomas respiratórios. Isolamento em quarto privativo ou, quando não disponível, isolamento de coorte (pessoas com sintomas compatíveis).

Evitar visitas. Caso ocorram, usar EPI de acordo com a situação.

**Outras medidas incluem** – Residentes sintomáticos devem ser mantidos, na medida do possível, em seus quartos. Se circularem, usar máscara cirúrgica. Limitar aglomeração, considerando a possibilidade de servir refeição no quarto. Restringir movimentação dos profissionais que atuam em áreas onde há doentes para áreas não atingidas pelo surto. Evitar novas admissões ou transferência de sintomáticos.

## 4.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA INFLUENZA

DOENÇA	QUADRO CLÍNICO
Outros vírus respiratórios: • Vírus Sincicial Respiratório (VSR); • Parainfluenza; • Rinovírus; • Metapneumovírus; • Bocavírus; • Adenovírus; • Coronavírus; • Enterovírus; • Entre outros.	Pode apresentar febre de início súbito, dependendo do vírus, mialgia ou artralgia, dor de garganta, tosse seca, prostração, cefaleia e sinais/sintomas de insuficiência respiratória aguda. Crianças: obstrução nasal, coriza e tosse; em casos graves, batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.
Coqueluche	Tosse paroxística, febre pouco intensa, mal-estar geral, tosse seca e gradualmente surto de tosse, guincho inspiratório seguido de vômito e cianose perioral.
Pneumonia	Febre alta, tosse, dor no tórax, mal-estar generalizado, cefaleia, dispneia, taquipneia, secreção muco purulento de cor amarela ou esverdeada, toxemia e prostração.
Bronquiolites	Cianose, dispneia, tosse, fadiga, febre, retracções intercostais e taquipneia.
Traqueobronquites (virais)	Tosse (variável quanto ao pus e à expectoração), possível crise de asma, obstrução do fluxo aéreo, febre, dor no corpo, dor no peito e cefaleia.
Hantavirose	Quadro clínico febril (acima de 38° C), mialgia, cefaleia e sinais/sintomas de insuficiência respiratória aguda de etiologia não determinada, na primeira semana da doença.
Dengue	Febre alta, cefaleia, dor retro-orbital, mialgia, artralgia e exantema.

## 4.4 TRATAMENTO E QUIMIOPROFILAXIA DA INFLUENZA

Entre os benefícios relatados do uso do Oseltamivir (Tamiflu®), dados clínicos e observacionais demonstram que o tratamento com o antiviral de maneira precoce pode reduzir a duração dos sintomas, principalmente em pacientes imunossuprimidos.

Esses medicamentos são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. O medicamento deve ser prescrito no receituário simples.

**Tabela 1 – Tratamento: posologia e administração.**

DROGA	FAIXA ETÁRIA		TRATAMENTO
<b>OSELTAMIVIR (TAMIFLU®)</b>	Adulto		75 mg, VO, 12 em 12 horas, cinco dias
	Criança maior de um ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, VO, 12 em 12 horas, cinco dias
		> 15 a 23 kg	45 mg, VO, 12 em 12 horas, cinco dias
		> 23 a 40 kg	60 mg, VO, 12 em 12 horas, cinco dias
		> 40 kg	75 mg, VO, 12 em 12 horas, cinco dias
	Criança menor de um ano de idade	0 a 8 meses	3 mg/Kg, VO, 12/12h, 5 dias
		9 a 11 meses	3,5 mg/Kg, VO, 12/12h, 5 dias
<b>ZANAMIVIR</b>	Adulto		10 mg: duas inalações de 5 mg, 12 em 12 horas, cinco dias
	Criança	≥ 7 anos	10 mg: duas inalações de 5 mg, 12 em 12 horas, cinco dias

**Obs.:** A indicação de Zanamivir somente está autorizada em casos de intolerância gastrointestinal grave, alergia e resistência ao fosfato de Oseltamivir (Tamiflu®). Orientar o afastamento temporário, de acordo com cada caso, das atividades de rotina (trabalho, escola, etc.), avaliando o período de transmissibilidade da doença.

**Tabela 2 – Tratamento do Oseltamivir em período Neonatal: posologia e administração.**

PERÍODO NEONATAL	IDADE	POSOLOGIA
Recém-nascido pré termo	≤ 38 semanas	1mg/Kg/dose 12/12h, VO, 5 dias
Recém-nascido à termo	38 a 40 semanas	1,5 mg/Kg/dose 12/12h, VO, 5 dias
	> 40 semanas	3 mg/Kg/dose 12/12h, VO, 5 dias

**Tabela 3 – Tratamento do Oseltamivir na Insuficiência Renal: posologia, administração e profilaxia.**

Comprometimento renal/Clearance de creatinina	TRATAMENTO	PROFILAXIA
Leve Clearance > 60 - 90 mL/min	75 mg, VO, 12/12h	75mg, VO, 1 vez ao dia
Moderado Clearance > 30 - 60 mL/min	30 mg, VO, 12/12h	30 mg, VO, 1 vez ao dia
Severo Clearance > 10 – 30mL/min	30 mg, VO, 1 vez ao dia	30 mg em dias alternados, VO
Pacientes em hemodiálise Clearance ≤ 10 mL/min	30 mg após cada sessão de hemodiálise, VO	30 mg após cada sessão alternada de hemodiálise, VO
Pacientes em Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial-DPCA Clearance ≤ 10 mL/min	Única dose de 30 mg administrada imediatamente após troca da diálise	30 mg 1 vez por semana imediatamente após troca da diálise

**Obs.:** 3 doses (ao invés de 5) após cada sessão de hemodiálise, considerando-se que num período de 5 dias, serão realizadas 3 sessões. 2 doses de 30 mg cada, considerando-se os 10 dias, onde ocorrerão apenas 2 sessões de diálise.

### Indicações da Quimioprofilaxia:

- Pessoas com risco elevado de complicações não vacinadas ou vacinadas há menos de duas semanas, após exposição a caso suspeito ou confirmado de Influenza;
- Crianças com menos de nove anos de idade, primovacinadas, necessitam de uma segunda dose de vacina com intervalo de um mês para serem consideradas vacinadas. Aquelas com condições ou fatores de risco, e que foram expostas a caso suspeito ou confirmado no intervalo entre a primeira e a segunda dose ou com menos de duas semanas após a segunda dose, deverão receber quimioprofilaxia se tiverem comorbidades ou se tiverem menos de dois anos de idade;
- Pessoas com graves deficiências imunológicas com fatores que possam interferir na resposta à vacinação contra a Influenza, após contato com pessoa com infecção;
- Profissionais de laboratório, não vacinados ou vacinados há menos de 15 dias, que tenham manipulado amostras clínicas de origem respiratória que contenham o vírus Influenza sem uso adequado de EPI;
- Trabalhadores de saúde, não vacinados ou vacinados há menos de 15 dias, e que estiveram envolvidos na realização de procedimentos invasivos geradores de aerossóis ou na manipulação de secreções de caso suspeito ou confirmado de Influenza sem o uso adequado de EPI;
- Residentes de alto risco em instituições fechadas e hospitais de longa permanência, durante surtos na instituição.

**Tabela 4 – Quimioprofilaxia: posologia e administração.**

DROGA	FAIXA ETÁRIA		TRATAMENTO
<b>OSELTAMIVIR (TAMIFLU®)</b>	Adulto		75 mg/dia, VO / 10 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg/dia, VO / 10 dias
		> 15 a 23 kg	45 mg/dia, VO / 10 dias
		> 23 a 40 kg	60 mg/dia, VO / 10 dias
		> 40 kg	75 mg/dia, VO / 10 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	< 3 meses	Sob juízo clínico
		3 a 5 meses	20 mg, VO, 24/24h, 10 dias
		6 a 11 meses	20 mg, VO, 24/24h, 10 dias
<b>ZANAMIVIR</b>	Adulto		10 mg: duas inalações de 5 mg, uma vez ao dia, 10 dias
	Criança	≥ 5 anos	10 mg: duas inalações de 5 mg, uma vez ao dia, 10 dias

## 4.5 VACINA – INFLUENZA

### Indicação:

É indicada para proteger contra o vírus da Influenza e contra as complicações da doença, principalmente as pneumonias bacterianas secundárias.

**Tabela 5 – Demonstrativo do esquema vacinal para a Influenza por indicação (idade e grupos prioritários), número de doses, volume por dose, via de administração e intervalo entre as doses.**

INDICAÇÃO	DOSES	VOLUME POR DOSE / VIA	INTERVALO
Crianças de 6 meses a 2 anos de idade	Duas doses	0,25 mL / IM	Intervalo mínimo de três semanas. Operacionalmente 30 dias após receber a 1ª dose
Crianças de 3 a 5 anos de idade	Duas doses	0,5 mL / IM	Intervalo mínimo de três semanas. Operacionalmente 30 dias após receber a 1ª dose
Crianças de 6 a 8 anos de idade com comorbidade*	Duas doses	0,5 mL / IM	Intervalo mínimo de três semanas. Operacionalmente 30 dias após receber a 1ª dose
• Crianças a partir de 9 anos de idade e adultos com comorbidade;* • Gestantes; • Puérperas; • Trabalhador de Saúde; • Povos indígenas (conforme idade); • População privada de liberdade e funcionários do sistema prisional; • Indivíduos com 60 anos ou mais de idade.	Dose única	0,5 mL / IM	—

**Tabela 6\* – Comorbidades: categorias de risco clínico com indicação da vacina Influenza.**

CATEGORIA DE RISCO CLÍNICO	INDICAÇÕES
Doença respiratória crônica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma em uso de corticoide inalatório ou sistêmico (moderada ou grave);</li> <li>• DPOC;</li> <li>• Bronquiectasia;</li> <li>• Fibrose cística;</li> <li>• Doenças intersticiais do pulmão;</li> <li>• Displasia broncopulmonar;</li> <li>• Hipertensão arterial pulmonar;</li> <li>• Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade.</li> </ul>
Doença cardíaca crônica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença cardíaca congênita;</li> <li>• Hipertensão arterial sistêmica com comorbidade;</li> <li>• Doença cardíaca isquêmica;</li> <li>• Insuficiência cardíaca.</li> </ul>
Doença renal crônica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença renal nos estágios 3, 4 e 5;</li> <li>• Síndrome nefrótica;</li> <li>• Paciente em diálise.</li> </ul>

CATEGORIA DE RISCO CLÍNICO	INDICAÇÕES
Doença hepática crônica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atresia biliar;</li> <li>• Hepatites crônicas;</li> <li>• Cirrose.</li> </ul>
Doença neurológica crônica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições em que a função respiratória pode estar comprometida pela doença neurológica;</li> <li>• Considerar as necessidades clínicas individuais dos pacientes incluindo: AVC, Indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla e condições similares;</li> <li>• Doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular;</li> <li>• Deficiência neurológica grave.</li> </ul>
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes Mellitus tipo I e tipo II em uso de medicamentos.</li> </ul>
Imunossupressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imunodeficiência congênita ou adquirida;</li> <li>• Imunossupressão por doenças ou medicamentos.</li> </ul>
Obesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidade grau III.</li> </ul>
Transplantados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Órgãos sólidos;</li> <li>• Medula óssea.</li> </ul>
Portadores de trissomias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de Down;</li> <li>• Síndrome de Klinefelter;</li> <li>• Síndrome de Wakany;</li> <li>• Outras trissomias.</li> </ul>

## 4.6 VIGIASUS INFLUENZA

<b>AÇÃO</b>	Notificar e coletar amostra de orofaringe combinados e sangue, se necessário, de todo caso suspeito de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes internados (leito regular e/ou UTI), óbitos e/ou pessoas com Doença Respiratória Aguda (DRA) com história de contato com suínos e/ou aves.
Descrição da ação	<p>Notificar no SINAN Influenza Web os casos de pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internados com SRAG em leitos regulares e/ou UTI</li> <li>• Casos de óbitos por SRAG</li> </ul> <p>Notificar no Formulário de Notificação de Risco para a Saúde Pública Nacional: <a href="http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?idaplicacao=5376">http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?idaplicacao=5376</a>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoas com DRA ou SRAG que entraram em contato com suínos e/ou aves</li> </ul> <p>Coletar <i>swab</i> combinado de nariz e orofaringe dos casos acima citados e encaminhá-las ao Lacen. Coletar sangue quando necessário e enviar para o laboratório municipal para diagnóstico complementar ou diferencial. Deverá ser encaminhado o soro para o Lacen para diagnóstico confirmatório ou diferencial, sempre que necessário.</p>
Medida de desempenho	<p><b>Considera-se ação realizada:</b> amostras coletadas em 80% dos casos notificados/ano.</p> <p><b>1º quadrimestre:</b> 80% de coleta dos casos notificados em janeiro, fevereiro, março e abril.</p> <p><b>2º quadrimestre:</b> 80% de coleta dos casos notificados em maio, junho, julho e agosto.</p> <p><b>3º quadrimestre:</b> 80% de coleta dos casos notificados no ano.</p>
Unidade de medida	Percentual
Método de cálculo da medida de desempenho	$\frac{\text{Número de amostras coletadas}}{\text{Número de casos notificados}} \times 100$
Fonte de dados	SINAN Influenza Web e no formulário de Notificação de Risco para a Saúde Pública Nacional: <a href="http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?idaplicacao=5376">http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?idaplicacao=5376</a> .
Estratégias sugeridas para alcance da ação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular com os hospitais que internam as SRAG e com os serviços de saúde que atendem DRA, sensibilizando-os para a notificação no formulário de Notificação de Risco para a Saúde Pública Nacional de pessoas com DRA ou SRAG que entraram em contato com suínos e/ou aves, de forma que notifiquem os casos detectados;</li> <li>• Capacitar os serviços em coleta de amostras de <i>swab</i> combinado de orofaringe e realizar a coleta de amostras em pelo menos 80% dos casos internados em leito regular ou UTI e dos pacientes que entraram em contato com suínos e/ou aves;</li> <li>• O município deverá manter estoque mínimo dos insumos necessários para a coleta de amostras biológicas e manter fluxo organizado com a RS.</li> <li>• O município deverá conferir se as amostras encaminhadas ao Lacen foram notificadas no Sinan Influenza Web e capacitar os serviços notificadores sobre o uso correto da ferramenta GAL.</li> <li>• Elaborar materiais Educativos para a comunidade (cartazes, folders etc).</li> </ul>
Área Responsável pela avaliação e acompanhamento quadrimestral	Regional de Saúde – DVVGS/ SCVGE/DVAGS

<b>AÇÃO</b>	Notificar e coletar amostra de oro e nasofaringe combinado, para todo surto de Doença Respiratória Aguda (DRA).
Descrição da ação	Notificar oportunamente no Sinan Net (módulo surto) todos os casos de surto de DRA. Coletar oportunamente <i>swab</i> de oro e nasofaringe combinado em pelo menos 10% dos sintomáticos e enviar ao LACEN.
Medida de desempenho	<b>Considera-se ação realizada:</b> Coleta de amostra clínica para 100% dos surtos identificados/notificados no ano. <b>1º quadrimestre:</b> Coleta da amostra clínica para 100% dos surtos identificados/notificados e investigados em janeiro, fevereiro, março e abril. <b>2º quadrimestre:</b> Coleta da amostra clínica para 100% dos surtos identificados/notificados e investigados em maio, junho, julho e agosto. <b>3º quadrimestre:</b> Coleta da amostra clínica para 100% dos surtos identificados/notificados e investigados no ano.
Unidade de medida	Percentual
Método de cálculo da medida de desempenho	$\frac{\text{Número de surtos de DRA com coleta de amostras}}{\text{Número de surtos de DRA notificados}} \times 100$
Fonte de dados	SINAN Net (módulo surto)
Estratégias sugeridas para alcance da ação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve-se coletar pelo menos 10% de amostras do total de pessoas acometidas pelo possível surto.</li> <li>• Articular com os serviços de saúde que atendem DRA e sensibilizá-los para detecção e notificação da ocorrência de surtos de DRA;</li> <li>• O município articulado com a Regional de Saúde deverá capacitar os técnicos dos serviços para detectar, investigar e coletar amostras clínicas quando da ocorrência de surtos de DRA;</li> <li>• O município deverá capacitar os serviços notificadores sobre o uso correto da ferramenta GAL e SINAN Net (módulo surto).</li> </ul>
Área responsável pela avaliação e acompanhamento quadrienal	Regional de Saúde – DVVGS/SCVGE/DVAGS

## FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - DESTINADA PARA UNIDADES COM INTERNAÇÃO

**SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) - INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG CID - J11****VIGILÂNCIA DE INFLUENZA POR MEIO DE SRAG-INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG:**

Indivíduo de qualquer idade, INTERNADO com SÍNDROME GRIPAL<sup>1</sup> e que apresente Dispneia OU Saturação de O<sub>2</sub> <95% OU Desconforto Respiratório. Deve ser registrado o óbito por SRAG independentemente de internação.

**DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE, DO INDIVÍDUO E DE SUA RESIDÊNCIA**

1. Data do preenchimento	2. UF	3. Município de Registro do Caso	Código (IBGE)
4. Unidade de Saúde de identificação do caso (hospital, PS, UPA, policlínica)		Código (CNES)	5. Data dos Primeiros Sintomas
6. Nome		7. Número do Cartão SUS	
8. Data de Nascimento	9. (ou) Idade	10. Sexo	11. Gestante
<input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano		<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1. 1ºTrimestre <input type="checkbox"/> 2. 2ºTrimestre <input type="checkbox"/> 3. 3ºTrimestre <input type="checkbox"/> 4. Idade Gestacional Ignorada <input type="checkbox"/> 5. Não <input type="checkbox"/> 6. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
12. Raça/Cor	13. Escolaridade	14. Nome da Mãe	
<input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	<input type="checkbox"/> 0. Analfabeto <input type="checkbox"/> 1. Fundamental (1-9 anos) <input type="checkbox"/> 3. Superior <input type="checkbox"/> 9. Ignorado	<input type="checkbox"/> 1. Fundamental (1-9 anos) <input type="checkbox"/> 2. Médio (10-13 anos) <input type="checkbox"/> 10. Não se aplica	
15. UF	16. Município de Residência	Código (IBGE)	17. Distrito
18. Bairro	19. Logradouro (rua, avenida etc.)	Código	
20. Número	21. Complemento (edifício, apartamento, casa etc.)		
22. Ponto de Referência	23. CEP		
24. (DDD) Telefone	25. Zona	26. País (se residente fora do Brasil)	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		

**ANTECEDENTES E HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO OU DO ÓBITO**

27. Recebeu Vacina contra Gripe nos últimos 12 meses?	28. Se sim, data da última dose		
<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
29. Principais sinais e sintomas	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório	<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Outros Sinais e Sintomas Importantes:	<input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Saturação de O <sub>2</sub> < 95%	
30. Fatores de Risco	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
<input type="checkbox"/> Pneumopatias Crônicas <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Puerpério (até 42 dias do parto) <input type="checkbox"/> Outros fatores de risco relacionados com a SRAG:			
<input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade. Se sim, especifique: IMC = _____	<input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus		
31. Uso de antiviral?	32. Data de início do tratamento		
<input type="checkbox"/> 1 - Não usou <input type="checkbox"/> 4 - Outro, especifique:	<input type="checkbox"/> 2 - Oseltamivir <input type="checkbox"/> 3 - Zanamivir <input type="checkbox"/> 9. Ignorado	<input type="checkbox"/>	
33. Ocorreu internação?	34. Data da internação	35. UF	36. Município da Unidade de Internação
<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>	Código (IBGE)
37. Nome da unidade de saúde da internação (Hospital, Pronto-Socorro, UPA, Policlínica)		Código (CNES)	
38. Raio X de Tórax (registrar preferencialmente o mais sugestivo para o diagnóstico de SRAG)			
<input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 5. Outro: _____		<input type="checkbox"/> 2. Infiltrado Intersticial <input type="checkbox"/> 3. Consolidação <input type="checkbox"/> 4. Misto <input type="checkbox"/> 6. Não Realizado <input type="checkbox"/> 9. Ignorado	
39. Data do Raio-X			
40. Fez uso de suporte ventilatório?	<input type="checkbox"/> 1. Não usou <input type="checkbox"/> 2. Sim, invasivo <input type="checkbox"/> 3. Sim, não invasivo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
41. Foi Internado em Unidade de Terapia Intensiva?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	42. Data de entrada na UTI	43. Data de saída na UTI
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DADOS LABORATORIAIS**

44. Coletou que tipo de amostra?

1. Não coletou 2. Secréção de ouro e nasofaringe 3. Tecido *post mortem*  
 4. Lavado Bronco-alveolar 5. Outro, especifique: \_\_\_\_\_  
 9- Ignorado

45. Data da Coleta

46. Metodologia realizada: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

IFI

RT-PCR

Outro método, especifique (ex. cultura):

Data do Resultado - IFI

Tipo de RT-PCR:

1. Convencional 2. Em tempo real  
 Data do Resultado - RT-PCR

Data do Resultado do Outro Método

47. Diagnóstico Etiológico:

- 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Influenza A

Se positivo para Influenza A, qual subtipo:

- 1- Influenza A(H1N1)pdm09 2- Influenza A/H1 sazonal 3- Influenza A/H3 sazonal

- 4- Influenza A não subtipado 5- Influenza A/H3N2v

Influenza B

- 6- Outro subtipo de Influenza A; especifique: \_\_\_\_\_

Outros agentes etiológicos respiratórios:

Vírus Sincicial Respiratório (VSR)

Parainfluenza 1

Parainfluenza 2

Parainfluenza 3

Adenovírus

Outro vírus ou agente etiológico; especifique: \_\_\_\_\_

**CONCLUSÃO**

48. Classificação final da SRAG - Internada ou Óbito por SRAG

1. SRAG por Influenza 2. SRAG por outros vírus respiratórios

3. SRAG por outros agentes etiológicos, especifique: \_\_\_\_\_

49. Critério de Confirmação

1. Laboratorial  
 2. Clínico-Epidemiológico  
 3. Clínico

50. Evolução Clínica

1. Recebeu alta por cura  
 2. Evoluiu para óbito  
 9. Ignorado

51. Data da Alta ou Óbito

52. Data do Encerramento

**ORIENTAÇÕES SOBRE A VIGILÂNCIA SÍNDRÔMICA DE INFLUENZA**

1. CONCEITO DE SÍNDROME GRIPAL (PROTOCOLO DE TRATAMENTO):

- > seis meses de idade: febre de inicio súbito, mesmo que referida, acompanhado de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia;
- < seis meses de idade: febre de inicio súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios;

Obs.: Para mais informações, acesse o Protocolo de Tratamento em [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs).

- Não aguardar resultado laboratorial para registrar a ficha no Sinan Influenza On-Line;
- Lembrar de atualizar a evolução no encerramento da investigação;
- No caso de coinfeção, priorizar o resultado de Influenza para a Classificação Final;
- A ficha deve ser disponibilizada somente em Unidades Hospitalares ou unidades de saúde com estrutura para internação.

**ANOTAÇÕES**


---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO (PARA CONTROLE LOCAL)**

UF	Município	Nome da Unidade	Código da Unidade de Saúde

Nome	Função	Assinatura



CAPÍTULO 5:  
**Meningites**

## 5.1 FLUXOGRAMA DE MENINGITE

### Caso Suspeito de Meningite

Criança acima de 9 meses e/ou adulto com febre, cefaleia, vômito, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meníngea (Kernig-Brudzinski), convulsões, sufusões hemorrágicas (petéquias) e torpor. Em crianças abaixo de nove meses, observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.

#### Nível Ambulatorial

(UBS/Estratégia de Saúde da Família (ESF) / Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Serviços Privados)

Coletar dados clínicos e epidemiológicos.

Encaminhar imediatamente o paciente para Internamento Hospitalar.  
O Serviço de Saúde do Município deve notificar e enviar a FIE em até 24 horas para a VE do município e investigar em até 48 horas. A VE do município deve repassar, logo em seguida, para a VE da RS e esta para a DVVTR/SESA.

A VE do município deve orientar e realizar o bloqueio quimioprotetor com Rifampicina, apenas nos casos de Doença Meningocócica ou Meningite por *Haemophilus influenzae* conforme protocolo do MS.

#### Critérios para Quimioprotetor:

- Presença de petéquias/sufusões hemorrágicas associadas à clínica de meningite bacteriana ou Doença Meningocócica;
- Presença de Diplococos Gram-Negativos ou Bacilos Gram-Negativos no exame de bacterioscopia do Liquor.
- Identificação de *Neisseria meningitidis* ou *Haemophilus influenzae*, na cultura, látex ou PCR (Liquor, Soro/Sangue).

Monitorar o caso, acompanhar os resultados no GAL e encerrar a Ficha de Investigação Epidemiológica no SINAN NET em tempo oportuno (60 dias).  
Somente habilitar a FIE para fluxo de retorno, após encerramento do caso.

#### Nível Hospitalar

(público ou privado)

– Realizar os procedimentos médico-hospitalares, coletar e enviar amostras de Liquor, Sangue e Soro ao Lacen/PR, nos kits de coleta Lacen/PR.  
– Realizar exame quimiocitológico, cultura e bacterioscopia do Liquor em laboratório de referência local para orientar a conduta terapêutica e decisão do bloqueio quimioprotetor, a ser conduzido pela VE do Município, quando indicado.  
– A coleta de amostras (Liquor, sangue e soro) pós-morte deve ser realizada sempre que possível, o mais próximo do momento do óbito.

Complementar a coleta de dados clínicos e epidemiológicos para preenchimento da Ficha de Investigação Epidemiológica (FIE). Notificar a VE SMS -> RS-> DVVTR/SESA.

## 5.2 ESQUEMA DE QUIMIOPROFILAXIA

### Esquema de Quimioprofilaxia com Rifampicina Indicado por Etiologia

Agentes Etiológicos	Doses	Intervalos	Duração
<i>Neisseria meningitidis</i>	Adultos - 600 mg/dose Crianças > 1 mês até 10 anos Dose – 10 mg/kg/dose  < 1 mês Dose – 5 mg/kg/dose	12 em 12 horas  12 em 12 horas (dose máxima de 600 mg)  12 em 12 horas (dose máxima de 600 mg)	2 dias
<i>Haemophilus influenzae*</i>	Adultos – 600 mg/dose Crianças > 1 mês até 10 anos dose – 20 mg/kg/dose  < 1 mês dose – 10 mg/kg/dose	24 em 24 horas  24 em 24 horas (dose máxima de 600 mg)  24 em 24 horas (dose máxima de 600 mg)	4 dias

\*Observação: Quimioprofilaxia para contatos de casos de *Haemophilus influenzae*.

- Indicada para contatos próximos de qualquer idade e que convivam com crianças menores de 4 anos não vacinadas ou parcialmente vacinadas;
- Em creches e escolas maternais, está indicada quando dois ou mais casos de doença tiverem ocorrido no intervalo de até 60 dias;
- As crianças não vacinadas deverão receber quimioprofilaxia e atualizar esquema vacinal;
- Crianças com o esquema vacinal completo contra *Haemophilus influenzae* tipo B não precisam receber quimioprofilaxia, exceto nos casos de criança imunocomprometida.

**Atenção:** O objetivo da quimioprofilaxia é tratar o portador assintomático, para evitar a disseminação da bactéria para outras pessoas.

A quimioprofilaxia deve ser realizada nos contatos íntimos, preferencialmente dentro das 48 horas após o início dos sintomas. O uso restrito da droga visa evitar a seleção de cepas resistentes ao antibiótico.

Em gestantes, a Rifampicina tem sido utilizada para quimioprofilaxia, pois não há evidência, até o momento, de que possa causar efeitos teratogênicos. A relação risco/benefício do uso de antibióticos pela gestante deverá ser avaliada pelo médico assistente.

O paciente (caso-índice) com *Naisseria meningitidis* ou *Haemophilus influenzae* também deve receber quimioprofilaxia com Rifampicina no momento da alta hospitalar, conforme esquema acima, para evitar que se torne portador da bactéria em orofaringe, exceto se o seu tratamento durante a internação foi realizado com ceftriaxona.

Esse procedimento deve ser de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica do município em acordo com o médico responsável pela internação do paciente e, preferencialmente, essa prescrição deve constar no prontuário do paciente.

## 5.3 ESQUEMA PRÁTICO DE DOSAGEM DA RIFAMPICINA PARA QUIMIOPROFILAXIA DE DOENÇA MENINGOCÓCICA E MENINGITE POR *HAEMOPHILUS*

**Dosagem de Rifampicina para Quimioprofilaxia:**

- **Doença Meningocócica** – Adultos e Crianças acima de 40 kg.  
600 mg (duas cápsulas) de 12 em 12 horas durante dois dias.
- **Meningite por *Haemophilus*** – Adultos e Crianças acima de 40 kg.  
600 mg (duas cápsulas) de 24 em 24 horas durante quatro dias.

Crianças ≤ 40 kg	Doença Meningocócica	Meningite por <i>Haemophilus</i>
	Peso	Dosagem
5 kg	2,5 ml, 12 em 12 horas, dois dias	5 ml, 24 em 24 horas, quatro dias
10 kg	5 ml, 12 em 12 horas, dois dias	10 ml, 24 em 24 horas, quatro dias
15 kg	7,5 ml, 12 em 12 horas, dois dias	15 ml, 24 em 24 horas, quatro dias
20 kg	10 ml, 12 em 12 horas, dois dias	20 ml, 24 em 24 horas, quatro dias
25 kg	12,5 ml, 12 em 12 horas, dois dias	25 ml, 24 em 24 horas, quatro dias
30 kg	15 ml, 12 em 12 horas, dois dias	30 ml, 24 em 24 horas, quatro dias
35 kg	17,5 ml, 12 em 12 horas, dois dias	35 ml, 24 em 24 horas, quatro dias
40 kg	20 ml, 12 em 12 horas, dois dias	40 ml, 24 em 24 horas, quatro dias

Fonte: Esquema prático gentilmente cedido pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE) da SMS/Curitiba.

## 5.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS MENINGITES, TRATAMENTO E ESQUEMA VACINAL

O Diagnóstico diferencial deve ser feito com a Dengue e as doenças febris hemorrágicas, tais como: Septicemia, Febre Purpúrica Brasileira e Rickettsioses. Com relação à meningite viral, o diagnóstico diferencial deve ser feito também com outras encefalites e meningoencefalites (Febre do Nilo Ocidental).

### 5.4.1 Tratamento das Meningites Bacterianas

O tratamento das meningites será realizado de acordo com a etiologia da doença e protocolos específicos da instituição de internação ou conforme padronizado pelo Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde.

Sempre que possível, o tratamento deve ser iniciado somente após a coleta de amostras para exames laboratoriais (liquor, sangue e soro). Porém, é importante o início da antibioticoterapia dentro das primeiras três horas da suspeita clínica para diminuir a morbimortalidade.

Os exames quimiocitológico, bacterioscópico e de cultura do liquor devem ser realizados em laboratório local e servirão de norteadores para o início da terapia a ser instituída e a adoção das medidas de controle.

### 5.4.2 Esquema vacinal preventivo para meningites na infância

**Vacina BCG: prevenir formas graves da tuberculose – uma dose ao nascer**

**Vacina Pentavalente:** difteria/tétano/coqueluche/*Haemophilus b*/Hepatite B).

**Três doses: aos 2, 4 e 6 meses** (Considerando apenas *Haemophilus b*).

**Vacina Pneumocócica 10 valente:**

(Dez sorotipos de Pneumococos: 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F, 1, 5 e 7F).

**Duas doses: aos 2 e 4 meses + um reforço aos 12 meses.**

**Vacina Meningocócica C conjugada:** (Meningo C).

**Duas doses: aos 3 e 5 meses + um reforço aos 12 meses.**

### 5.4.3 Esquema vacinal preventivo para meningites – adulto/idoso

**Vacina Pneumocócica 23 valente:**

(23 sorotipos de pneumococos: todos os sorotipos da vacina 10 valente + os sorotipos 3, 19A, 2, 8, 9N, 10A, 11A, 12F, 15B, 17F, 20, 22F e 33F).

**Uma dose + um reforço após 5 anos (somente com indicação médica).**

Obs.: Deve ser administrada uma dose durante a Campanha Nacional de Vacinação para Idosos, em indivíduos com 60 anos ou mais, acamados ou que vivem em instituições fechadas: casas geriátricas, hospitais, asilos ou casas de repouso.

## 5.5 RESUMO DO DICIONÁRIO DE DADOS E DE ANÁLISE QUIMIOCITOLÓGICA DO LIQUOR

### RESUMO DO DICIONÁRIO DE DADOS – MENINGITE

Lista de etiologias com critério de confirmação compatível

Código Etiologia Permissão para o campo

#### **Critério de confirmação (campo 51)**

- 01** Meningococemia 1,2,3,4,5,7,9,10
- 02** Meningite Meningocócica 1,2,3,5,7,9,10
- 03** Meningite Meningocócica com Meningococemia 1,2,3,4,5,7,9,10
- 04** Meningite Tuberculosa 1,4,5,6,7,9,10
- 05** Meningite por outras bactérias – Ver quadro II
- 06** Meningite não especificada 4,6
- 07** Meningite Asséptica – Ver quadro III
- 08** Meningite por outra etiologia 1,3,5,9,10
- 09** Meningite por Hemófilo 1,2,3,7,9,10
- 10** Meningite por Pneumococo 1,3,9,10

#### **QUADRO II**

##### **Categoria 5 (campo 51)**

##### **Meningites por outras bactérias**

##### **Código Bactérias Critério**

- 09** *Shigella* sp. 1,9
- 10** *Staphylococcus (aureus, sp., epidermidis)* 1,9
- 11** *Salmonella* sp. 1,9
- 12** *Escherichia coli* 1,9
- 13** *Klebsiella (sp., pneumoniae)* 1,9
- 14** *Streptococcus (sp., pyogenes, agalactiae)* 1,3,9
- 15** *Enterococcus* 1,9
- 16** *Pseudomonas (aeruginosa, sp.)* 1,9
- 18** *Serratia (marcescens, sp.)* 1,9
- 19** *Alcaligenes (sp., faecalis)* 1,9
- 20** *Proteus (sp., vulgaris, mirabilis)* 1,9
- 21** *Listeria monocytogenes* 1,9
- 22** *Enterobacter (sp., cloacae)* 1,9
- 23** *Acinetobacter (sp., baumannii)* 1,9
- 26** *Neisseria* sp. 1,9
- 28** Outras Bactérias 1,9
- 45** *Treponema Pallidum* 1,9
- 46** *Rickettsiae* 1,9
- 49** *Leptospira* 1,9
- 81** Bactéria não especificada 4,5,6

#### **QUADRO III**

##### **Tabela de agentes asséptico (VIRAL) (campo 51 – categoria 7)**

- 75** Não identificado 4,6
- 37** Caxumba 4,7,8,9
- 38** Sarampo 7,8,9
- 39** Herpes simples 4,7,8,9
- 40** Varicela/Catapora/ Herpes-Zóster 4,7,8,9
- 41** Rubéola 7,8,9

**55** Influenza 7,8,9

**70** Adenovírus 7,8,9

**56** Echovírus 7,8,9

**63** Coxsackie 7,8,9

**59** Outros Enterovírus 7,8,9

**71** Vírus do Nilo Ocidental 7,8,9

**72** Dengue 7,8,9

**73** Outros Arbovírus 7,8,9

**74** Outros vírus 7,8,9

#### **QUADRO IV**

##### **Tabela de outras etiologias**

##### **Categoria 8 – Campo 51 – Meningites por outras etiologias**

##### **Nº Etiologias**

- 42** Outros fungos
- 43** *Cryptococcus/Torula*
- 44** *Candida albicans, sp.*
- 47** *Trypanosoma cruzi*
- 48** *Toxoplasma (Gondii, sp.)*
- 50** Cisticercos
- 52** Outros parasitas
- 76** *Plasmodium* sp.
- 77** *Taenia Solium*
- 64** *Aspergillus*

#### **QUADRO V**

##### **Tabela de critérios de confirmação**

##### **Nº Critério de Confirmação – Campo 52**

- 01** Cultura
- 02** CIE
- 03** Ag. Látex
- 04** Clínico
- 05** Bacterioscopia
- 06** Quimiocitológico
- 07** Clínico-epidemiológico
- 08** Isolamento viral
- 09** PCR
- 10** Outros

#### **QUADRO VI**

##### **Tabela de sorogrupos de *Neisseria meningitidis* – Campo 53**

##### **Nº Sorogrupos**

- 01** A
- 02** B
- 03** C
- 04** D
- 05** X
- 06** Y
- 07** Z
- 08** W 135
- 09** 29 E

**QUADRO VII****Lista das Etiologias das Meningites para resultado de cultura (campo 49)****N.º Agente etiológico****61** Não realizado**62** Ignorado**01** *Neisseria meningitidis***06** *Haemophilus influenzae***07** *Streptococos pneumoniae***28** Outras bactérias**51** Nenhum agente**QUADRO VIII****Lista das Etiologias das Meningites para resultado de bacterioscopia (campo 49)****N.º Resultados****61** Não realizado**62** Ignorado**32** Bacilos Gram-Negativo**31** Bacilos Gram-Positivo**30** Bastonetes Gram-Negativo**29** Bastonetes Gram-Positivo**36** Cocobacilos**34** Cocos Gram-Negativo**33** Cocos Gram-Positivo**35** Diplobacilos Gram-Negativo**03** Diplococos Gram-Negativo**08** Diplococos Gram-Positivo**28** Outras bactérias**51** Nenhum agente**QUADRO IX****Lista das Etiologias das Meningites para resultado de CIE (campo 49)****N.º Agente Etiológico****61** Não realizado**62** Ignorado**01** *Neisseria meningitidis***06** *Haemophilus influenzae***51** Nenhum agente**QUADRO X****Lista das Etiologias das Meningites para resultado de ag.látex (campo 49)****N.º Agente Etiológico****61** Não realizado**62** Ignorado**01** *Neisseria meningitidis***43** Criptococos**06** *Haemophilus influenzae***14** *Streptococos (sp., piogens, alfa, hemolítico, fecalis, agalactiae)***07** *Streptococos pneumoniae***28** Outras bactérias**51** Nenhum agente**QUADRO XI****Lista das Etiologias das Meningites para resultado de isolamento viral (campo 49)****N.º Agente etiológico****75** Não identificado**37** Caxumba**38** Sarampo**39** Herpes simples**40** Varicela/Catapora/Herpes-Zóster**41** Rubéola**55** Influenza**70** Adenovírus**56** Echovírus**63** Coxsackie**59** Outros Enterovírus**71** Vírus do Nilo Ocidental**72** Dengue**73** Outros Arbovírus**74** Outros vírus**QUADRO XII****Lista das Etiologias das Meningites para resultado de PCR (campo 49)****N.º Agente Etiológico****62** Ignorado**37** Caxumba**38** Sarampo**39** Herpes Simples**40** Varicela/Catapora/Herpes Zoster**41** Rubéola**55** Influenza**72** Dengue**61** Não realizado**75** Não identificado**70** Adenovírus**56** Echovírus**63** Coxsackie**59** Outros Enterovírus**71** Vírus do Nilo Ocidental**73** Outros Arbovírus**74** Outros vírus**01** *Neisseria meningitidis***06** *Haemophilus influenzae***07** *Streptococos pneumoniae***28** Outras bactérias**43** *Cryptococcus/Torula***42** Outros fungos**48** *Toxoplasma (Gondii, sp.)***52** Outros Parasitas**51** Nenhum agente

**OBSERVAÇÃO:** Este resumo foi elaborado conforme as informações do Dicionário de Dados – Sinan Net – Versão 4.0 e serve como orientação para preenchimento da Ficha de Investigação – Meningite, nos campos de Dados do Laboratório (campo 49) e Classificação do Caso/ Etiologia (campos 51, 52 e 53).

**Principais características e valores normais encontrados no liquor e principais alterações nas Meningites Bacterianas, Virais e Fúngicas:**

Análise Quimiocitológica do Liquor			
Condição	Leucócitos/ $\mu$ L	Proteína (mg/dL)	Glicose (mg/dL)
<b>LCR Normal</b>	> 1 ano = até 5 4-11m = até 10 RN-3m = até 25	15-50 RN até 150	45-100 2/3 da glicemia
<b>Meningite bacteriana</b>	> 200 (PMN > 25%)	Aumentada	Diminuída
<b>Meningite viral</b>	< 500 (LMN)	20-125 levemente aumentada	Normal
<b>Meningite tuberculosa</b>	25-500 (LMN)	Aumentada	Normal/Diminuída
<b>Meningite fúngica</b>	< 500 (LMN/EOS)	Aumento discreto	Normal/Diminuída

## 5.6 VIGIASUS – MENINGITE

<b>AÇÃO</b>	Notificar todo caso suspeito de Meningite ou Doença Meningocócica e coletar liquor para análise laboratorial.
Descrição da ação	Notificar no Sinan-NET todos os casos suspeitos de Meningite ou Doença Meningocócica realizando coleta de liquor para identificação do agente etiológico para adoção de medidas de controle e prevenção adequadas e em tempo hábil.
Medida de desempenho	<p><b>Considera-se ação realizada:</b> 95% dos casos suspeitos de meningite ou doença meningocócica com coletas de liquor.</p> <p><b>1º quadrimestre:</b> ≥ 95% dos casos suspeitos de meningite e doença meningocócica com coletas de liquor. Dezembro, Janeiro, Fevereiro e Março.</p> <p><b>2º quadrimestre:</b> ≥ 95% dos casos suspeitos de meningite e doença meningocócica com coletas de liquor. Abril, Maio, Junho e Julho.</p> <p><b>3º quadrimestre:</b> ≥ 95% dos casos suspeitos de meningite e doença meningocócica com coletas de liquor. Agosto, Setembro, Outubro e Novembro.</p>
Unidade de medida	Percentual (%).
Método de cálculo da medida de desempenho	$\frac{\text{Nº de coletas de liquor realizadas no período}}{\text{Nº de casos notificados de Meningites}} \times 100$
Fonte de dados	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan-NET (FIE Meningite Campo nº 46 – punção lombar).
Estratégias sugeridas para alcance da ação	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Na suspeita clínica de meningite ou doença meningocócica, coletar liquor para diagnóstico laboratorial, acondicionar no kit meningite, fornecido pelo LACEN/ PR, preferencialmente antes do início do tratamento com antibióticos. Liquor coletado de válvula de derivação também é considerado ação realizada;</li> <li>2. Em pacientes impossibilitados de coleta de liquor (choque hemorrágico ou outras condições), coletar sangue/soro, com justificativa na Ficha de Investigação e requisição laboratorial;</li> <li>3. Proceder à notificação imediata do caso para a Vigilância Epidemiológica Municipal via fone/fax ou email;</li> <li>4. Encaminhar amostra do liquor para o laboratório de referência local do município, para exame quimiocitológico, bacterioscopia e cultura e encaminhar amostras de liquor, sangue/soro, para o Lacen/PR para realização da cultura, latex e PCR, conforme rotina laboratorial;</li> <li>5. Preencher a FIE, digitar no sistema de informação (Sinan-NET) e encerrar em tempo oportuno (até 60 dias). Anexar cópia da FIE na requisição do Lacen/PR quando encaminhar as amostras para análise laboratorial;</li> <li>6. Acompanhar os resultados dos exames no Gerenciador de Ambiente Laboratorial do Lacen/PR (GAL), para encerramento da Ficha de Investigação Epidemiológica no Sinan-NET e somente habilitar para fluxo de retorno, após o encerramento da FIE;</li> <li>7. Acompanhar a evolução dos casos e realizar bloqueio quimioprofilático nos casos de Doença Meningocócica e Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i> conforme padronizado no Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde Guia Rápido da DVVTR/SESA;</li> <li>8. Consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde e Manual de Coleta e Envio de Amostras do Lacen/PR, como rotina do processo de trabalho;</li> <li>9. Elaborar materiais Educativos para a comunidade (cartazes, folders, etc).</li> </ol>
Área responsável pela avaliação e acompanhamento quadrienal	Regional de Saúde/DVVGS/SCVGES/SCRACA

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **MENINGITE**

Nº

**CASO SUSPEITO:** Criança acima de nove meses e/ou adulto com febre, cefaleia, vômitos, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsões, sufusões hemorrágicas (petéquias) e torpor.  
Em crianças abaixo de nove meses, observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.

<b>Dados Gerais</b>	<b>1</b> Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 2 - Individual		
	<b>2</b> Agravo/Doença <b>MENINGITE</b> <input type="checkbox"/> <b>1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA</b> <input type="checkbox"/> <b>2 - OUTRAS MENINGITES</b>	<b>3</b> Data da Notificação <input type="checkbox"/> Código (CID10) <b>G 0 3. 9</b>	
<b>4</b> UF <input type="checkbox"/>	<b>5</b> Município de Notificação	<b>6</b> Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	<b>7</b> Data dos Primeiros Sintomas <input type="checkbox"/> Código
<b>8</b> Nome do Paciente	<b>9</b> Data de Nascimento <input type="checkbox"/>		
<b>10</b> (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	<b>11</b> Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	<b>12</b> Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	<b>13</b> Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
<b>14</b> Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
<b>15</b> Número do Cartão SUS	<b>16</b> Nome da Mãe		
<b>17</b> UF <input type="checkbox"/>	<b>18</b> Município de Residência	<b>19</b> Distrito <input type="checkbox"/> Código (IBGE)	
<b>20</b> Bairro	<b>21</b> Logradouro (rua, avenida,...)		
<b>22</b> Número	<b>23</b> Complemento (apto., casa, ...)	<b>24</b> Geo Campo 1 <input type="checkbox"/> Código	
<b>25</b> Geo Campo 2	<b>26</b> Ponto de Referência	<b>27</b> CEP <input type="checkbox"/>	
<b>28</b> (DDD) Telefone	<b>29</b> Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	<b>30</b> País (se residente fora do Brasil) <input type="checkbox"/>	

**Dados Complementares do Caso**

<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	<b>31</b> Data da Investigação	<b>32</b> Ocupação		
	<b>33</b> Vacinação 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Nº Doses <input type="checkbox"/> Polissacáridica A/C <input type="checkbox"/> Polissacáridica B/C <input type="checkbox"/> Conjugada meningo C <input type="checkbox"/> BCG	Data da Última Dose <input type="checkbox"/> Tríplice Hemófilo (Tetavalente ou Hib) <input type="checkbox"/> Pneumococo <input type="checkbox"/> Outra	Nº Doses <input type="checkbox"/> Tríplice Hemófilo (Tetavalente ou Hib) <input type="checkbox"/> Pneumococo <input type="checkbox"/> Outra
<b>34</b> Doenças Pré-Existentes	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Aids/HIV + <input type="checkbox"/> Traumatismo	<input type="checkbox"/> Outras Doenças Imunodepressoras <input type="checkbox"/> Infecção Hospitalar	<input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Tuberculose	
<b>35</b> Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas)				
1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro país 9 - Ignorado				
<b>36</b> Nome do Contato	<b>37</b> (DDD) Telefone <input type="checkbox"/>			
<b>38</b> Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade etc)				
<b>39</b> Caso Secundário 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
<b>40</b> Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
<input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca <input type="checkbox"/> Abaulamento de Fontanela <input type="checkbox"/> Petéquias/Sufusões Hemorrágicas <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Kernig/Brudzinski <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Outras				

Dados Clínicos

Meningite

Sinan NET

SVS 15/10/2007

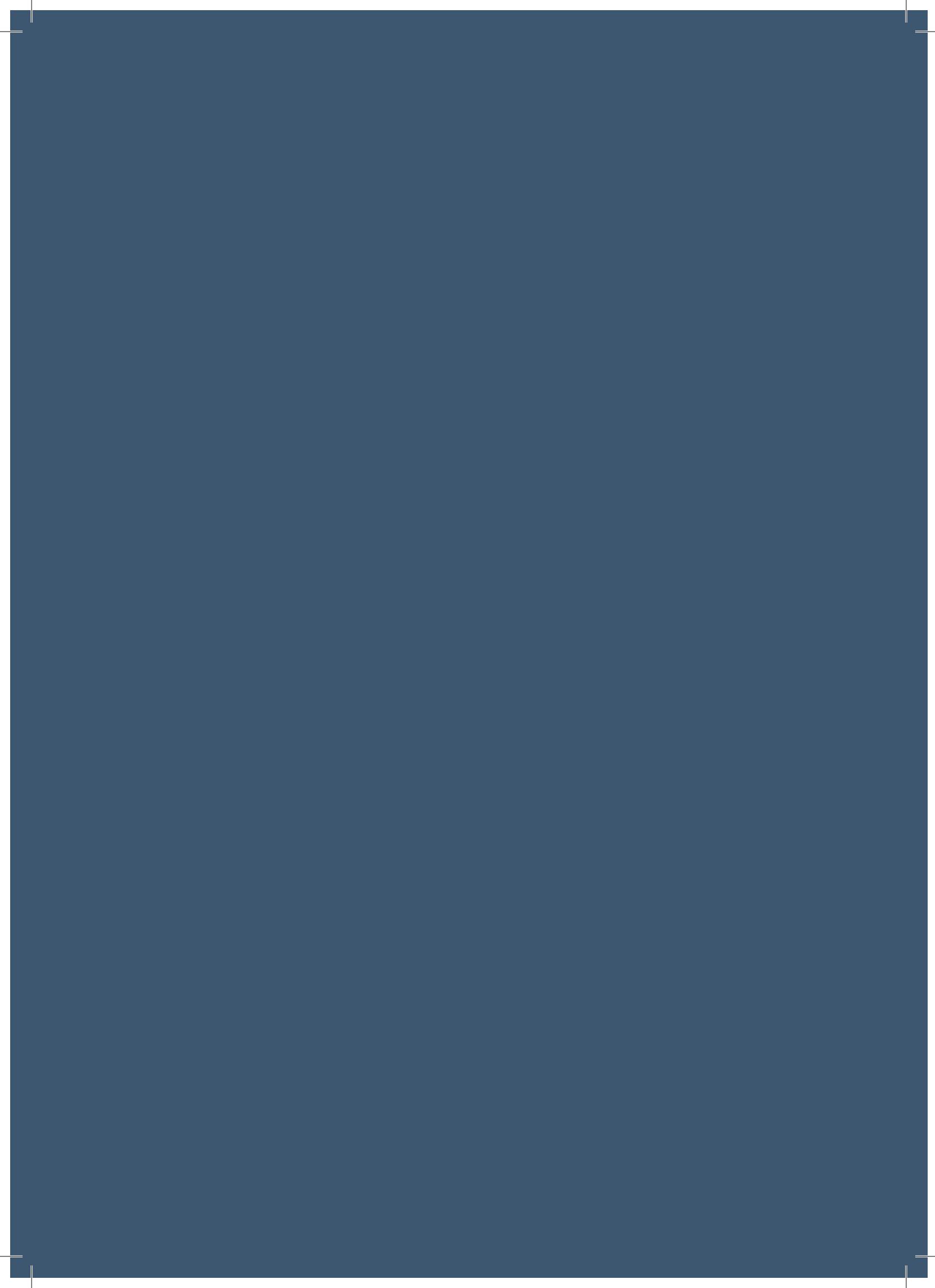
<b>Atendimento</b>	<p><b>41</b> Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> <b>42</b> Data da Internação <b>43</b> UF <b>44</b> Município do Hospital <b>Código (IBGE)</b></p> <p>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</p> <p><b>45</b> Nome do Hospital <b>Código</b></p>																																							
<b>Dados do Laboratório</b>	<p><b>46</b> Punção Lombar <input type="checkbox"/> <b>47</b> Data da Punção <b>48</b> Aspecto do Liquor 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Límpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico 4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 - Outro 9 - Ignorado</p> <p><b>49</b> Resultados Laboratoriais</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><b>Cultura</b></td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><b>CIE</b></td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><b>PCR</b></td> </tr> <tr> <td>Liquor</td> <td>Liquor</td> <td>Liquor</td> </tr> <tr> <td>Lesão Petequial</td> <td>Sangue/Soro</td> <td>Lesão Petequial</td> </tr> <tr> <td>Sangue/Soro</td> <td></td> <td>Sangue/Soro</td> </tr> <tr> <td>Escarro</td> <td></td> <td>Escarro</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Aglutinação pelo Látex</b></td> </tr> <tr> <td>Liquor</td> <td>Liquor</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lesão Petequial</td> <td>Sangue/Soro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sangue/Soro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Escarro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Isolamento Viral</b></td> </tr> <tr> <td>Liquor</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fezes</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<b>Cultura</b>	<b>CIE</b>	<b>PCR</b>	Liquor	Liquor	Liquor	Lesão Petequial	Sangue/Soro	Lesão Petequial	Sangue/Soro		Sangue/Soro	Escarro		Escarro	<b>Aglutinação pelo Látex</b>			Liquor	Liquor		Lesão Petequial	Sangue/Soro		Sangue/Soro			Escarro			<b>Isolamento Viral</b>			Liquor			Fezes		
<b>Cultura</b>	<b>CIE</b>	<b>PCR</b>																																						
Liquor	Liquor	Liquor																																						
Lesão Petequial	Sangue/Soro	Lesão Petequial																																						
Sangue/Soro		Sangue/Soro																																						
Escarro		Escarro																																						
<b>Aglutinação pelo Látex</b>																																								
Liquor	Liquor																																							
Lesão Petequial	Sangue/Soro																																							
Sangue/Soro																																								
Escarro																																								
<b>Isolamento Viral</b>																																								
Liquor																																								
Fezes																																								
<b>Classificação do Caso / Etiologia</b>	<p><b>50</b> Classificação do Caso <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Confirmado 2 - Descartado</p> <p><b>51</b> Se Confirmado, Especifique</p> <p>1 - Meningococemia 6 - Meningite não especificada 2 - Meningite Meningocócica 7 - Meningite Asséptica _____ 3 - Meningite Meningocócica com Meningococemia 8 - Meningite de outra etiologia _____ 4 - Meningite Tuberculosa 9 - Meningite por Hemófilo 5 - Meningite por outras bactérias 10 - Meningite por Pneumococos</p>																																							
<b>Medidas de Controle</b>	<p><b>52</b> Critério de Confirmação</p> <p>1 - Cultura 4 - Clínico 7 - Clínico-Epidemiológico 2 - CIE 5 - Bacterioscopia 8 - Isolamento viral 3 - Ag. Látex 6 - Quimiocitológico 9 - PCR do líquor 10 - Outros</p> <p><b>53</b> Se <i>N. meningitidis</i>, especificar sorogrupo</p>																																							
<b>Conclusão</b>	<p><b>54</b> Número de Comunicantes <input type="checkbox"/></p> <p><b>55</b> Realizada Quimioprofilaxia dos Comunicantes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</p> <p><b>56</b> Se sim, Data <input type="checkbox"/></p> <p><b>57</b> Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p><b>58</b> Evolução do Caso</p> <p>1 - Alta 2 - Óbito por meningite 3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado</p> <p><b>59</b> Data da Evolução <input type="checkbox"/></p> <p><b>60</b> Data do Encerramento <input type="checkbox"/></p>																																							

#### Informações complementares e observações

Exame Quimiocitológico					
Hemácias	<input type="text"/>	mm <sup>3</sup>	Leucócitos	<input type="text"/>	mm <sup>3</sup>
Neutrófilos	<input type="text"/>	%	Eosinófilos	<input type="text"/>	%
Glicose	<input type="text"/>	mg	Proteínas	<input type="text"/>	mg
					Monócitos <input type="text"/> %
					Linfócitos <input type="text"/> %
					Cloreto <input type="text"/> mg

<b>Observações Adicionais</b>	
<p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p>	

<b>Investigador</b>	<p>Município/Unidade de Saúde <b>Cód. da Unid. de Saúde</b></p> <p>Nome <b>Função</b> <b>Assinatura</b></p> <p>Meningite Sinan NET SVS 15/10/2007</p>
---------------------	---





CAPÍTULO 6:  
**PFA/Poliomielite**

## 6.1 FLUXOGRAMA PFA/POLIOMIELITE

### Caso Suspeito de Poliomielite

Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em menores de 15 anos, independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.

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

### Notificação Imediata e FIE Compulsória

O Serviço de Saúde do Município realiza a notificação imediata em até 24 horas (via telefone, e-mail ou fax), repassa para a VE municipal investigar em 48 horas. A VE do município deve repassar, logo em seguida, para a VE da RS, e esta para a DVVTR/SESA **e encaminhar para Internação Hospitalar**.

O Hospital/Serviço de Saúde do Município devem coletar uma amostra de fezes até o 14º dia a partir do início do Déficit Motor, encaminhar à RS, e esta ao Lacen/PR.

Exceção: o município sede e o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), pactuados para esta vigilância, encaminham **diretamente** ao Lacen/PR.

O Serviço de Saúde do Município deve investigar e monitorar os contactantes e analisar a cobertura vacinal contra pólio. Se necessário, realizar vacinação seletiva na área.

O Hospital/Serviço de Saúde do Município devem fazer Reavaliação (Revisão) aos 60 dias do início do Déficit Motor (DM), completar imediatamente a FIE e encaminhar à RS.

**A RS DEVE ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A FICHA PREENCHIDA COM OS DADOS DA REVISITA PARA A DVVTR/SESA, QUE ENCERRARÁ O CASO.**

Os últimos casos de poliomielite nas Américas ocorreram no Brasil em 1989 e no Peru em 1991. Atualmente, ainda há circulação de poliovírus selvagem em alguns países do Sudeste Asiático. No Paraná, os últimos casos de poliomielite ocorreram em 1986.

## 6.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**COORDENAÇÃO-GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**

Unidade Técnica das Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis - UVRI

Lista de Diagnósticos diferenciais com Poliomielite

Os códigos são apresentados segundo a nomenclatura do CID-9 e CID-10

<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>C I D</b>
Poliomielite Aguda	A80
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	I64
Amiotrofia nevrálgica	G12.2
Compressões das raízes e dos plexos nervosos	G55
Diplegia dos membros superiores	G83.0
Encefalite aguda disseminada	G04.0
Encefalite seguida a processos de imunização	G04.0
Encefalite, mielites e encefalomielites não especificadas	G04.9
Hemiplegia flácida	G81.0
Hemiplegia não especificada	G81.9
Intoxicações alimentares bacterianas não especificadas	A05.9
Lesão de nervo ciático	G57.0
Meningoencefalite e meningomielite bacterianas não classificadas em outras partes	G04.2
Miastenia gravis	G70.0
Mielite transversa aguda	G37.3
Outras encefalites, mielites e encefalomielites	G04.8
Mononeuropatias de membros inferiores não especificadas	G57.9
Mononeuropatias de membros superiores não especificadas	G56.9
Monoplegia do membro inferior	G83.1
Monoplegia do membro superior	G83.2
Monoplegia, não especificada	G83.3
Encefalites, mielites e encefalomielites em doenças virais classificadas em outra parte	G05.1
Miopatia, não especificada	G72.9
Mononeuropatia, não especificada	G58.9
Neoplasia maligna do sistema nervoso central, não especificada (tumor)	C72.9
Paralisia periódica	G72.3
Paraplegia flácida	G82.0
Polineuropatia inflamatória não especificada	G61.9
Polineuropatia não especificada	G62.9
Polineuropatia devido a outros agentes tóxicos	G62.2
Polineuropatia induzida por drogas	G62.0
Síndrome da cauda equina	G83.4
Síndrome de Guillain-Barré (Polineurite aguda pós-infecciosa)	G61.0
Síndrome paralítica não especificada (IGN)	G83.9
Tetraplegia flácida	G82.3
Transtornos mioneurais não especificado	G70.9
Traumatismo não especificado da cabeça	S09.9
Traumatismo da medula, nível não especificado	T09.3
Traumatismo não especificado de membro superior, nível não especificado	T11.9
Traumatismo não especificado de membro inferior, nível não especificado	T13.9
Outros transtornos do sistema nervoso (síndrome neurológica a esclarecer)	G 98
Paralisia flácida a esclarecer	PFA/E

## 6.3 ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO

### ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO (POLIOMIELITE)

Juntamente com a vigilância epidemiológica efetiva das PFAs, a vacinação constitui a principal medida para manter erradicada a circulação do poliovírus selvagem.

#### Vacinação de rotina:

- 1<sup>a</sup> dose com a Vacina Inativada contra Pólio (VIP/Salk) aos 2 meses de idade;
- 2<sup>a</sup> dose com a Vacina Inativada contra Pólio (VIP/Salk) aos 4 meses de idade;
- 3<sup>a</sup> dose com a Vacina Inativada contra Pólio (VIP/Salk) aos 6 meses de idade;
- 1º reforço com a Vacina Oral contra Pólio (VOP/Sabin) aos 15 meses de idade;
- 2º reforço com a Vacina Oral da Pólio (VOP/Sabin) aos 4 anos de idade.

**As Campanhas de Vacinação contra a Poliomielite acontecem uma vez ao ano e, nessa ocasião, todas as crianças de 12 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias devem ser vacinadas com a VOP.**

#### Proteção da População

A principal proteção ocorre pela manutenção de elevadas coberturas vacinais na rotina e nas campanhas de vacinação em massa com a VOP. Quando houver casos notificados de PFA com hipótese diagnóstica de poliomielite, recomenda-se a vacinação com VOP indiscriminada para menores de 5 anos de idade, na área de abrangência do caso.

#### Orientações de vacinação para o viajante

Conforme o Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite do ano de 1999, do Ministério da Saúde, os viajantes devem seguir as seguintes recomendações até a erradicação mundial da poliomielite:

##### **a) Indivíduos que chegam ao Brasil, provenientes de países com circulação do poliovírus selvagem:**

Em qualquer idade, crianças e adultos, independentemente da história vacinal anterior, que recebam uma dose da vacina oral, imediatamente após sua chegada e, posteriormente, os menores de 15 anos, que completem o esquema básico, considerando para isso os documentos comprobatórios individuais apresentados, desde que claramente registrados, independentemente do país que os emitiu.

##### **b) Indivíduos que planejam viagem ao exterior, a países com circulação do poliovírus selvagem:**

Em qualquer idade, crianças e adultos, independentemente da situação vacinal anterior, que recebam pelo menos uma dose da vacina oral antes da viagem e aqueles com esquema básico incompleto ou sem comprovação de história vacinal anterior, que recebam logo que possível, a complementação desse esquema, ainda no Brasil ou no país de destino da viagem.

**CASO SUSPEITO:** Todo caso de deficiência motora flácida aguda em menores de 15 anos, independentemente da hipótese diagnóstica, e em pessoas de qualquer idade que apresentem hipótese diagnóstica de poliomielite.

<b>Dados Gerais</b>	<b>1</b> Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 2 - Individual	<b>2</b> Agravo/doença <b>PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE</b>	<b>3</b> Código (CID10) <b>A 80.9</b>	<b>4</b> Data da Notificação <input type="checkbox"/>			
	<b>5</b> Município de Notificação	<b>6</b> Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	<b>7</b> Código	<b>8</b> Código (IBGE)			
<b>Notificação Individual</b>	<b>9</b> Nome do Paciente	<b>10</b> (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	<b>11</b> Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	<b>12</b> Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	<b>13</b> Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		
	<b>14</b> Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Esínio fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	<b>15</b> Número do Cartão SUS	<b>16</b> Nome da Mãe	<b>17</b> UF <input type="checkbox"/>	<b>18</b> Município de Residência	<b>19</b> Código (IBGE)	<b>20</b> Distrito <input type="checkbox"/>
	<b>21</b> Logradouro (rua, avenida etc.)	<b>22</b> Número	<b>23</b> Complemento (apto., casa etc.)	<b>24</b> Geo Campo 1	<b>25</b> Geo Campo 2	<b>26</b> Ponto de Referência	<b>27</b> CEP <input type="checkbox"/>
	<b>28</b> (DDD) Telefone	<b>29</b> Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	<b>30</b> País (se residente fora do Brasil)	<b>31</b> Data da 1ª Consulta	<b>32</b> Data da Investigação	<b>33</b> Tomou Vacina Contra Poliomielite 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>34</b> Número de Doses Válidas <input type="checkbox"/>
	<b>35</b> Data da Última Dose da Vacina	<b>36</b> Viajou ou recebeu visitas provenientes de áreas endêmicas de poliomielite nos 30 dias anteriores à data de início da deficiência motora? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>37</b> Se Sim, País de Origem <input type="checkbox"/>				
	<b>38</b> Sinais e Sintomas <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Dores Musculares <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Sint. Respiratórios <input type="checkbox"/> Outros	<b>39</b> Data Início da Def. Motora <input type="checkbox"/>					
	<b>40</b> Deficiência Motora 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Fláctica <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Progressão Após 3 Dias <input type="checkbox"/> Ascendente <input type="checkbox"/> Descendente						
	<b>41</b> Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD	<b>42</b> Localização 1-Distal 2-Proximal 3-Todo o membro 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD					
	<b>43</b> Comprometimento de 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Musculatura Respiratória <input type="checkbox"/> Musculatura Cervical <input type="checkbox"/> Face	<b>Fase Aguda</b> <b>44</b> Data do Exame <input type="checkbox"/>	<b>45</b> Força Muscular 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face				
	<b>46</b> Tônus Muscular 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Musc. Cervical <input type="checkbox"/> Face	<b>47</b> Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face					
<b>48</b> Reflejos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Aquileu E <input type="checkbox"/> Aquileu D <input type="checkbox"/> Patellar E <input type="checkbox"/> Patellar D <input type="checkbox"/> Bicipital E <input type="checkbox"/> Bicipital D <input type="checkbox"/> Tricipital E <input type="checkbox"/> Tricipital D							

<b>Dados Clínicos</b>	<b>31</b> Data da 1ª Consulta	<b>32</b> Data da Investigação	<b>33</b> Tomou Vacina Contra Poliomielite 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>34</b> Número de Doses Válidas <input type="checkbox"/>
	<b>35</b> Data da Última Dose da Vacina	<b>36</b> Viajou ou recebeu visitas provenientes de áreas endêmicas de poliomielite nos 30 dias anteriores à data de início da deficiência motora? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>37</b> Se Sim, País de Origem <input type="checkbox"/>	
	<b>38</b> Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Dores Musculares <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Sint. Respiratórios <input type="checkbox"/> Outros	<b>39</b> Data Início da Def. Motora <input type="checkbox"/>		
	<b>40</b> Deficiência Motora 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Fláctica <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Progressão Após 3 Dias <input type="checkbox"/> Ascendente <input type="checkbox"/> Descendente			
	<b>41</b> Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD	<b>42</b> Localização 1-Distal 2-Proximal 3-Todo o membro 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		
	<b>43</b> Comprometimento de 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Musculatura Respiratória <input type="checkbox"/> Musculatura Cervical <input type="checkbox"/> Face	<b>Fase Aguda</b> <b>44</b> Data do Exame <input type="checkbox"/>	<b>45</b> Força Muscular 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face	
	<b>46</b> Tônus Muscular 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Musc. Cervical <input type="checkbox"/> Face	<b>47</b> Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face		
	<b>48</b> Reflejos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Aquileu E <input type="checkbox"/> Aquileu D <input type="checkbox"/> Patellar E <input type="checkbox"/> Patellar D <input type="checkbox"/> Bicipital E <input type="checkbox"/> Bicipital D <input type="checkbox"/> Tricipital E <input type="checkbox"/> Tricipital D			

<b>Dados Clínicos (Cont.)</b>	<p><b>49</b> Refleto Cutâneo-Plantar    1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  <input type="checkbox"/> Flexão E    <input type="checkbox"/> Extensão E  <input type="checkbox"/> Flexão D    <input type="checkbox"/> Extensão D</p> <p><b>50</b> Sinais de Irritação Meníngea  1-Ausente 2-Presente 9-Ignorado  <input type="checkbox"/> Kernig    <input type="checkbox"/> Rígidez de Nuca    <input type="checkbox"/> Brudzinski</p>																												
	<p><b>51</b> Contato ou Ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos)    1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</p> <p><b>52</b> Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha)</p>																												
	<p><b>53</b> História de Injeção Intramuscular    1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</p> <p><b>54</b> Local de Aplicação  1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Glúteo E 6-Glúteo D</p>																												
<b>Atendi- mento</b>	<p><b>55</b> Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa)</p> <p><b>56</b> Ocorreu Hospitalização  1-Sim 2-Não 9-Ignorado</p> <p><b>57</b> Data da Internação  Código (IBGE)</p>																												
	<p><b>58</b> UF    <b>59</b> Município do Hospital</p>																												
<b>Dados do Laboratório</b>	<p><b>60</b> Data da Coleta</p> <p><b>61</b> Data do envio do Nível Local para o Estadual</p> <p><b>62</b> Data do envio do Nível Estadual para o LRR</p> <p><b>63</b> Data do Recebimento no LRR</p> <p><b>64</b> Quantidade  1 - Suficiente  2 - Insuficiente</p> <p><b>65</b> Condições  1 - Temperatura Adequada  2 - Temperatura Alterada</p> <p><b>66</b> Data do Resultado</p>																												
	<p><b>67</b> Resultado  1- P1 Vacinal    2- P2 Vacinal    3 - P3 Vacinal    4 - P1 Selvagem    5 - P2 Selvagem    6 - P3 Selvagem  7 - Negativo    8- Não Pólio    9- Outros    10- Inconclusivo    11- PVDV1    12- PVDV2    13- PVDV3</p>																												
	<p><b>68</b> Exames Complementares</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="7" style="text-align: center;">Liquor</th> </tr> <tr> <th>Data da Coleta</th> <th>Nº de Células/mm<sup>3</sup></th> <th>Linfócitos %</th> <th>Proteínas mg%</th> <th>Glicose mg%</th> <th>Cloreto mg%</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>69</b> Data da Realização</p> <p><b>70</b> Diagnóstico Sugestivo de (tabela anexa)</p>	Liquor							Data da Coleta	Nº de Células/mm <sup>3</sup>	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%		/ /							/ /						
Liquor																													
Data da Coleta	Nº de Células/mm <sup>3</sup>	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%																								
/ /																													
/ /																													
<b>Evolução do Caso (revisão)</b>	<p><b>71</b> Coletado Material Anatomopatológico?  <input type="checkbox"/> Cérebro    <input type="checkbox"/> Medula    <input type="checkbox"/> Intestino    1 - Sim  2 - Não    9 - Ignorado</p> <p><b>72</b> Data da Coleta</p> <p><b>73</b> Resultado  1 - Compatível com poliomielite  2 - Não compatível com poliomielite</p>																												
	<p><b>74</b> Data da Revisão</p> <p><b>75</b> Força Muscular  1-Diminuída    2-Ausente    3-Normal    4-Aumentado  <input type="checkbox"/> MIE    <input type="checkbox"/> MSE    <input type="checkbox"/> MID    <input type="checkbox"/> MSD  <input type="checkbox"/> MID    <input type="checkbox"/> MSD</p> <p><b>76</b> Tônus Muscular  1-Diminuído    2-Ausente    3-Normal    4-Aumentado  <input type="checkbox"/> MIE    <input type="checkbox"/> MSE    <input type="checkbox"/> MID    <input type="checkbox"/> MSD  <input type="checkbox"/> Musc. Cervical    <input type="checkbox"/> Face</p>																												
	<p><b>77</b> Reflexos    1-Diminuído    2-Ausente    3-Normal    4- Aumentado    9-Ignorado  <input type="checkbox"/> Aquileu E    <input type="checkbox"/> Aquileu D    <input type="checkbox"/> Patelar E    <input type="checkbox"/> Patelar D    <input type="checkbox"/> Bicipital E    <input type="checkbox"/> Bicipital D    <input type="checkbox"/> Tricipital E    <input type="checkbox"/> Tricipital D</p>																												
	<p><b>78</b> Refleto Cutâneo Plantar    1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</p> <p><input type="checkbox"/> Flexão E    <input type="checkbox"/> Flexão D    <input type="checkbox"/> Extensão E    <input type="checkbox"/> Extensão D</p> <p><b>79</b> Atrofia    1 - Presente 2 - Ausente 9 - Ignorado  <input type="checkbox"/> MIE    <input type="checkbox"/> MSE    <input type="checkbox"/> MID    <input type="checkbox"/> MSD</p>																												
	<p><b>80</b> Sensibilidade    1-Diminuída    2-Ausente    3-Normal    4-Parestesia    5-Prejudicada    9-Ignorado  <input type="checkbox"/> MIE    <input type="checkbox"/> MSE    <input type="checkbox"/> MID    <input type="checkbox"/> MSD    <input type="checkbox"/> Face</p>																												
<b>Conclusão</b>	<p><b>81</b> Data da Revisão</p> <p><b>82</b> Classificação Final  1-Confirmado Poliovírus Selvagem    2-Compatível  3-Associado à vacina    4-Descartado    5-Confirmado PVDV</p> <p><b>83</b> Critério de Classificação  1-Laboratorial    2-Clínico Epidemiológico  3-Perda de Seguimento    4-Óbito    5-Evolução</p>																												
	<p><b>84</b> Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo)</p> <p><b>85</b> Evolução  1-Cura com sequela    2-Cura sem sequela  3-Óbito por PFA/Pólio    4-Óbito por outras causas    9-Ignorado</p>																												
<b>Investigador</b>	<p><b>86</b> Data do Óbito</p> <p><b>87</b> Data do Encerramento</p> <p>Município/Unidade de Saúde</p> <p>Nome</p> <p>Função</p> <p>Cód. da Unid. de Saúde</p> <p>Assinatura</p>																												



CAPÍTULO 7:  
**Tétano Accidental**

## 7.1 FLUXOGRAMA DO TÉTANO ACIDENTAL

### Caso suspeito de Tétano Acidental

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

#### Confirmação do Caso:

Todo caso suspeito com sintomas de tétano que não se justifique por outras etiologias e atenda ao Critério Clínico para Tétano Acidental. A lucidez do paciente reforça o diagnóstico.

#### Notificação Compulsória FIE

Serviço de Saúde Municipal → Vigilância Epidemiológica municipal investigar em 48 horas e encerrar Ficha de Investigação Epidemiológica até 60 dias.

#### Internação Hospitalar Imediata

##### Formas moderadas e graves

Tratar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

##### Formas leves

Tratar preferencialmente em UTI.  
Podem ser tratados em quarto individual com monitoramento contínuo.

#### Medidas Gerais:

- Sedar o paciente antes de qualquer procedimento e manipular o menos possível;
- Garantir a assistência multiprofissional e especializada. Se necessário, oxigênio e suporte ventilatório;
- Verificar histórico vacinal e completar o esquema se necessário, e orientar seus familiares;
- Administrar Soro Antitetânico (**SAT**) e/ou Imunoglobulina Humana Antitetânica (**IGHAT**) conforme indicado;
- Administrar (**SAT ou IGHAT**) o mais breve possível, exclusivamente em ambiente hospitalar;
- Debridamento e retirada de corpo estranho deverá ser de uma a seis horas após administração de (**SAT ou IGHAT**);
- Limpar local com água e sabão ou soro fisiológico;
- Realizar assepsia com água oxigenada ou solução de permanganato de potássio a 1:5000.
- Em caso de ferimento puntiforme profundo, abrir em cruz e lavar em abundância com solução antisséptica (álcool a 70%, clorexidina ou solução de permanganato de potássio a 1:5000).

#### Neutralização da Toxina Tetânica

##### Soro Antitetânico

Dose de 20.000 UI para uso terapêutico e 5.000 UI para uso profilático, IM em duas massas musculares diferentes. Quando EV diluir em soro glicosado 5% lento (dose individualizada).

##### Imunoglobulina Humana Antitetânica\*

Dose de 250 UI somente IM em duas massas musculares diferentes.

#### Erradicação do *Clostridium tetani*

##### ADULTO

###### Penicilina G Cristalina:

2.000.000UI/dose EV de 4 em 4 horas, de sete a dez dias, ou

###### Metronidazol:

500 mg EV - de 8 em 8 horas, de sete a dez dias.

##### CRIANÇA

###### Penicilina G Cristalina:

50.000 a 100.000UI/Kg/dia EV - 4/4 h de 7 a 10 dias ou

###### Metronidazol (500 mg):

7,5 mg EV - 8/8h de 7 a 10 dias.

**Obs:** \*A posologia deve ser individualizada e a critério médico. Trabalhos recentes mostram que a dose de 250 UI é tão eficaz quanto doses maiores.

## 7.2 PERÍODO DE INCUBAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO POR GRAU DE GRAVIDADE

Identificar o foco tetânico é fundamental para estabelecer o período de incubação e progressão da doença.

CLASSIFICAÇÃO por período de incubação	TÉTANO BRANDO	TÉTANO MÉDIO	TÉTANO GRAVE
<b>Período de Incubação*</b> (PI)	10 dias	7 dias	4 dias
<b>Período de Progressão**</b> (PP)	24 horas	12-24 horas	12 horas
<b>Contracturas</b> - Frequência - Intensidade - Duração	1-5/dias + +	60-80/dias ++ ++	200/dias +++ +++

\* **Período de incubação (PI):** Tempo entre o possível ferimento/foco tetânico e o aparecimento do primeiro sintoma, geralmente o trismo.

\*\* **Período de progressão (PP):** O intervalo entre o aparecimento do primeiro sintoma e o do primeiro espasmo.

## 7.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO TÉTANO ACIDENTAL

DOENÇA	QUADRO CLÍNICO
INTOXICAÇÃO PELA ESTRIQUININA	Ausência de trismo e hipertonia generalizada, durante os intervalos de espasmo.
MENINGITES	Febre alta desde o início, ausência de trismo, presença sinais de Kernig e Brudzinski, cefaleia e vômito.
TETANIA	Os espasmos são, principalmente, nas extremidades, sinais de Troussseau e Chvostek presentes, hipocalcemia e relaxamento muscular entre os paroxismos.
RAIVA	História de mordedura, arranhadura ou lamedura por animais, convulsão. Ausência de trismo, hipersensibilidade cutânea e alterações de comportamento.
HISTERIA	Ausência de ferimentos e espasmos intensos. Quando o paciente se distrai, desaparecem os sintomas.
INTOXICAÇÃO PELA METOCLOPRAMIDA E INTOXICAÇÃO POR NEUROLÉPTICOS	Podem levar a trismo e hipertonia muscular.
PROCESSOS INFLAMATÓRIOS DA BOCA E DA FARINGE, ACOMPANHADO DE TRISMO	Dentre as principais entidades que podem causar o trismo, citam-se: abscesso dentário, periostite alvéolo dentária, erupção viciosa do dente siso, fratura e/ou osteomelite de mandíbula, abscesso amigdaliano e/ou retrofaríngeo.

DOENÇA	QUADRO CLÍNICO
<b>DOENÇA DO SORO</b>	Pode causar trismo, que é decorrente da artrite temporomandibular, que se instala após uso de soro heterólogo. Ficam evidenciadas lesões maculopapulares cutâneas, hipertrofia ganglionar, comprometimento renal e outras artrites.
<b>OUTRAS DOENÇAS</b>	<p>É importante chamar a atenção para as condições que, mesmo excepcionalmente, podem figurar no diagnóstico diferencial do tétano, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osteartrite cervical aguda com rigidez de nuca;</li> <li>• Espondilite septicêmica;</li> <li>• Hemorragia retroperitoneal;</li> <li>• Úlcera péptica perfurada;</li> <li>• Outras causas de abdome agudo;</li> <li>• Epilepsia;</li> <li>• Outras causas de convulsões.</li> </ul>

## 7.4 HISTÓRIA DE VACINAÇÃO PRÉVIA E CONDUTA FRENTE AO FERIMENTO SUSPEITO DE TÉTANO ACIDENTAL

História de vacinação prévia contra Tétano	Ferimentos com risco mínimo de Tétano <sup>1</sup>			Ferimentos com alto risco de Tétano <sup>2</sup>		
	Vacina	SAT IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT IGHAT	Outras condutas
Incerta ou menos de três doses	Sim <sup>3</sup>	Não	Limpeza e desinfecção: Lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e debridar o foco de infecção	Sim <sup>3</sup>	Sim	Desinfecção: Lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados
Três doses ou mais, com a última dose há menos de cinco anos	Não	Não		Não	Não	
Três ou mais doses, sendo a última dose há mais de cinco anos e menos de dez anos	Não	Não		Sim (1 reforço)	Não <sup>4</sup>	
Três ou mais doses, com a última dose há dez anos ou mais	Sim	Não		Sim (1 reforço)	Não <sup>4</sup>	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos em situações especiais	Sim	Não		Sim (1 reforço)	Sim <sup>5</sup>	Debridamento do ferimento e lavar com água oxigenada

1) Ferimentos superficiais limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.

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

3) Vacinar e aprazar as próximas doses para completar o esquema básico. A vacinação protege contra o risco de tétano futuro. Se o profissional que presta o atendimento suspeitar que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

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

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

## RECOMENDAÇÕES PARA O USO PROFILÁTICO DO SORO ANTITETÂNICO

Soro Antitetânico	Dosagem	Via de Administração	Observações
IGHAT	250 UI	Somente intramuscular (IM), por conter conservante	Administrar em duas massas musculares diferentes. Em grupo muscular diferente do local em que foi aplicada a vacina
SAT	5000 UI	IM	Administrar em duas massas musculares diferentes. Se endovenoso, diluir em soro glicosado a 5%, com gotejamento lento.

## 7.5 ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO

VACINA	PROTEÇÃO	IDADE	DOSE/VIA	REFORÇO
<b>PENTAVALENTE</b> <b>Intervalo recomendado entre as doses:</b> 60 dias, com o mínimo de 30 dias	Difteria Tétano Coqueluche Hepatite B Meningite por <i>Haemophilus influenzae b</i>	2 meses	1ª Dose 0,5 ml/IM	
		4 meses	2ª Dose 0,5 ml/IM	
		6 meses	3ª Dose 0,5 ml/IM	
<b>DTP</b>	Difteria Tétano Coqueluche	15 meses	0,5 ml/IM	<b>1º Reforço</b>
	Difteria Tétano Coqueluche	4 anos	0,5 ml/IM	<b>2º Reforço</b>
<b>dT</b> Uso adulto	Difteria Tétano	A cada dez anos após o último reforço	0,5 ml/IM	<b>A cada 10 anos.</b> Em gestantes e nos ferimentos graves a cada cinco anos.
<b>dTpa ( Acelular)</b> <b>Para gestante,</b> mínimo 30 dias após dT	Difteria Tétano Coqueluche	<b>Gestantes</b> a partir da 27ª até a 36ª semana de gestação	0,5 ml/IM	<b>Uma dose em cada gestação</b>

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **TÉTANO ACIDENTAL**

Nº

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

<b>Dados Gerais</b>	<b>1</b> Tipo de Notificação	2 - Individual					
	<b>2</b> Agravo/Doença	<b>3</b> Código (CID10)	<b>3</b> Data da Notificação				
	<b>4</b> UF	<b>5</b> Município de Notificação	<b>6</b> Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				
			<b>7</b> Código	<b>7</b> Data dos Primeiros Sintomas			
<b>Notificação Individual</b>	<b>8</b> Nome do Paciente	<b>9</b> Data de Nascimento					
	<b>10</b> (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	<b>11</b> Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	<b>12</b> Gestante	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4-Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	<b>13</b> Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	<b>14</b> Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Escrever incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Escrever médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	<b>15</b> Número do Cartão SUS	<b>16</b> Nome da Mãe					
	<b>17</b> UF	<b>18</b> Município de Residência	<b>19</b> Código (IBGE)	<b>19</b> Distrito			
	<b>20</b> Bairro	<b>21</b> Logradouro (rua, avenida etc.)	<b>22</b> Número		<b>23</b> Complemento (apto., casa etc.)	<b>24</b> Geo Campo 1	
	<b>25</b> Geo Campo 2	<b>26</b> Ponto de Referência	<b>27</b> CEP				
<b>28</b> (DDD) Telefone	<b>29</b> Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	<b>30</b> País (se residente fora do Brasil)				

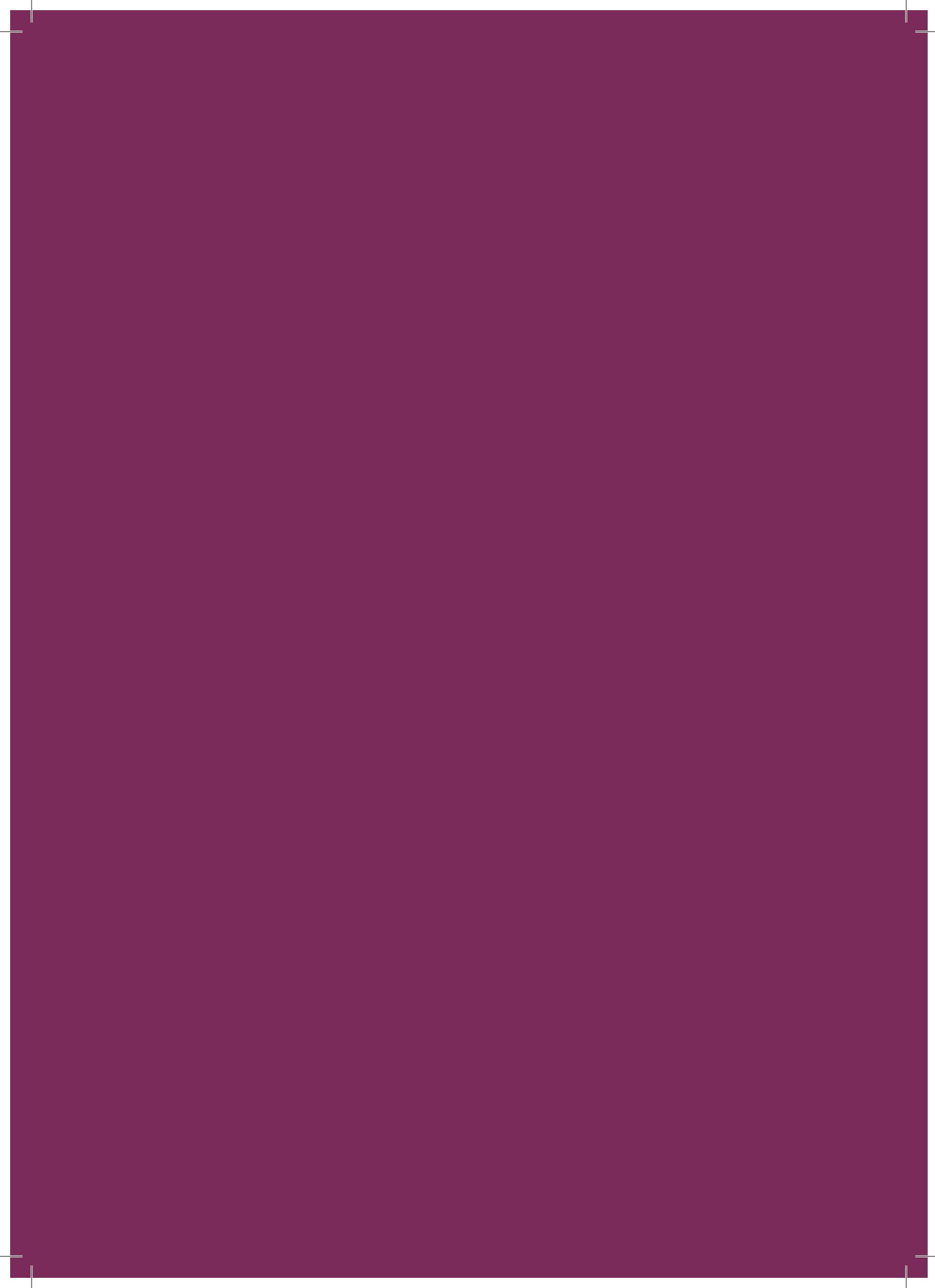
**Dados Complementares do Caso**

<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	<b>31</b> Data da Investigação	<b>32</b> Ocupação		
	<b>33</b> Possível Causa	1 - Injeção 2 - Lacerção 3 - Queimadura 4 - Cirúrgica 5 - Perfuração 6 - Escoriação 7 - Abortamento Séptico 8 - Outros 9 - Ignorado	<b>34</b> Local da Lesão	1-Membros Inferiores 2-Membros Superiores 3-Tronco 4-Cabeça/Pescoço 5-Cavidade Oral 9-Ignorado
	<b>Situação Vacinal (DTP, DT, Dt, TT ou Tetravalente) antes da lesão</b>		<b>Profilaxia Pós - Ferimento</b>	
	<b>35</b> Número de Doses Aplicadas	<b>36</b> Data da Última Dose	<b>37</b> Tratamento Específico e outras medidas:	<input type="checkbox"/>
1-Uma 2-Duas 3-Três 4-Três+1 Reforço 5-Três+2 Reforços 6-Nunca Vacinado 9-Ignorado		1-Soro Antitetânico 2-Imunoglobulina 3-Vacina 4-Antibiótico 5-Nenhum		
<b>Dados Clínicos</b>	<b>38</b> Manifestações Clínicas	<b>39</b> Origem do Caso		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>40</b> Ocorreu hospitalização	1- Notificação 2- Busca Ativa 3- Declaração de Óbito	
	<b>41</b> Data da Internação	<b>42</b> UF	<b>43</b> Município de Hospitalização	
<b>44</b> Medidas de Controle	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>45</b> Identificar população suscetível	<b>46</b> Vacinação da população suscetível	<b>47</b> Análise de cobertura vacinal por faixa etária

Conclusão	<b>45</b> Classificação Final	<input type="checkbox"/> 1 - Confirmado		<input type="checkbox"/> 2 - Descartado		<input type="checkbox"/>				
	<b>Local Provável da Fonte de Infecção</b>									
	<b>46</b> Local provável da fonte de infecção	<input type="checkbox"/> 1-Domicílio <input type="checkbox"/> 2-Trabalho <input type="checkbox"/> 3-Via Pública <input type="checkbox"/> 4-Escola <input type="checkbox"/> 5-Campo <input type="checkbox"/> 6-Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 7-Outro Local <input type="checkbox"/> 9-Ignorado								
	<b>47</b> O caso é autóctone do município de residência?	<input type="checkbox"/> 1-Sim		<input type="checkbox"/> 2-Não	<input type="checkbox"/> 3-Indeterminado			<input type="checkbox"/> 48 UF <input type="checkbox"/> 49 País		
	<b>50</b> Município	<input type="checkbox"/> Código (IBGE)		<b>51</b> Distrito	<input type="checkbox"/> Bairro					
	<b>53</b> Evolução do caso	<input type="checkbox"/> 1-Cura		<input type="checkbox"/> 2-Óbito por Tétano Acidental	<input type="checkbox"/> 3-Óbito por Outras Causas			<input type="checkbox"/> 4-Óbito por Tétano Acidental	<input type="checkbox"/> 54 Data do Óbito	<input type="checkbox"/> 55 Data do Encerramento
	<b>Informações complementares e observações</b>									
<b>Observações Adicionais</b>										
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde					
	Nome		Funcão		Assinatura					
	Tétano Acidental		Sinan NET		SVS		27/09/2005			

## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de bolso, doenças infecciosas e parasitárias. 8. ed. Brasília: MS, 2010.
2. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: MS, 2014.
3. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual de normas de procedimentos para vacinação. Brasília: MS, 2014.
4. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Protocolo de tratamento de Influenza. Brasília: MS, 2014.
5. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sinan. Dicionário de dados: meningite. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde, 2010.
6. BRAUNER S. et al. Diretrizes para o manejo do tétano acidental em pacientes adultos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v. 23, n. 4 , p. 394-409, out./dez. 2001.
7. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Divisão de vigilância do programa estadual de imunização, esquema de vacinação. Curitiba: Secretaria de Estado de Saúde, 2014.
8. \_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Manual de coleta e envio de amostras biológicas ao Lacen. Curitiba: Secretaria de Estado de Saúde, 2012..





## CAPÍTULO 8: **Anexos**



SIPAR - Ministério da Saúde  
 Registro Número: 25000.  
001.767/2015-71

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
 SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
 DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
 Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, Sala 155  
 CEP. 70.058-900 Brasília-DF  
 Tel: (61) 3213-8264

Ofício nº 01 /2015 CGDT/DEVIT/GAB/SVS-MS

Brasília, 7 de Janeiro de 2015.

A Senhora,  
**JÚLIA VALÉRIA FERREIRA CORDELLINI**  
 Chefe da Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis  
 Rua Piquiri – Rebouças – Setor DVVTR  
 Curitiba - PR, CEP: 80.230-140-170

**Assunto: Embalsamar e/ou lacrar o caixão pós-morte nos casos de meningite bacteriana**

1. Em atenção ao e-mail enviado em 11.12.2014 pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (anexo), que solicita esclarecimento de recomendação para embalsamar o corpo e/ou lacrar caixão nos casos de meningite bacteriana, a Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGDT/SVS) esclarece:
2. O termo Meningite expressa à ocorrência de um processo inflamatório das meninges (membranas que envolvem o cérebro).
3. A transmissão dos agentes infecciosos é de pessoa a pessoa, ocorre por contato direto através das vias respiratórias, por gotículas e secreções da nasofaringe, havendo necessidade de contato próximo (residentes da mesma casa, colega de dormitório ou alojamento) ou contato direto com as secreções respiratórias do paciente.
4. Esclarecemos que não há transmissão de meningite pós-morte e não existem recomendações para embalsamar e/ou lacrar o caixão e nem a realização da tanatologia.

Atenciosamente,

Eduardo Pacheco de Caldas  
 Coordenador Geral de Doenças Transmissíveis  
 Substituto

# Vacinação Segura

**Material desenvolvido por**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
 Supervisão da Vigilância em Saúde - SVS / Centro de Epidemiologia – CEPI  
 Divisão de Vigilância do Programa Estadual de Imunização - DVI



## ESQUEMA DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	COMPOSIÇÃO	Nº DOSES	VACINAÇÃO BÁSICA	REINOCINAÇÃO OU REFORÇO	INÍCIO DA VACINAÇÃO	INTERVALO ENTRE AS DOSES RECOMENDADO	MÍNIMO	* DOSAGEM	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE APLICAÇÃO	AGULHA HIPODÉMICA RECOMENDADA	***TEMPO DE VALIDADE APÓS ABERTO FRASCO	ALGUNS EVENTOS ADVERSOS
<b>BCG</b>	Tuberculose	Bactéria viva attenuada	Dose única	Depende da indicação (1)	Ao nascer	4 anos, 11 meses e 29 dias (1)	-	-	0,1 ml	Intradérmica (ID)	Inserção inferior do músculo	13x38	6 horas (multidose)	Reações locais e/ou regionais. Granuloma. Ulcera > 1 cm abcesso, linfadenopatias regionais.
<b>Hepatite B (HB recombinante)</b>	Hepatite B	Partícula da cápsula de vírus antigeno de superfície (2)	Uma dose	Ao nascer	30 dias	-	-	0,5 ml	Intramuscular (IM)	Vasto lateral da coxa esquerda	20x5,5 25x6	10 e/ou 15 dias (multidose)	Reações locais. Fafe, cefaleia, fadiga, dor/maior desconforto gastrorintérito leve.	
<b>Poliomielite 1,2,3 (VIP - inativada)</b>	Poliomielite	Vírus inativado tipos I, II e III	Duas doses	-	2 meses	4 anos, 11 meses e 29 dias	60 dias	30 dias	0,5 ml	Intramuscular (IM)	Vasto lateral da coxa esquerda	20x5,5 25x6	7 dias (multidose)	Reações locais. Febre, reações hipersensibilidade.
<b>Poliomielite 1,2,3 (VOP - atenuada)</b>	Poliomielite	Vírus vivo atenuado tipos I, II e III	Uma dose	1º ref. 15 meses 2º ref. 4 anos	6 meses	4 anos, 11 meses e 29 dias	1º ref. 9 meses após 3ª dose, 2º ref. 6 meses após 3ª dose; 1º ref. 3 anos após 2ª dose; 1º ref. 1º ref.	2 gotas	Oral (VO)	Cavidade oral	-	5 dias e/ou 4 semanas (multidose)	Poliomielite associada ao vírus vacinal - VAPP.	
<b>Rotavirus humano G1P1 (VORH)</b>	Diarreia por Rotavirus	Vírus vivo atenuado	Duas doses (4)	-	1ª dose: 1 mês e 15 dias, 2ª dose: 3 meses e 15 dias	60 dias	**30 dias	1,5 ml	Oral (VO)	Cavidade oral	-	Uso imediato (monodose)	Irritabilidade, vômito e diarreia moderados. Invagination intestinal.	
<b>DTP+Hib+HB (Penta)</b>	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i> , Hepatite B	Trípicótoxina conjugado com a proteína/antígeno de Hib	Três doses	1º ref. 15 meses com a vacina DTP	2º ref. 4 anos	60 dias	30 dias	0,5 ml	Intramuscular (IM)	Vasto lateral da coxa direita	20x5,5 25x6	Uso imediato após preparo (monodose)	Reações locais. Febre, sonolência, vômito, irritabilidade, choro persistente, EH, convulsão e reações imunológicas.	
<b>Pneumocócica 10 valente (Pncc 10)</b>	Pneumonias, Otitis, Sinusites pelas sorotipos que compõem a vacina	Polissacarídeo capsular de 10 sorotipos pneumococos	Três doses	12 meses	2 meses	1 ano, 11 meses e 29 dias	60 dias	30 dias	0,5 ml	Intramuscular (IM)	Vasto lateral da coxa esquerda	20x5,5 25x6	Uso imediato após preparo (monodose)	Reações locais. Febre, irritabilidade, sonolência, perda de apetite, convulsões, EH.
<b>Meningocócica C conjugada (MnCC)</b>	Meningite Tipo C	Oligossacarídeo conjugado com a proteína CRM[97]	Duas doses	15 meses	3 meses	1 ano, 11 meses e 29 dias	60 dias	30 dias	0,5 ml	Intramuscular (IM)	Vasto lateral da coxa esquerda	20x5,5 25x6	Uso imediato após reconstituição (monodose)	Reações locais. Febre, irritabilidade, sonolência, cefaleia, diarreia e vômito.
<b>Febre Amarela (FA)</b>	Febre Amarela (5)	Vírus vivo atenuado	Uma dose	4 anos de idade	*** 9 meses	-	-	30 dias	0,5 ml	Subcutânea (SC)	Região deltoidiana	13x4,5	4 horas (multidose)	Reações locais. Febre, malária, cefaleia, D. Viscerotípica. Aguda.
<b>Sarampo, Caxumba, Rubéola (SCR) (6)</b>	Sarampo Caxumba Rubéola	Vírus vivo atenuado	Uma dose	15 meses com Tetra Viral (6)	12 meses	-	-	-	0,5 ml	Subcutânea (SC)	Região deltoidiana	13x4,5	6 e/ou 8 horas (multidose)	Febre, cefaleia, exantema, artralgia, atrite, purpura trombocitop. Anafilaxia.
<b>Sarampo, Caxumba, Rubéola, Varicela (SCRV)</b>	Sarampo Caxumba Rubéola + Varicela	Vírus vivo atenuado	Uma dose	-	15 meses	1 ano, 11 meses e 29 dias	-	-	0,5 ml	Subcutânea (SC)	Região deltoidiana	13x4,5	imediato após reconstituição (monodose)	EAPV da SCR + reação local, vesículas locais apliçação, maculopapulas ou vesículas. Anafilaxia.
<b>Hepatite A (HA)</b>	Hepatite A	Culturas celulares em fibroblastos e inativadas pela formalina	Uma dose	-	12 meses	-	-	-	0,5 ml	Intramuscular (IM)	Vasto lateral da coxa direita	20x5,5 25x6	Uso imediato após preparo (monodose)	Reações locais. Febre, diarréia, vômito, fadiga e anafaxia.
<b>Difteria-Tétano, Pertussis (DTP) (7)</b>	Difteria Tétano Coqueluche	Bactéria morta e produto de bactéria (Toxina)	Considerar doses anteriores (Tres doses)	1º ref. 15 meses 2º ref. 4 anos (7)	15 meses	6 anos, 11 meses e 29 dias	1º ref. 9 meses após 3ª dose, 2º ref. 3 anos após 1º ref.	0,5 ml	Intramuscular (IM)	Vasto lateral da coxa direita	20x5,5 25x6	15 dias (multidose)	Reações locais. Febre, sonolência, vômito, persistente, irritabilidade, EH, convulsão e reações imunológicas.	
<b>Difteria-Tétano (DT)</b>	Difteria e Tétano	Produto de bactéria (Toxina)	Considerar doses anteriores (Tres doses)	A cada 10 anos, Ferimentos graves a cada 5 anos	7 anos	-	60 dias	30 dias	0,5 ml	Intramuscular (IM)	Deltoides, vasto lateral da coxa direita	25x6	15 dias (multidose)	Nódulos, febre, cefaleia, sonolência, vômito e linfonodomegalia.

**ESQUEMA DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE \*\*\*\***

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	COMPOSIÇÃO	Nº DOSES		INÍCIO DA VACINAÇÃO		INTERVALO ENTRE AS DOSES RECOMENDADO	*DOSAGEM	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE APLICAÇÃO	AGULHA HIPODERMÍCA RECOMENDADA	****TEMPO DE VALIDADE FRASCO ABERTO	ALGUNS EVENTOS ADVERSOS
			VACINAÇÃO BÁSICA	REVACINAÇÃO OU REFORÇO	MÍNIMA	MÁXIMA							
Hepatite B (HB recombinante) (2)	Hepatite B	Partícula da cápsula do vírus antígeno de superfície	Três doses (considerar doses anteriores)	-	-	-	2ª dose 1 mês após 1ª dose; 3ª dose 5 meses após 2ª dose	0,5 ml até 19 anos, 20,5 e mais 1 ml	Intramuscular (IM)	Músculo deltóide	25x6 25x7	15 dias (multidose)	Reações locais, febre, fadiga, purpura. Desconforto gastrointestinal leve.
Difteria, Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Produto de bactéria (Toxina)	Três doses (considerar doses anteriores)	A cada 10 anos, Fumarantes graves, a cada 5 anos	-	-	60 dias	30 dias	Intramuscular (IM)	Músculo deltóide	25x6 25x7	15 dias (multidose)	Reações locais, nódulos, febre, céfaleia, abscessos, sonolência, vômitos, linfonodomegalia.
Febre amarela (FA)	Febre Amarela (5)	Vírus vivo attenuado	Único, após 10 anos	-	-	-	10 anos	0,5 ml	Subcutânea (SC)	Região deltóidea	13x4,5	4 horas (multidose)	Reações locais, febre, malária, céfaleia, D. Febre, malária, céfaleia, D. Viscerotópica. Aguda
Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) (6)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivo attenuado	Duas doses (>19 anos, considerar doses anteriores)	-	-	-	90 dias	30 dias	Subcutânea (SC)	Região deltóidea	13x4,5	6 e/ou 8 horas (multidose)	Febre, céfaleia, exantema, artralgia, artrite, purpura trombocitopenia. Anafilaxia.
Papilomavírus humano (HPV) (recombinante)	Papilomavírus humano 6,11,16 e 18	Partícula da cápsula do vírus superfiçie antígeno de superfície	Três doses	-	9 anos	11 anos (2015 e 9 anos em diante)	2ª dose: 2 meses; 3ª dose: 6 meses após 1ª dose; 3 dose: 6 meses após 2ª dose	0,5 ml	Intramuscular (IM)	Músculo deltóide	25x6 25x7	Uso imediato após preparo (monodose)	Reações locais, febre, céfaleia, gastroenterite, sincopé, anafilaxia.
Difteria, Tétano, Pertussis eacellular (dtpa) (10)	Difteria, Tétano e Pertussis eacellular	Bactéria Morte e Produto de Bactéria (Toxina)	Uma dose	Uma dose a cada gestação	Gestante a partir de 0 ano de idade, a partir da 27ª a 36ª semana	-	60 dias após dT	30 dias	Intramuscular (IM)	Músculo deltóide	25x6 25x7	Uso imediato após preparo (monodose)	Reações locais, febre, EHV, convulsão e anafilaxia (raramente).

**ESQUEMA DE VACINAÇÃO DO ADULTO E IDOSO \*\*\*\***

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	COMPOSIÇÃO	Nº DOSES		INÍCIO DA VACINAÇÃO		INTERVALO ENTRE AS DOSES RECOMENDADO	*DOSAGEM	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	LOCAL DE APLICAÇÃO	AGULHA HIPODERMÍCA RECOMENDADA	****TEMPO DE VALIDADE FRASCO ABERTO	ALGUNS EVENTOS ADVERSOS
			VACINAÇÃO BÁSICA	REVACINAÇÃO OU REFORÇO	MÍNIMA	MÁXIMA							
Hepatite B (HB recombinante) (2)	Hepatite B	Partícula da cápsula do vírus antígeno de superfície (considerar doses anteriores)	Três doses (considerar doses anteriores)	-	-	-	2ª dose 1 mês após 1ª dose; 3ª dose: 6 meses após 2ª dose	0,5 ml até 19 anos, 20,5 e mais 1 ml	Intramuscular (IM)	Músculo deltóide	25x6 25x7	15 dias (multidose)	Reações locais, febre, céfaleia, abscessos, sonolência, vômitos, linfonodomegalia.
Difteria, Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Produto de bactéria (Toxina)	Três doses (considerar doses anteriores)	A cada 10 anos, Feiramentos raves a cada 5 anos	-	-	60 dias	30 dias	Intramuscular (IM)	Músculo deltóide	25x6 25x7	15 dias (multidose)	Reações locais, nódulos, febre, céfaleia, abscessos, sonolência, vômitos, linfonodomegalia.
Febre Amarela (FA)	Febre Amarela (5)	Vírus vivo attenuado	Único, após 10 anos	-	-	-	0,5 ml	Subcutânea (SC)	Região deltóidea	13x4,5	4 horas (multidose)	Reações locais, febre, malária, céfaleia, D. Viscerotópica. Aguda	
Sarampo-Caxumba, Rubéola (SCR) (6)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivo attenuado	Uma dose a cada 19 anos (considerar doses anteriores)	-	-	49 anos	90 dias	30 dias	Subcutânea (SC)	Região deltóidea	13x4,5	6 e/ou 8 horas (multidose)	Febre, céfaleia, exantema, artralgia, artrite, purpura trombocitopenia. Anafilaxia.
Influenza (8)	Influenza	Vírus fracionado, inativo	Uma dose	Dose anual	-	-	0,5 ml	Intramuscular (IM)	Músculo deltóide	25x6 25x7	7 dias (multidose)	Reações locais, febre, mal-estar, malária, SGB.	
Pneumocócica 23-valente (Pnc23) (9)	Meningites bacterianas, Pneumonias, Sinusite etc.	Polissacárideo capsular de 23 soroótipos pneumococos	Uma dose	Se necessário 5 anos após 1ª dose (9)	60 anos	-	0,5 ml	Intramuscular (IM)	Músculo deltóide	25x6 25x7	Uso imediato após preparo (monodose)	Reações locais, febre, malárias, arritmia, céfaleia, astenia.	

**VACINAS APLICADAS EM CAMPANHAS DE VACINAÇÃO - CONSULTE ESQUEMA BÁSICO: [www.saude.pr.gov.br/vacinas](http://www.saude.pr.gov.br/vacinas) ou Programas: Programa Estadual de Imunização.****OBSERVAÇÃO:**

- 1** Na ausência de vacina, essa vacina pode ser aplicada até 4 anos 11 meses e 20 dias de idade. Considerar o intervalo mínimo de 6 meses entre as doses. Para comunicantes de Hansenase, administrar uma dose conforme portaria vigente MS.
- 2** Em crianças, iniciar esquema com VHB monovalente e prosseguir esquema com DTP+Hb-HB. Essa vacina está disponível também para indivíduos a partir de 5 anos de idade, incluindo gestantes, conforme histórico vacinal.
- 3** Iniciar esquema após aplicação da 1ª e 2ª dose com a vacina VIP aos 2 a 4 meses de idade. Repetir a dose se a criança cuspir, regurgitar ou vomitar.

- 4** Se recusigar, cuspir ou vomitar após a vacinação, não repetir a dose, considerar dose válida.

- 5** Essa vacina não pode ser utilizada em gestantes e em mulheres que estejam momentaneamente grávidas de até 6 meses. Avaliar risco benefício para vacinação de indivíduos de 60 anos e mais na primovacinação. Considerar risco benefício para indivíduos que vivem em instituições, fechadas, como: casas geriatricas, hospitais, asilos, casas de repouso. Quando indicado, administrar doses adicionais 5 anos depois a dose inicial, uma única vez.

- 6** Indicada vacinação em blocos/sets de casos suspeitos de sarampo rubéola a partir dos 6 meses. Após a aplicação da vacina, recomenda-se não entrá-la por um período de 30 dias. A primovacinação não pode ser aplicada simultaneamente com a vacina da Febre Amarela, estabelecendo o intervalo mínimo de 30 dias.

- 7** Utilizada para 1ª e 2ª dose de reforço das vacinas tetravalentes/penta(DTP+Hb/Hb/DTP+Hb/HB).
- 8** Oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação conforme orientação PNUS.
- 9** Administrar 1 (uma) dose durante a Campanha Nacional de Vacinação contra a influenza nos indivíduos de 60 anos e mais que vivem em instituições, fechadas, como: casas geriatricas, hospitais, asilos, casas de repouso. Quando indicado, administrar doses adicionais 5 anos depois a dose inicial, uma única vez.
- 10** Essa vacina será disponibilizada para gestantes, a partir da 27ª semana até a 36ª semana de gestação.

\* Verificar indicação do PN.

\*\* Considerar idade mínima para administrar 2ª dose.

\*\*\* Em situações de risco ou surtos, vacinar a partir dos 6 meses de idade.

\*\*\*\* Considerar dose válida para fins de cobertura de rotina.

\*\*\*\*\* Considerar variação de acordo com o laboratório produtor.

\*\*\*\*\* Considerar histórico de vacinação anterior.

**As atualizações do Esquema Vacinal estão disponíveis em: [www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br)**



# ANOTAÇÕES

# ANOTAÇÕES

# ANOTAÇÕES



VIGIASUS

.....



**PARANÁ**

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde