

AGRAVO: VIOLÊNCIA

DEFINIÇÃO	Qualquer ação ou omissão que resulte em dano à integridade física, sexual, emocional, social ou patrimonial de um ser humano.
AÇÕES	<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Subsidiar o Poder Público local no estabelecimento de ações intersetoriais de prevenção de agravos, de atenção às pessoas vítimas de violência e de políticas públicas de segurança; ❖ Identificar áreas de risco e causas mais frequentes da violência; diagnóstico do perfil sócio econômico das vítimas e, quando possível, de seus agressores; ❖ Orientar, investigar clínica e epidemiologicamente, encaminhar e informar autoridades competentes.
	<p>NOTIFICAÇÃO – OBRIGATÓRIA</p> <p>Preenchimento da “Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violências e Acidentes” - SIVVA é de responsabilidade dos profissionais de saúde da rede pública e privada do Município de São Paulo (Portaria 1328/2007, de 28/08/2007).</p>
	<p>FLUXO: A Ficha de Notificação deverá ser preenchida em 2 ou 3 vias que deverão ser encaminhadas conforme abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Crianças e adolescentes (até 18 anos de idade): 3 vias</u> - 1ª via: Enviar por FAX imediatamente para assessoria em Saúde Mental(Sra. Lúcia Lusim), na Supervisão Técnica de Saúde M' Boi Mirim(STSMBM),pelo telefone:55127666,anexando memorando endereçado ao Conselho Tutelar com breve histórico do caso; - 2ª via: SUVIS (envio pela carga da SUVIS); - 3ª via: Arquivo em prontuário na UBS. ❖ <u>Idoso (60 anos e mais): 3 vias</u> - 1ª via: Enviar por FAX imediatamente para assessoria em Saúde Mental(Sra. Lúcia Lusim), na Supervisão Técnica de Saúde M' Boi Mirim(STSMBM),pelo telefone:55127666,anexando memorando endereçado ao GAEPI(Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso) com breve histórico do caso; - 2ª via: SUVIS (envio pela carga da SUVIS); - 3ª via: Arquivo em prontuário na UBS. ❖ <u>Demais faixas etárias: 2 vias</u> - 1ª via: SUVIS; - 2ª via: Arquivo em prontuário na UBS. <p>OBSERVAÇÃO: Os Hospitais Municipais de Campo Limpo e M' Boi Mirim realizam a digitação das Fichas no SIVVA, portanto não é necessário o envio da Ficha à SUVIS. Como possuem fluxo próprio de encaminhamento ao Conselho Tutelar, também não enviarão cópia da ficha à STSMBM.</p>
	<p>OBSERVAÇÃO:</p> <p>Nos casos em que se pressupõe risco à integridade pessoal do profissional consultante, será facultada a notificação ao Conselho Tutelar com a identificação apenas do número de inscrição do Conselho Profissional ou ainda sem identificação do profissional. Nesse caso, o responsável pela Unidade assumirá a notificação, assinando a ficha e preenchendo o número de sua inscrição do Conselho Profissional.</p>
INHAMENTO	<p>SEXUAL: Hospital Municipal de Campo Limpo. Entrada pelo PS/ GO. Atendimento médico, exames laboratoriais, atendimento social, psicológico, medicamentoso (kit antiretrovirais) e encaminhamentos para exame de corpo de delito e outros serviços. Em caso de dúvida, entrar em contato com SERAVIVI (Serviço de Atenção às Vítimas de Violência) - programa ligado à Violência do HMCL, telefone: 3396-1084.</p>

AGRAVO: VIOLÊNCIA

ENCAM

DOMÉSTICA: Urgências => Hospital Municipal de Campo Limpo. Entrada pelo PS.

REDE DE APOIO

- ❖ **Hospital Municipal do Campo Limpo:** Referência para os casos de violência sexual (SERAVIVI). Estrada de Itapecerica, 1661. Tel. 3396-1084.
 - ❖ **Hospital Pérola Byington:** Centro de Referência em Saúde da Mulher. Atende violência sexual e doméstica durante 24 horas.
Av. Brig. Luiz Antonio, 683 - Tel. 3248-8000/ 3106-3263.
 - ❖ **SAE Jardim Mitsutani:** Atende casos de violência sexual.
Rua Frei Xisto Teuber, 50 – Jd. Pirajussara. Tel. 5842-9020 / 5841-5376.
 - ❖ **Casa Sofia:** Mulheres maiores de 18 anos. Apoio social, psicológico e jurídico.
- Rua Luiz Fernando Ferreira, 6 – Telefones: 5831-3053 e 0800-7703053.
 - ❖ **Centros de Cidadania da Mulher:** Assessoria jurídica, acompanhamento psicológico, social a mulheres e seus dependentes e encaminhamentos para abrigos.
- Santo Amaro: Av. Mário Lopes Leão, 240 – Tel.: 5524-4782 e 5521-6626.
- Capela do Socorro: Rua Prof. Oscar Barreto Filho, 350 – Tel.: 5925-5429.
 - ❖ **Conselho Tutelar:** Menores de 18 anos de idade. Averiguação de casos, através de entrevistas, visitas domiciliares e utilização de medidas jurídicas necessárias para proteção de crianças e adolescentes.
- CT Jardim Ângela**
- Av. Guarapiranga, 1265 – Telefones: 3396-8461/ FAX: 3396-8462.
- CT São Luiz**
- R. Jean de Brienne, 25–Jd. Novo Sto. Amaro–Tel.: 5518-3094/ 5518-3033.
- ❖ **Vara da Infância e Juventude:**
- Av. Adolfo Pinheiro, 1992 – Tel.: PABX: 5522-8833 R: 233/ 5521-7477 /
- ❖ **Delegacia de Defesa da Mulher:** Mulheres adultas, crianças e adolescentes (de ambos os sexos). Dias úteis.
- Rua Sargento Manuel Barbosa da Silva, 115 - 2º andar (Trav. Av. N. Sra. do Sabará) – Telefone: 5521-6068.
- ❖ **Casa de Saúde da Mulher “Domingos Delascio”.** Atendimento jurídico, social e psicológico para mulheres acima de 12 anos.
- Rua Borges Lagoa, 418 – V. Clementino. Tel. 5084-4997.
- ❖ **URSI – Unidade de Referência à Saúde do Idoso de Santo Amaro:** Maiores de 60 anos de idade. Atendimento Médico em Geriatria.
- Rua Bragança Paulista, 71 – Tel. 5641-2730.
- ❖ **Delegacia de Proteção ao Idoso** - Estação República do metrô
Telefone: 3237-0666.
- ❖ **Núcleo de Atenção ao Idoso:** Abusos e maus tratos – Tel.: 3119- 9082.
- ❖ **GAEPI (Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso)**
Promotoria de Atendimento ao Idoso: Tel.: 3119-9082 e 3119-9083.
Rua Riachuelo, 115 – 1º andar.

OBSERVAÇÃO

Dúvidas com relação aos fluxos de encaminhamento, entrar em contato com Assessoria em Violência, da Supervisão Técnica em Saúde de M' Boi Mirim (STSMBM) – Telefones: 5512-7667 ou 5512-7668 ou 5512-7669, ramais 22 ou 33/ FAX: 5512-7666.

AGRAVO: VARICELA

AGENTE ETIOLÓGICO		VÍRUS VARICELLA – ZOSTER FAMÍLIA HERPES VIRIDAE		
CARACTERÍSTICAS	FONTE DE PRIMEIRA INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	DEFINIÇÃO: Paciente (particularmente crianças) com quadro de febre de início súbito, que dura de 2 a 3 dias, mal estar, adinamia, anorexia, cefalgia e erupção papulo-vesicular que se inicia na face couro cabeludo e tronco.	
		CASO CONFIRMADO	DEFINIÇÃO: Critério Clínico - lesões de pele que evoluem de mácula para pápulas e posteriormente para vesículas, e finalmente formam crostas. É possível visualizar, várias fases de evolução no mesmo paciente, com febre e mal estar. Critério Epidemiológico -Todo caso suspeito de varicela que teve contato com caso de varicela até 8 dias antes do início do exantema	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Direta; pessoa a pessoa, através das secreções respiratórias, raramente através de contato com as lesões. Transmitida indiretamente através de objetos contaminados com secreções de vesículas e membranas mucosas de pacientes infectados.	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Varia de 1 a 2 dias antes da erupção até 5 dias após o surgimento do primeiro grupo de vesículas. Enquanto houver vesícula, a infecção é possível.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Entre 14 a 16 dias, podendo variar entre 10 a 20 dias após o contato. Pode ser mais curto em pacientes imunodeprimidos, e mais longo após imunização passiva.	
	AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO ÚNICO FAMILIAR	LABORATÓRIO: Não deve ser feito. EPIDEMIOLOGIA: - Afastar da escola, creche ou trabalho. - Verificar se existe contato com gestante nas últimas 48 horas. - Investigar outros casos, e verificar estado vacinal dos familiares, ou se já tiveram varicela.
CASO ÚNICO EM ESCOLA OU CRECHE			LABORATÓRIO: Não é utilizado na rede pública para diagnóstico EPIDEMIOLOGIA: - afastar da escola ou creche, verificar a existência de gestantes (professoras, ADI) investigar outros casos, verificar susceptíveis.	
COMUNICANTE			LABORATÓRIO: Não é utilizado na rede pública para diagnóstico EPIDEMIOLOGIA: - Imunoglobulina na gestante preferencialmente até 48 horas após contato com o caso., podendo ser até 96 hs, afastar essa gestante da escola. - Vacinação nas crianças de 9 meses a 5 anos e 11 meses de creches e professores, que não tiveram varicela e não foram vacinadas. - Acompanhar surgimento de novos casos.	
NOTIFICAÇÃO		CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIFICAÇÃO RÁPIDA	Por telefone /FAX(somente em casos em escola e creche ou trabalho) – Surto. 1º caso suspeito em estabelecimentos de ensino e outros ou 2º caso quando familiar , no mesmo espaço de tempo e local)
			SINAN	SIM, em caso de surto
			FIE	Sim, FIE de surto
			BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE SURTO	Sim (1 cópia para enviar para SUVIS M' BOI em 7 dias e outra para UBS monitorar novos casos por 21 dias)

AGRAVO: VARICELA

			PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DE SURTO	Sim (1 cópia para enviar para SUVIS M' BOI em 7 dias e outra para UBS monitorar novos casos por 21 dias)	
AÇÕES	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	RELATÓRIO DE SURTO	Sim, enviar o mais rápido possível (enviar por Fax à SUVIS, com o Quadro de Distribuição por faixa etária totalmente preenchido para obtenção de vacina). Aplicar as vacinas dentro de 72 horas, Deve ser entregue à SUVIS dois relatórios para cada surto: um inicial, na notificação do surto e outro no final, após 21 dias sem caso novo, com a data de encerramento do surto anotada.	
		CASOS DESCOBERTOS EM OUTROS SERVIÇOS	NOTIFICAÇÃO RÁPIDA	Não há.	
			SINAN	Manter SINAN Recebido.	
			FIE	SIM, enviar para a SUVIS M' BOI em 7 dias	
			BOLETIM	Sim (1 cópia para enviar para SUVIS M BOI em 7 dias e outra para UBS monitorar novos casos por 21 dias)	
			PLANILHA	Sim (1 cópia para enviar para SUVIS M BOI em 7 dias e outra para UBS monitorar novos casos por 21 dias)	
			RELATÓRIO	Sim, enviar o mais rápido possível até 72 horas, para obtenção de vacina. (de preferência por fax).	
	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	<p>Afastar por 7 dias das atividades habituais após o início da erupção cutânea ou até que as lesões estejam em fase de crosta. Isolamento Total nos casos de internados.</p> <p>Tratamento: <u>sintomático</u> – antihistamínico, antitérmico quando necessário (contra indicado AAS). <u>Tópico</u> – Permanganato de potássio, talco mentolado. <u>Específico</u> – Casos graves, internação fazendo uso de antivirais (Aciclovir).</p>		
		EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO	Precaução por contato e respiratória por aerossóis e possíveis locais de transmissão.		
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Identificar o número de funcionários suscetíveis da instituição.		
VACINAÇÃO DE BLOQUEIO DOS SUSCETÍVEIS		<p>Identificar o número de pessoas imunocomprometidos e gestantes suscetíveis e encaminhar para CRIE-UNIFESP para receber imunoglobulina.</p> <p><u>Vacinação em creche</u> - a partir da ocorrência do 1º caso no período máximo de 4 semanas do último caso.</p> <p>Serão vacinadas as crianças suscetíveis na faixa etária de 9 meses a 5 anos 11 meses e 29 dias, após autorização por escrito dos pais:</p> <p>Crianças suscetíveis de 9 meses a um ano de idade, só poderão ser vacinadas em dose única, com a vacina Varilrix (laboratório GSK).</p> <p>Não vacinar Gestantes.</p> <p>Casos ocorridos em Hospitais: Vacinação de Bloqueio até 72hs após contato com caso índice, em pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde não suscetíveis (proceder bloqueio vacinal como nas creches)</p>			

AGRAVO: VARICELA

As doses aplicadas devem ser anotadas na carteira de vacinação e constar do API

Os impressos originais de SINAN, FIE, Relatórios, deverão ser enviados À SUVIS

OBSERVAÇÕES:

Pacientes imunodeprimidos e gestantes devem ser encaminhados para receber imunoglobulina até 96 horas do contato, com encaminhamento médico (nome do comunicante, endereço **completo**, CEP, data de nascimento, peso do comunicante, idade gestacional, **data da última menstruação** e dados do contato (**nome do paciente com varicela**), para CRIE-UNIFESP Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais) - Rua Borges Lagoa nº 770 - Vila Clementino - tel: (11) 30696392.

Suscetível é o indivíduo que não teve a doença e não foi vacinado.

A suscetibilidade à varicela é geral e a imunidade conferida pela doença, em geral é duradoura; a reinfecção sintomática é rara.

Crianças de 9 meses a 1 ano deverão ser vacinadas especificamente com a vacina Varilrix (laboratório GSK e Gestantes não podem receber vacina contra varicela.

È contra indicado o uso de Ácido Acetil Salicílico (AAS) durante o curso da doença.

Encerramento de surto: após 3 semanas sem caso novo.

Ocorre mais no final do inverno e início da primavera

AGRAVO: TUBERCULOSE

AGENTE ETIOLÓGICO:		Mycobacterium tuberculosis	
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMARIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Indivíduos com sintomatologia clínica sugestiva (tosse com expectoração por três semanas ou mais, febre baixa e vespertina, perda de peso e apetite ou imagem radiológica sugestiva)
		CASO CONFIRMADO	Um caso pode ser confirmado tanto por critérios clínico-laboratoriais como por critérios clínico-epidemiológicos. Clínico-laboratorial: - TB pulmonar bacilífera (2 baciloscopias diretas positivas ou 1 baciloscopia direta positiva e cultura positiva ou 1 baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva). - TB Pulmonar escarro-negativa (2 baciloscopias negativas com imagem radiológica sugestiva e achados clínicos ou outros exames complementares que permitam o diagnóstico de TB). - TB extrapulmonar (pacientes com evidências clínicas compatíveis, achados laboratoriais/histopatológicos compatíveis com TB extrapulmonar ativa; ou pacientes com pelo menos 1 cultura positiva para M.tuberculosis de material
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Contágio por via inalatória: aerossóis sob a forma de gotículas microscópicas contendo bacilos são expelidos por tosse, espirro ou outro movimento expiratório forçado por pessoas bacilíferas. Calcula-se que em 1 ano este bacilífero em uma comunidade fechada pode infectar de 10 a 15 pessoas. Obs. Os pacientes não-bacilíferos e com TB extrapulmonar não oferecem risco significativo de contágio. Fatores de risco: situações demográfico-sociais desfavoráveis, desnutrição, alcoolismo, corticoterapia, quimioterapia, diabetes, neoplasias, pós-gastrectomias, silicose, ocupacionais (profissionais de saúde e de laboratórios). Importante: Busca ativa de Sintomáticos Respiratórios (tosse há mais de 3 semanas).
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Indeterminado: enquanto o paciente bacilífero não iniciar o tratamento. Após 15 dias de tratamento efetivo, anula-se o contágio.
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO	LABORATÓRIO
			EPIDEMIOLOGIA
			<p>-Baciloscopia direta – BK no escarro -RX de tórax -Oferecer teste HIV para todos os pacientes -Exame histopatológico se necessário (TB extrapulmonar)</p> <p>-Critérios para Cultura: TB Extrapulmonar, pacientes suspeitos de TB Pulmonar com 2 baciloscopias negativas preconiza-se pedir a 3ª baciloscopia com Cultura de escarro, ou a critério médico</p> <p>-Critérios para cultura/identificação e Teste de sensibilidade: co-infectados HIV, retratamentos, suspeitos de resistência ou falência de tratamento, pacientes com resistência, profissionais de saúde, moradores de rua, institucionalizados (detentos, albergados, asilados) ou a critério médico</p> <p>-Controle mensal de Baciloscopia até o final do Tratamento</p>
			<p>Investigar comunicantes Iniciar tratamento: oferecer DOT a 100% dos pacientes Mostrar incentivos: lanche, cesta básica e passe se necessário)</p>

AGRAVO: TUBERCULOSE

				Avaliar existência de fatores que dificultam a adesão ao tratamento (alcoolismo, dependência de drogas e condições socioeconômicas precárias).
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	COMUNICANTES	LABORATORIO	-Baciloscopia de escarro quando for sintomático respiratório -Prova tuberculínica quando menor de 5 anos não vacinado com BCG, -RX de tórax
			EPIDEMIOLOGIA	Orientação sobre prevenção e higiene ambiental (ambiente arejado e com luz solar)
	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIFICAÇÃO	-Doença de notificação compulsória
			SINAN	Preencher todas as notificações com número de SINAN com encaminhamento para SUVIS M'Boi
			FIE	Preencher em todos os casos de início de tratamento, transferências de outro serviço e retratamentos, encaminhando para SUVIS M'Boi Mirim
			NOTIFICAÇÃO	Doença de notificação compulsória
			SINAN	Manter o número de SINAN.
	MEDIDAS DE CONTROLE	CASO DESCOBERTO EM OUTRO SERVIÇO	FIE	Preenchimento completo e encaminhamento para SUVIS M'Boi
			EM RELAÇÃO AO CASO	Diagnóstico precoce, Tratamento precoce (preferencialmente DOT), Controle de tratamento, de Resistência, de Abandono, convocação e controle de faltosos (VD)
			EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	-Tratamento do caso -Investigação e medidas necessárias aos Comunicantes -Busca ativa dos Sintomáticos Respiratórios -Orientações em relação ao ambiente, lembrar que o bacilo é sensível ao calor e a radiação ultra-violeta (luz solar)
		COMUNICANTE	-Todas as pessoas que coabitam com um paciente de TB: Baciloscopia de escarro quando for sintomático respiratório. Prova tuberculínica deve ser realizada quando menor de 5 anos e não vacinado por BCG e realizar RX de tórax. -Tratamento e Quimioprofilaxia quando necessário.	

OBSERVAÇÕES: Mensalmente para SUVIS: Relatórios de VD (casos novos, casos de óbito por TB, casos de abandono, casos de reinício de tratamento, casos transferidos ou diagnosticados em outros serviços), Boletim atualizado dos casos em tratamento, Planilha de incentivos, Condensado de pesquisa de sintomáticos respiratórios (UBS, VD e Instituições), Planilha de Medicação.

Registros das UBS: Livro Verde (Acompanhamento Mensal do Tratamento do Paciente), Livro Azul (Acompanhamento Mensal dos Sintomáticos Respiratórios, Ficha de Aprazamento, Prontuários e fichas de Quimioprofilaxia.

Tratamento: Seguir protocolo existente na Unidade (Novo Esquema de Tratamento).

Metas: 100% de pacientes em DOT, dispensação de medicamentos para 100% dos pacientes, DOT (100% para os multiresistentes, re-tratamentos e resistência), 85% de alta por cura, investigar 100% dos comunicantes, descobrir 90% dos casos existentes, realizar baciloscopia nos Sintomáticos Respiratórios (1% da população da área de abrangência), Notificar 100% dos casos atendidos na UBS.

AGRAVO: TRACOMA

AGENTE ETIOLÓGICO:		CHLAMYDIA TRACHOMATIS		
CARACTERÍSTICAS	FONTE DE PRIMEIRA INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	- Indivíduos que apresentam história de "conjuntivite prolongada" ou referem sintomatologia ocular de longa duração (ardor, prurido, sensação de corpo estranho, fotofobia, lacrimejamento e secreção ocular) especialmente na faixa etária de 1 a 10 anos. - Os comunicantes de casos confirmados de tracoma	
		CASO CONFIRMADO	Qualquer indivíduo que, por meio de exame ocular externo, apresentar um ou mais dos seguintes sinais : - Inflamação tracomatosa folicular (TF) - Inflamação tracomatosa intensa (TI) - Cicatrização conjuntival tracomatosa (TS) - Triquíase tracomatosa (TT) - Opacificação corneana (CO)	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	A principal forma de transmissão é a direta, de pessoa a pessoa, ou indireta, através de objetos contaminados (toalhas, lenços e fronhas) Transmissão mecânica: através de moscas, na presença de lesões ativas.	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	A transmissão ocorre enquanto houver lesões ativas nas conjuntivas, o que pode durar anos.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	De cinco a doze dias, após o contato direto ou indireto.	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO	LABORATÓRIO: Colher raspado conjuntival da pálpebra superior dos indivíduos. EPIDEMIOLOGIA: O caso inicial confirmado deve ser tomado como caso índice, a partir do qual serão desencadeadas medidas de investigação epidemiológica para a detecção de casos a ele associados. Só após a investigação epidemiológica, com detecção de outros casos , é que se terá a confirmação clínico-epidemiológica definitiva do caso índice, pois não existe casos isolados de tracoma.	
		COMUNICANTE	LABORATÓRIO: Colher raspado conjuntival da pálpebra superior dos indivíduos que apresentam história de "conjuntivite prolongada" ou referem sintomatologia ocular de longa duração (ardor, prurido, sensação de corpo estranho, fotofobia, lacrimejamento e secreção ocular) EPIDEMIOLOGIA: A investigação epidemiológica deve dirigir-se, prioritariamente às instituições educacionais e/ou assistenciais e domicílios dos casos que constituem locais com maior probabilidade de transmissão da doença	
	NOTIFICAÇÃO:	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF. RÁPIDA	Não há.
			SINAN	Preencher Ficha de Notificação com nº do SINAN.
			FIE	Preencher todos os campos da ficha e enviar para SUVIS –M' BOI MIRIM.
CASO DESCOBERTO OUTRO		NOTIF. RÁPIDA	Não há.	
	SINAN	Preencher Ficha de Notificação com nº do SINAN. A UBS deverá manter o nº.		

AGRAVO: TRACOMA

		OUTRO SERVIÇO	FIE	Preencher todos os campos da ficha e enviar para SUVIS correspondente. A UBS deverá fazer VD para investigar o caso junto com a SUVIS
AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	<p>- Tratamento Individual: todo caso de tracoma inflamatória (TF e/ou TI) deve ser tratado de acordo com as orientações descritas</p> <p>- Tratamento em Massa: havendo indicação epidemiológica ($\geq 20\%$ de tracoma folicular ou $\geq 5\%$ de tracoma intenso) o tratamento em massa deverá ser adotado</p> <p>- Busca Ativa: a busca ativa de novos casos deverá ser procedida, visando o tratamento e conscientização da população.</p>	
		EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO	<p>As áreas endêmicas do tracoma, em sua maioria, apresentam precárias condições de saneamento e higiene, fatores determinantes na manutenção de elevados níveis endêmicos. Assim, a melhoria sanitária domiciliar, o destino adequado do lixo e o acesso ao abastecimento de água, representam importantes ações no controle da doença.</p> <p>Dado a alta incidência em crianças na faixa etária de 6 à 10 anos, é priorizado a BUSCA ATIVA nas Escolas de Ensino Fundamental, no mínimo 1 Escola por ano, média de 350 crianças examinadas por SUVIS. Os casos positivos encontrados serão tratados, acompanhados e seus comunicantes examinados. O acompanhamento destes casos, será realizado na UBS de abrangência da Escola.</p>	
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	<p>O desenvolvimento de ações educativas em saúde tem importante impacto no trabalho de prevenção e controle da doença</p>	
<p>OBSERVAÇÕES: Outras informações consultar: O “Manual de Controle do Tracoma” , “Guia de Vigilância - áreas endêmicas” ou “Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde” – 6ª edição</p>				

AGRAVO: TOXOPLASMOSE (Não é de Notificação Compulsória)

AGENTE ETIOLÓGICO		<i>Toxoplasma gondii</i> (PROTOZOÁRIO)		
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Desde assintomático, sintomas inespecíficos da gripe, linfadenite até associação de manifestação seqüelas da doença.	
		CASO CONFIRMADO	Através de teste imuno-enzimático – Eliza sorologia	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Ingestão de carne crua mal cozida (porco e carneiro) e/ou contato com animais.	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Indeterminado, permanece anos em solo.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	10 a 23 dias - ingestão de carne crua. 5 a 20 dias – contato com animais.	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	1º CASO SUSPEITO	LABORATÓRIO	Coletar 10 ml de sangue tubo seco (t. vermelho). Enviar para o CCZ na rotina do laboratório. Pré-Natal enviar para a rotina normal de laboratório – Científica.
			EPIDEMIOLOGIA	Grande Associação com AIDS e Gravidade nos casos congênitos
		COMUNICANTE	LABORATÓRIO	Não há.
			EPIDEMIOLOGIA	Não há.
	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF RÁPIDA	Não há.
			SINAN	Não há.
			FIE	Não há.
			BOLETIM	Não há.
			PLANILHA	Não há.
			RELATÓRIO	Não há.
		CASO DESCOBERTO EM OUTROS SERVIÇOS	NOTIF RÁPIDA	Não há.
			SINAN	Não há.
			FIE	Não há.
			BOLETIM	Não há.
			PLANILHA	Não há.
			RELATÓRIO	Não há.
	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Tratamento, caso necessário, com medicamento específico.	
			Ver Fluxo estabelecido com Assessoria de Saúde da Mulher da STS de M'Boi Mirim / Pré-Natal no caso de Gestantes.	
			Investigação de oocisto no solo (areia, latas de lixo contaminado por fezes do gato).	
		EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	Evitar carnes cruas, incinerar fezes de gato, proteger caixas de areias. Lavar as mãos ao manipular carnes cruas ou terras contaminadas.	
EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Não há.			

OBSERVAÇÕES:

Gestantes – Em caso de sorologia positiva solicitar teste de avidéz para confirmação e enviar ao laboratório que realizou a sorologia (Científica ou CCZ).

Encaminhar a gestante com Toxoplasmose conforme fluxo da STS de M'Boi Mirim – Assessoria de saúde da Mulher para Gestão de Risco.

Tratamento da Gestante: seguir fluxo e orientação da Assessoria de saúde da mulher da STS de M'Boi Mirim.

AGRAVO: TOXOCARIASE HUMANA

AGENTE ETIOLÓGICO		Toxocara canis e r	
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Sistêmico : (mais Febre, hepatomega manifestações pulr Ocular : (mais com Diminuição da acui crônica, granuloma
		CASO CONFIRMADO	Através de teste ir
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	O ascarídeo parasi silvestres. Os ovos embrionar durante o processc circulação.
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Os ovos permanec anos.
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Não definido.
	AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO CONFIRMADO
COMUNICANTES			LABORATORIO EPIDEMIOLOGIA
NOTIFICAÇÃO		CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF RÁPIDA
			SINAN
			FIE
		CASO DESCOBERTO OUTRO SERVIÇO	NOTIF RÁPIDA
SINAN			
FIE			
MEDIDAS DE CONTROLE		EM RELAÇÃO AO CASO	Tratamento e inve: infecção.
	EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	Identificar a fonte c	
	EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Identificar possível e/ou identificação c	

OBSERVAÇÕES:

Apesar desta patologia não ser de Notificação Co a ausência de registro dificulta a confirmação e c Portanto a UBS deverá anotar em livro próprio na O resultado dos exames será encaminhado diret Exemplo de registro em livro ou planilha: Prontu coleta/resultado/data do resultado, endereço e di

Em caso de surtos (mais de dois casos próximo
da SUVIS M BOI/ Vig. Ambiental / Zoonoses. Fon

ANA (Não é Notificação Compulsória)

Armadilha para *Toxocara cati* (ascarídeo)

comum crianças menores de 5 anos)

Alúrgia, esplenomegalia, adenomegalia, anemia, linfadenopatia, dermatites cutâneas, neurológicas, edema MMII.

comum em maiores que 6 anos)

Deficiência visual, hiperemia ocular, estrabismo, endoftalmia, papilite, retinopatia, endoftalmia, catarata, ceratite, papilite ótica.

Diagnóstico sorológico – Elisa - Sorologia

Armadilha no intestino delgado de cães e outros canídeos

Armadilha para os ascarídeos se fixam nas fezes desses animais, que após a digestão humana libera as larvas que migram via

Armadilha em viáveis no solo contaminado por fezes caninas durante

Coletar 5 ml de sangue em Tubo seco (T. vermelha) devidamente identificado e enviar ao CCZ na rotina do laboratório .

Investigar o contato com fezes de animais e/ou solo contaminado.

Idem

Verificar o contato com o mesmo material do caso inicial

Não há.

Não há.

Não há.

Não há.

Não há.

Não há.

Investigação de casos semelhantes para detecção da fonte de

Armadilha de transmissão para erradicá-la (solo e/ou animais)

Armadilha para portadores através do exame laboratorial para tratamento de surtos da doença.

Compulsória trata-se de um problema para as UBS pois devido ao desconhecimento do número de casos existentes. Deve ser notificada à UVIS , com os demais casos de Doenças e agravos relacionados, imediatamente à UBS.

Registrar: endereço, nome, idade, sexo, sorologia/data da amostra da VD para verificação da existência de outros

s) é necessário solicitar investigação junto com Equipe
e: (11) 5512.7806/ 5819-8324 - Fax: 5819-7883.

AGRAVO: SURTO DE SINDROME GRIPAL				
AGENTE ETIOLÓGICO:		VARIOS AGENTES		
CARACTERÍSTICAS	FONTE DE INFECÇÃO PRIMARIA	DEFINIÇÃO DE SURTO	Ocorrência de, pelo menos, 3 (três) casos de Síndrome Gripal (SG), vinculados epidemiologicamente no tempo e espaço, em ambientes fechados/restritos (asilos e clínica de repouso, creches, escolas, unidades prisionais ou correccionais, população albergada, dormitórios coletivos, bases militares, uma mesma unidade de produção de empresas ou indústrias, um mesmo setor de hospitais, dentre outros.) OBS: Em ambiente hospitalar, considerar como surto a ocorrência de pelo menos 3 (três) casos de SG ocorridos no mesmo setor, vinculados epidemiologicamente e que ocorreram, no mínimo, 72 horas após a data de admissão. Não considerar os surtos em domicílio.	
		MODO DE TRANSMISSÃO	Pessoa a pessoa, principalmente por meio de tosse, espirro ou contato de secreções respiratórias de pessoas infectadas.	
	TRANSMISSÃO	PERÍODO DE TRANSMISSÃO (SE VIRUS DA INFLUENZA)	Adultos – 1 dia antes até o 7º dia de início dos sintomas. Crianças (< de 12 anos) - 1 dia antes até o 14º dia do início dos sintomas.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO (SE VIRUS DA INFLUENZA)	De 1 a 4 dias podendo se estender a 10 dias em imunossuprimidos, idosos e outras situações especiais.	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO DE SURTO	Devem ser coletadas amostras clínicas de no máximo 3 (três) casos de Síndrome Gripal que estiverem até o 7º dia de início dos sintomas (preferencialmente até o 3º dia). Esta coleta será realizada pelo profissional treinado da SUVIS*, portanto comunicar a SUVIS imediatamente. * Em conjunto com a Equipe de Saúde da Unidade. Para coleta é usado a técnica de SWAB combinado de Nasofaringe e Orofaringe exclusivamente com SWAB de Rayon mergulhado em solução fisiológico estéril. (Não utilizar SWAB de algodão, pois este interfere no resultado). As amostras coletadas devem ser encaminhadas ao IAL, acompanhada de fichas de solicitação de exame devidamente preenchidos (SINAN).	
		CASO DE SURTO HOSPITAL / AMA / UBS	NOT. RÁPIDA	SIM , avisar a SUVIS M'Boi por FAX. SINAN e FIE preenchidos. Registro na observação
			SINAN	SIM . Encaminhar original via carga
	FIE		SIM . Encaminhar original via carga	
MEDIDA DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO SUSPEITO (SE VIRUS DA INFLUENZA)	Devem ficar em repouso, utilizar alimentação balanceada e aumentar ingestão de líquidos e permanecer em domicílio durante sete dias. Caso persista os sintomas gripais ou haja agravamento do quadro procurar assistência médica imediata;		
		Evitar entrar em contatos com outras pessoas suscetíveis; Evitar aglomerações e ambiente fechados.		
	EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	Precauções com gotículas e secreções nasofaríngea.		
EM RELAÇÃO AO CONTATO	No caso de surtos confirmados em escolas/creches, recomenda-se que as atividades sejam suspensas na classe do surto por um período de sete dias, contados a partir da data do último contato com caso de SG. Reforçar as orientações sobre as medidas de prevenção não farmacológicas: - Higienizar as mãos com água e sabonete antes das refeições, antes de tocar os olhos, boca e nariz E após tossir, espirrar ou usar o banheiro; - Evitar tocar os olhos, nariz ou boca após o contato com superfícies; - Proteger com lenços (preferencialmente descartáveis) a boca e o nariz ao tossir ou espirrar, e evitar disseminação de aerossóis;			

AGRAVO: SURTO DE SINDROME GRIPAL

- Manter os ambientes ventilados.

OBSERVAÇÕES:

- 1) **Garantir o sigilo da identidade dos casos confirmados e evitar condutas discriminatórias para os mesmos.**
- 2) **Todos os indivíduos que compõem o grupo de risco ou que apresentem fatores de risco para complicações de INFLUENZA ,requerem - obrigatoriamente - avaliação e monitoramento clínico constante de seu médico, para indicação ou não de tratamento com Oseltamivir, além da adoção de todas as demais medidas terapêutica.**
- 3) **Atenção especial deve ser dada às grávidas, independente do período de gestação.**
- 4) **Os casos do Surto de SG, que evoluírem para forma grave, de acordo com a definição de SRAG, deverão seguir o Fluxo Rápido de SRAG.**

AGRAVO: SURTOS DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS / DTA

AGENTE ETIOLÓGICO		Bactérias, vírus, parasitas, fungos, toxinas e agentes químicos
FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	DEFINIÇÃO: Síndrome clínica de diversas etiologias que se caracteriza por alterações do volume, consistência e frequência das fezes, mais comumente associada com a liquidez das fezes e o aumento no número de evacuações. Costuma ser acompanhada de vômitos, febre, cólicas e dor abdominal. Algumas vezes pode apresentar muco e sangue.
	CASO CONFIRMADO	Diagnóstico clínico-epidemiológico e/ou laboratorial (análise das fezes, água, alimentos, etc).
TRANSMISSÃO	TRANSMISSÃO E FONTES DE INFECÇÃO	Fecal-oral, pessoa a pessoa, animal doméstico, pelo ar, água e alimentos contaminados.
	PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Variável, dependendo da fonte e do agente etiológico.
	PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Variável, de algumas horas (enterotoxinas) a meses (parasitoses).
INVESTIGAÇÃO	SURTO: 02 OU MAIS CASOS	<p>LABORATÓRIO: PPF, coprocultura e/ou sorologia, análise da água e/ou das sobras dos alimentos consumidos.</p> <p>EPIDEMIOLOGIA: caso único NÃO NOTIFICAR, mas investigar diarréia com sangue – identificar fonte comum, forma de transmissão, população de risco, isolamento da fonte, etc.</p> <p>Se 02 ou mais casos: Notificar e Investigar – pessoas acometidas; data de início e duração dos sintomas; alimentos ingeridos 48 horas antes do início dos sintomas; origem, conservação e condições de manipulação dos alimentos e estabelecimentos envolvidos.</p> <p>OBS.: Orientar a guarda de sobras de alimentos em geladeira ou freezer para análise.</p>
NOTIFICAÇÃO	CASOS DESCOBERTOS NA UNIDADE	<p>A partir do 2º caso – Notificação imediata à SUVIS, e atenção aos surtos envolvendo creche, escola, estabelecimento comercial de alimentos. Nestes casos desencadeamos uma ação conjunta com a Vigilância Sanitária.</p> <p>preenchimento dos impressos: SINAN (com os dados do 1º caso), Ficha de Investigação de Surto – DTA, Planilha Para Acompanhamento de Surto e Relatórios.</p> <p>OBS: A Unidade deverá monitorar o surto, e, semanalmente enviar a Planilha de Acompanhamento e os Relatórios a SUVIS, até 21 dias após o registro do último caso (encerramento).</p>
	OUTROS SERVIÇOS (SAC-COVISA, munícipe, etc)	A SUVIS comunica a UBS de residência que realizará a investigação e notificação (impressos e fluxos descritos acima).
MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Isolamento e/ou tratamento
	EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO	Orientações educativas (higiene pessoal, ambiental, alimentar, etc); procedência e cuidados com a água (tratamento, limpeza da caixa d'água, etc); investigar manipuladores de alimentos.

AGRAVO: SURTOS DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS / DTA

OBSERVAÇÕES

ENVIO DAS AMOSTRAS DE FEZES DE CASOS SUSPEITOS DE DTA PARA O INSTITUTO ADOLFO LUTZ – IAL

1 – Realizar a coleta pela manhã e avisar imediatamente à SUVIS, pois o material deverá ser entregue ao IAL no mesmo dia até às 15h;

2 – **Serão necessários 03 potes de fezes de cada paciente (devidamente identificados) e 03 pedidos de exames (devidamente preenchidos e com o mesmo nº do SINAN do surto para os setores de Virologia, Bacteriologia e Parasitologia);** Fazer um Memo ao IAL em 03 vias (Setores de Virologia, Bacteriologia e Parasitologia) solicitando análise de fezes dos pacientes envolvidos no surto de diarreia (**listar o nome dos pacientes, data de nascimento, sintomas e data de início dos sintomas**), nome e endereço do local (residência, creche, empresa);

3 – **Se for necessário**, a coleta de água e dos alimentos suspeitos, será realizada pelos técnicos da SUVIS.

4 – Caso haja estabelecimento comercial envolvido (**Escolas, Creches, Restaurantes, etc**), será realizada inspeção sanitária pela SUVIS.

5 – **UBS – Enviar por FAX para SUVIS, o resultado do exame logo que chegue a UVIS**

AGRAVO: SRAG				
AGENTE ETIOLÓGICO:		VARIOS AGENTES		
CARACTERÍSTICAS	FONTE DE INFEÇÃO PRIMÁRIA	DEFINIÇÃO DE CASO	Indivíduo de qualquer idade com doença respiratória aguda caracterizada por febre superior a 38°C, tosse E dispnéia , acompanhada ou não de dor de garganta ou manifestações gastrointestinais.	
		TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Pessoa a pessoa, principalmente por meio de tosse, espirro ou contato de secreções respiratórias de pessoas infectadas.
			PERÍODO DE TRANSMISSÃO (SE VIRUS DA INFLUENZA)	Adultos – 1 dia antes até o 7º dia de início dos sintomas. Crianças (< de 12 anos) - 1 dia antes até o 14º dia do início dos sintomas.
			PERÍODO DE INCUBAÇÃO (SE VIRUS DA INFLUENZA)	De 1 a 4 dias podendo se estender a 10 dias em imunossuprimidos, idosos e outras situações especiais.
INVESTIGAÇÃO		CASO SUSPEITO HOSPITAL	Internação Isolamento, até confirmação do agente etiológico Coleta de material , (secreção nasofaríngea), com encaminhamento ao IAL + SINAN – para investigar o vírus da Influenza. RX de tórax Tratamento com Oseltamivir, de acordo com avaliação médica, segundo o protocolo do MS.	
		COMUNICANTE	Orientação sobre a doença: Transmissão, Prevenção e quando buscar o atendimento médico (na presença de febre, tosse e falta de ar)	
		CASO SUSPEITO UBS/AMA	SRAG - Encaminhar urgente para o hospital, de ambulância; Paciente com SÍNDROME GRIPAL + Fator de Risco, o tratamento com Oseltamivir, deve ser indicado pelo médico, após avaliação rigorosa das condições clínicas, conforme o protocolo do MS, fornecer receita e formulário preenchidos (RETIRAR A MEDICAÇÃO NA FARMÁCIA DO AMA).	
		NOTIFICAÇÃO	CASO SUSPEITO HOSPITAL	NOT. RÁPIDA
SINAN	SIM . Encaminhar original via carga			
FIE	SIM . Encaminhar original via carga			
CASO SUSPEITO UBS/AMA	NOT. RÁPIDA		NÃO	
	SINAN		NÃO	
	FIE		NÃO	
CONTROLE		EM RELAÇÃO AO CASO SUSPEITO (SE VIRUS DA INFLUENZA)	Iniciar tratamento conforme o protocolo (MS) e permanecer em domicílio durante 7 dias após o início dos sintomas.	
		EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	Precauções com gotículas e secreções nasofaríngea	

AGRAVO: SRAG

MEDIDA DE

EM RELAÇÃO AO
CONTATO

VD, realizada pela Eq. da UBS, para identificar / encaminhar adequadamente os contatos que entrem na definição de SRAG. Fazer acompanhamento / orientações sobre precauções com gotículas e secreções procedentes da nasofaringe. Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal. Evitar tocar olhos, nariz e boca. Lavar as mãos frequente com água e sabão especialmente depois de tossir e espirrar. Manter o ambiente ventilado. Cobrir a boca ou o nariz, ao espirrar, descartando o lenço após ou lavando as mãos.

OBSERVAÇÕES:

- 1) **Será objeto de notificação (rápida e posteriormente por carga) e coleta de material biológico, apenas os casos de SRAG que forem hospitalizados e Surto de Síndrome Gripal em Instituições fechadas, (consultar o Fluxo Rápido - Surto de Síndrome Gripal)**
- 2) **Todos os indivíduos que compõem o grupo de risco ou que apresentem fatores de risco para complicações de INFLUENZA requerem - obrigatoriamente - avaliação e monitoramento clínico constante de seu médico, para indicação ou não de tratamento com Oseltamivir, além da adoção de todas as demais medidas terapêuticas.**
- 3) **Atenção especial deve ser dada às grávidas, independente do período de gestação.
Os Hospitais devem continuar encaminhando à SUVIS de M'Boi Mirim a planilha de graves, às terças feiras.**
- 4)

AGRAVO: SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA (SRC)

AGENTE ETIOLÓGICO:		Vírus – pertencente ao gênero Rubivírus, da família Togaviridae		
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	- todo recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito ou confirmado de rubéola durante a gestação, ou - toda criança de até 12 meses que apresente sinais clínicos compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola, independente da história materna.	
		CASO CONFIRMADO	Caso suspeito é confirmado quando há presença de malformações congênicas e, pelo menos, uma das seguintes condições:- presença de anticorpos IgM específicos;- título de anticorpos da classe IgG, mantidos persistentemente elevados ou acima do esperado pela transferência passiva de anticorpos maternos;- isolamento viral.	
			Caso compatível: quando os resultados laboratoriais são insuficientes para confirmação do diagnóstico e o recém-nascido apresentar duas das complicações relacionadas no item 1 ou uma do item 1 associada à outra do item 2: 1. catarata/glaucoma (interpretar como uma só manifestação), cardiopatia congênita, surdez, retinopatia pigmentar; 2. púrpura, esplenomegalia, icterícia, microcefalia, retardo mental, meningoencefalite, radioluscências ósseas	
			Caso possível: são aqueles cujos dados clínicos são insuficientes para preencher o critério de caso compatível e que, como este, os dados laboratoriais não permitem a confirmação.	
			Caso de infecção congênita: criança submetida a uma avaliação minuciosa na qual não foi observada nenhuma das alterações permanentes ou progressivas, embora haja evidência laboratorial de infecção pelo vírus da rubéola, podendo ou não apresentar manifestações transitórias. De fato, não se trata de um caso de SRC.	
	Caso de perda fetal: caso de abortamento ou de natimorto resultante de gestação durante a qual se comprovou a ocorrência de rubéola, independente de confirmação de afecção no feto.			
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	A rubéola congênita é transmitida, por via transplacentária, da mãe para o feto. A criança com rubéola congênita pode eliminar o vírus pela urina e secreções nasofaríngeas. Crianças com rubéola congênita podem eliminar o vírus por período superior a 1 ano. A transmissão é maior nos primeiros meses de vida. Até os três meses de idade todas devem ser consideradas contagiantes.	
PERÍODO DE TRANSMISSÃO		O indivíduo infectado pode transmitir a doença cerca de 5 dias antes até 5 a 7 dias após o aparecimento do exantema.		
PERÍODO DE INCUBAÇÃO		Em geral, varia de 14 a 21 dias, durando, em média 17 dias. Variação máxima observada de 12 a 23 dias.		
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO ÚNICO	LABORATÓRIO	Todo caso suspeito de SRC deve ser investigado em até 48 horas Para investigação de casos suspeitos de SRC , deve ser coletada uma amostra de sangue logo após o nascimento , quando há suspeita ou confirmação de infecção materna durante a gestação, ou logo após a suspeita diagnóstica nos menores de um ano .
			EPIDEMIOLOGIA	Notificar a SUVIS M'BOI imediatamente por telefone e FAX Verificar contato com gestantes.
		LABORATÓRIO	Colher sorologia para as gestantes que tiverem contato com o caso e encaminhar para Laboratório Científica	

AGRAVO: SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA (SRC)

		COMUNICANTE	EPIDEMIOLOGIA	Identificar possíveis contatos e participação nos mesmos eventos, avaliar risco e faixa etária	
AÇÕES	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF RÁPIDA	SIM, avisar por telefone e FAX à SUVIS M' BOI.	
			SINAN	SIM,encaminhar até 7 dias para a SUVIS M' BOI.	
			FIE	SIM,encaminhar até 7 dias para a SUVIS M' BOI.	
		CASO DESCOBERTO	NOTIF RÁPIDA	SIM, avisar a SUVIS M' BOI por telefone/FAX.	
			SINAN	A UBS usará o mesmo SINAN recebido do Hospital	
		EM OUTROS SERVIÇOS	FIE	Sim, FIE de visita domiciliar preenchendo dados e encaminhar para SUVIS M' BOI.	
	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Crianças com rubéola congênita devem ser consideradas potencialmente infectantes, do nascimento até um ano de idade , devendo os pais serem alertados quanto ao risco de transmissão para suscetíveis, principalmente, gestantes..		
		EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	Precauções com gotículas e secreções nasofaríngea.		
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Vacinação de bloqueio: vacinar os contatos suscetíveis (bloqueio seletivo).		
		BLOQUEIO VACINAL SELETIVO	<u>Não vacinar gestante.</u> As gestantes suscetíveis devem ser afastadas do contato com os casos e comunicantes, durante o período de transmissibilidade e incubação da doença.		

OBSERVAÇÕES:

Os anticorpos IgM maternos não ultrapassam a barreira placentária, portanto, a presença de anticorpos IgM específicos para rubéola no sangue do recém-nascido é evidência de infecção congênita.

Os anticorpos maternos da classe IgG, no entanto, podem ser transferidos passivamente ao feto através da placenta e não é possível diferenciar os anticorpos maternos daqueles produzidos pelo próprio feto, quando infectado intraútero. Como a meia-vida dos anticorpos IgG maternos transferidos passivamente é estimada, a grosso modo, em um mês, a persistência dos níveis de anticorpos IgG, detectados ao nascimento, é altamente sugestiva de infecção intrauterina.

A infecção intrauterina pode resultar no nascimento de uma criança sem nenhuma anomalia ou provocar o abortamento espontâneo, a natimortalidade ou o nascimento de crianças com anomalias simples ou combinadas. Tais anomalias estão presentes ao nascimento, mas geralmente são detectadas mais tarde. A prematuridade e o baixo peso ao nascer estão, também, associados à rubéola congênita.

- **Encerramento da Investigação:** até 120 dias da notificação.

Fonte: <http://www.cve.saude.sp.gov.br>

AGRAVO: SÍFILIS EM GESTANTE

AGENTE ETIOLÓGICO:		Treponema pallidum		
CARACTERÍSTICAS	Definição de Caso	Gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de Sífilis e/ ou sorologia não treponêmica (VDRL) reagente, com teste treponêmico (TPHA/ FTA-Abs) positivo ou não realizado.		
	TRANSMISSÃO	Modo de transmissão	Através do contato sexual com parceiro(s) infectado(s).	
		Período de transmissão	Em qualquer fase da doença.	
		Período de incubação	Em média 21 dias a partir do ato sexual com parceiro(s) infectado(s).	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	Caso	Laboratório	Sorologia não treponêmica (VDRL) reagente, com teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs) reagente ou não realizado .
			Seguimento	Realizar VDRL na 1ª consulta do pré-natal, (preferencialmente no 1º trimestre) e início do 3º trimestre. Se reagente, VDRL mensal até o parto.
		Parceria Sexual	Laboratório	Não é obrigatório diagnóstico laboratorial. Realizar VDRL apenas para seguimento.
			ATENÇÃO: Imprescindível a realização do tratamento concomitante do(s) parceiro(s), independente do resultado do VDRL do(s) mesmo(s), nas mesmas datas e com o mesmo esquema da gestante . O não tratamento do parceiro implica em tratamento materno inadequado e a criança será considerada caso de SÍFILIS CONGÊNITA.	
	NOTIFICAÇÃO	Caso descoberto na UBS	Notificação Rápida	Não.
			SINAN	Sim.
			FIE	Sim.
		Caso descoberto em outro serviço	Notificação Rápida	Não.
			SINAN	Sim.
			FIE	A SUVIS recebe e envia a FIE com nº do SINAN à UBS de residência. Esta realizará VD para acompanhamento do caso, atualização de dados da FIE e preenchimento mensal da "Planilha de Acompanhamento de Caso de Sífilis em Gestante".
MEDIDAS DE CONTROLE	<p>1- Aconselhamento em DST;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfoque à promoção de saúde por meios de ações educativas para as questões relacionadas às DST; • Orientação de práticas de sexo seguro => uso de preservativos durante e pós - tratamento, até o parto. <p>2- Tratamento imediato e adequado (*) da gestante e do(s) parceiro(s) sexual (is);</p> <p>3-Acompanhamento clínico e coleta de VDRL mensal até o parto.</p> <p>REINICIAR TRATAMENTO SE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrupção de tratamento; • Elevação do VDRL em 2 títulos em relação ao último exame; • Intervalo maior do que 7 dias entre as doses. <p>ATENÇÃO: Registrar no prontuário e no "Cartão da Gestante" todos os resultados das sorologias e datas do tratamento da gestante e parceiro(s). Orientar a apresentação da mesma na maternidade no momento do parto.</p>			

AGRAVO: SÍFILIS EM GESTANTE

Atenção: preencher e enviar mensalmente à SUVIS "Planilha de Acompanhamento de Caso de Sífilis em Gestante".

OBSERVAÇÕES: (*)

- Tratamento adequado: É todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com Penicilina G benzatina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente (mesmo esquema de tratamento e mesmas datas de aplicação das doses da
- Tratamento inadequado para Sífilis materna:
 - É todo tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina ou;
 - Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina ou;
 - Tratamento inadequado para a fase clínica da doença ou;
 - Instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto ou;
 - Ausência de documentação de tratamento anterior ou;
 - Ausência de queda dos títulos (sorologia não-treponêmica) após tratamento adequado ou;
 - Parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento.

Esquema Terapêutico:

Estadiamento	Penicilina G benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000 UI	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de 1 ano de evolução ou com duração ignorada.	3 séries Dose total: 7.200.000 UI	1 semana	VDRL mensal

1 série = 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo.

Alergia à Penicilina : Encaminhar para dessensibilização e tratamento no HC.

H.C. : Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, N.º 145, Prédio dos Ambulatórios 5º andar, sala 25 Bloco 4B Tel: 3069-6098, segundas-feiras às 12:00 horas.

Obs: A paciente deve ser encaminhada com relatório médico.

AGENTE ETIOLÓGICO: Treponema

CARACTERÍSTICAS	DEFINIÇÃO DE CASO	1º critério: Toda criança, ou a com sorologia não treponêmica de teste confirmatório treponêmico por parto ou curetagem, que não		
		2º critério: Todo indivíduo com sorológicas: titulações ascendentes de reagentes após 6 meses de idade e de reagentes após 6 meses de idade maiores do que os da mãe. E possibilidade de Sífilis Adquirida		
		3º critério: Todo indivíduo com evidência clínica ou líquórica		
		4º critério: Toda situação de infecção do cordão umbilical e/ou amostras de sangue		
TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	-Transplacental -Durante o parto -transmissão		
	PERÍODO DE TRANSMISSÃO	- Em qualquer momento		
	PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Mais de 50 dias de surgimento ou mais tarde		
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO (MATERNIDADE)	RECÉM-NASCIDO	Realizar: - VDRL de sangue - Radiografia de ossos - Hemograma - Análise de urina - Microscopia de placenta, cordão	
		MÃE	Realizar: - VDRL. Se negativo, investigar tratamento e continuidade	
		NOT. RÁPIDA	Não.	
		SINAN	Sim.	
		FIE	Sim.	
		AÇÕES	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS
SINAN				
FIE				
CASO DESCOBERTO	NOT. RÁPIDA			
	SINAN			

		OUTRO SERVIÇO	FIE
AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	SEGUIMENTO DA CRIANÇA	<p>Consultas a 6 meses;</p> <p>VDRL no 1 ano</p> <p>VDRL negativa</p> <p>Realizar TF</p> <p>Caso sejam congênita, esteja no m</p> <p>Elevação d idade, rein</p> <p>Acompanh anos;</p> <p>Nos casos líquórica a indicam av</p> <p>Crianças tr preconizad protocolo.</p> <p>Atenção: F Congênita</p>
		EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO VERTICAL	<p>1- Aconselh</p> <p>Enfoque à relacionada</p> <p>Orientação tratamento;</p> <p>2- Diagnós idade fértil</p> <p>3- Assisi clínico, sor</p>

GRAVO: SÍFILIS CONGÊNITA

T. pallidum

aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para Sífilis e/ ou radiológica (VDRL) reagente para Sífilis com qualquer titulação, na ausência de tratamento específico (TPHA/ FTA-Abs), realizado no pré-natal ou no momento do parto, e a criança não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;

em crianças com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências clínicas (testes não treponêmicos); e/ ou testes não treponêmicos reagentes em idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ ou testes reagentes após 18 meses de idade; e/ ou títulos em testes não treponêmicos reagentes. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de contaminação;

em crianças com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e/ ou radiológico de Sífilis Congênita;

evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou em material de lesão, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

contaminação e/ ou durante o parto, se houver lesão genital materna;

transmissão durante o aleitamento, apenas se houver lesão mamária por Sífilis. Não há transmissão pelo leite materno.

em qualquer fase da gestação e parto.

aproximadamente 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascer, com início dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros 3 meses de vida, podendo ser tardios.

em sangue periférico;

em líquido cefalorraquidiano de ossos longos;

em urina;

em líquido cefalorraquidiano (LCR).

em material de lesão – Pesquisa direta do *T. pallidum* em lesão cutâneo-mucosa, cordão umbilical ou necrópsia.

em qualquer fase da gestação e parto, se reagente realizar TPHA.

em pré-natal: se mãe não tratada ou inadequadamente tratada, iniciar tratamento da mesma e parceria sexual e encaminhar à UBS de residência para acompanhamento do tratamento e acompanhamento.

em caso de “Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e SÍFILIS em Gestante” – Fluxo Rápido de Sífilis em Gestante.

Não.

Sim.

Sim.

Não.

Sim.

GRAVO: SÍFILIS CONGÊNITA

A SUVIS recebe e envia a FIE com nº do SINAN à UBS de residência. Esta realizará VD para acompanhamento do caso, atualização de dados da FIE e preenchimento das planilhas de Acompanhamento de Caso de Sífilis em Gestante e Congênita.

ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida e bimensais do 7º ao 18º

º, 3º, 6º, 12º e 18º meses de vida. Com dois exames consecutivos de ativos pode-se interromper a coleta;

PHA ou FTA-Abs a partir de 18 meses de idade;

on observados sinais clínicos compatíveis c/ a infecção treponêmica deve-se proceder a repetição dos exames sorológicos, ainda que não momento previsto acima;

o título sorológico ou de sua não negatificação até os 18 meses de investigar o paciente e proceder ao tratamento;

ramento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por dois

em que o LCR mostrou-se alterado, deve ser realizada reavaliação cada 6 meses até a normalização do mesmo. Alterações persistentes aliação clínico-laboratorial completa e retratamento;

atadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo do tratamento o, convocar para reavaliação e reiniciar o tratamento, conforme

Preencher a planilha de “Acompanhamento de Caso de Sífilis” e enviar à SUVIS nos 1º, 3º, 6º, 12º e 18º meses de vida.

ramento em DST:

promoção de saúde por meios de ações educativas para as questões as às DST;

de práticas de sexo seguro => uso de preservativos durante e pós - , até o parto.

tico e tratamento precoce da Sífilis em gestantes e mulheres em e em seu(s) parceiro(s) sexuais;

ênica adequada ao pré-natal, com acompanhamento ológico e tratamento concomitante da gestante e parceria (s) sexuais.

AGRAVO: SARAMPO

AGENTE ETIOLÓGICO		VIRÚS PERTENCENTE AO GÊNERO MORBILLIVIRUS, FAMÍLIA PARAMYXOVIRIDAE		
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Todo paciente que independente da idade e da situação vacinal, apresentar febre e exantema macropapular , acompanhados de um ou mais dos seguintes sintomas: Tosse, coriza e conjutivite.	
		CASO CONFIRMADO	<p>Todo caso suspeito que foi comprovado como caso de sarampo, a partir de critérios:</p> <p>A) Laboratorial - IGM para sarampo positivo.</p> <p>B) Vínculo Epidemiológico:</p> <p>- Caso suspeito que teve contato com um ou mais casos de sarampo confirmados laboratorialmente e que apresentou os primeiros sintomas da doença entre 7º e o 18º dia da exposição do contato.</p> <p>- Todo caso suspeito cujo exame laboratorial teve como resultado não reagente ou negativo para IGM, em amostra colhida entre o 1º e o 3º dia a partir do aparecimento do exantema, e que, teve contato com um ou mais casos de sarampo confirmados por laboratório (dentro de um período de 7 a 18 dias antes do aparecimento dos sinais e sintomas).</p> <p>C) Clínico: Caso Suspeito (cumpre definição de caso) em que não houve coleta de amostra para sorologia ou resultado do exame laboratorial foi inconclusivo/indeterminado.</p>	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Direto de pessoa a pessoa das gotículas das secreções nasofaríngeas	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	De 4 a 6 dias antes do aparecimento do exantema até 4 a 5 dias após o seu surgimento (maior transmissibilidade 2 dias antes e 2 dias , após o início do exantema).	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	De 7 a 18 dias da data da exposição até o aparecimento da febre, em média 10 dias. O intervalo médio de tempo entre a exposição e o aparecimento do exantema é de 14 dias.	
	AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO SUSPEITO	<p>LABORATÓRIO: Coletar de 05 a 10ml de sangue no atendimento (1º ao 28º dia do exantema), avisar a SUVIS – M' BOI e providenciar encaminhamento da amostra para o IAL pelo motorista do laboratório científica.</p> <p>EPIDEMIOLOGIA: Notificar imediatamente a SUVIS – M'BOI por telefone, preencher notificação semanal positiva. Afastar doente da escola até 7 dias após o início do exantema.</p>
COMUNICANTE			<p>LABORATÓRIO: Colher sorologia de gestantes expostas ao caso, avisar a SUVIS – M'BOI. Sorologias podem ser colhidas e mandadas através do Laboratório Científica, enviando na rotina de referência.</p> <p>EPIDEMIOLOGIA: Afastar as gestantes suscetíveis por 23 dias.</p> <p>Afastar comunicante NÃO gestante, e fazer bloqueio vacinal seletivo nos comunicantes.</p> <p>Não vacinar Gestante.</p>	
NOTIFICAÇÃO:		CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIFICAÇÃO	Sim, comunicar por telefone /FAX a SUVIS
			SINAN	SIM, encaminhar para SUVIS em 7 dias.
			FIE	SIM, encaminhar para SUVIS em 7 dias.
		CASOS DESCOBERTOS EM OUTROS	NOTIFICAÇÃO	Sim, comunicar por telefone / FAX a SUVIS
SINAN	Manter SINAN do outro Serviço.			

AGRAVO: SARAMPO

		SERVIÇOS	FIE	Preencher FIE de VD e encaminhar junto com relatório do bloqueio vacinal.
AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Não há tratamento específico, tratamento sintomático. A OMS recomenda administrar vitamina A para todas as crianças no mesmo dia do diagnóstico de sarampo, dosagem recomendada vide guia de vigilância. Afastar o paciente da escola/ creche ou trabalho até o 7º dia do exantema.	
		EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO	Precaução com contatos respiratórios.	
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Afastar gestantes suscetíveis por 23 dias. Bloqueio vacinal seletivo nos comunicantes não gestantes preferencialmente até 72 horas do contato.	

OBSERVAÇÃO:

Coleta de sorologia : 5 a 10ml de sangue (mínimo de 3 ml para crianças muito pequenas), colhido de forma asséptica, colocando-se em vacutainer seco (sem anticoagulante), após a coleta deixar o material em temperatura ambiente por 2 horas (para sorar) e depois colocar sob refrigeração de 4°C, enviar para o IAL, colocando o tubo em embalagem térmica ou caixa de isopor com gelo ou gelox avisar SUVIS M' BOI e encaminhar pelo transporte diário do laboratório Científica, devidamente identificado.

-Nas sextas feiras, quando o Laboratório Científica já houver retirado os exames da UBS, se o exame for colhido até as 12 hs (2 hs para sorar) pode ser acionada a SUVIS para que encaminhemos motorista para encaminhar diretamente o exame ao IAL Central.

Diagnóstico diferencial:

Existem muitas doenças que se manifestam de forma semelhante ao sarampo. As mais importantes são: rubéola, exantema súbito, escarlatina, dengue e enteroviroses (coxsackie e echo). Na situação atual de eliminação do sarampo, identificar precocemente um caso suspeito e realizar as ações de vigilância de forma adequada com uma correta investigação epidemiológica e a realização do diagnóstico diferencial é muito importante para classificar adequadamente qualquer caso suspeito.

Encerramento de casos:

Todos os casos suspeitos de sarampo devem ser encerrados pelo critério laboratorial (confirmação e descarte).

Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32093

AGRAVO: RUBÉOLA

AGENTE ETIOLÓGICO:		Vírus – VÍRUS PERTENCENTES AO GÊNERO RUBIVIRUS		
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMARIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	DEFINIÇÃO: Paciente com tríade sintomatológica: febre, exantema máculo-papular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular, occipital ou cervical, independente da idade e situação vacinal.	
		CASO CONFIRMADO	DEFINIÇÃO: Todo caso considerado suspeito que foi comprovado como um caso de rubéola, a partir de um dos critérios a seguir: - Laboratorial – caso suspeito cuja sorologia teve resultado IGM Reagente para Rubéola. - Vínculo Epidemiológico: quando o caso suspeito teve contato, num período máximo de 23 dias, com um ou mais casos de rubéola confirmados pelo laboratório. - Clínico: quando há suspeita clínica de rubéola, mas as investigações epidemiológicas e laboratoriais não foram concluídas ou realizadas. - Amostras Tardias com IGM negativo quando o resultado do exame sorológico for negativo para pesquisa de IGM e positivo para pesquisa de IGG específica para rubéola. - Em amostras de gestantes coletadas após o 28º dia do início do exantema.	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Direta , pessoa a pessoa: Secreção nasofaringe de pessoa infectada através de gotículas. Indireta: raro, através de objetos contaminados com secreção nasofaríngea de paciente infectado.	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Aproximadamente de 5 a 7 dias antes do início do exantema até 5 a 7 dias após.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Em geral, varia de 14 a 21 dias, durando, em média 17 dias. Variação máxima observada de 12 a 23 dias.	
	AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO ÚNICO	LABORATÓRIO
EPIDEMIOLOGIA				Notificar a SUVIS M'BOI imediatamente por telefone e FAX Afastar o caso de escola e creche até o 10º dia do exantema. Verificar contato com gestantes.
COMUNICANTE			LABORATÓRIO	Colher sorologia para as gestantes que tiverem contato com o caso e encaminhar para Laboratório Científica
			EPIDEMIOLOGIA	Identificar possíveis contatos e participação nos mesmos eventos, avaliar risco e faixa etária, afastar a gestante.
NOTIFICAÇÃO		CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF RÁPIDA	SIM, avisar por telefone e FAX à SUVIS M' BOI.
			SINAN	SIM,encaminhar até 7 dias para a SUVIS M' BOI.
			FIE	SIM,encaminhar até 7 dias para a SUVIS M' BOI.
		CASO DESCOBERTO	NOTIF RÁPIDA	SIM, avisar a SUVIS M' BOI por telefone/FAX.
	SINAN		A UBS usará o mesmo SINAN recebido	

AGRAVO: RUBÉOLA

		EM OUTROS SERVIÇOS	FIE	Sim, FIE de visita domiciliar preenchendo dados de vacina e bloqueio e encaminhar para SUVIS M'BOI.
AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Não há tratamento específico, tratamento sintomático..	
			Afastar da escola/ creche ou trabalho por 10 dias após o início do exantema.	
		EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	Precauções com gotículas e secreções nasofaríngea.	
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Afastar gestantes susceptíveis do contato com doente e comunicantes, durante período de incubação do doente (7 dias) e da incubação da comunicante (até 23 dias).	
		BLOQUEIO VACINAL SELETIVO	Visita domiciliar e na creche para verificar carteira de vacinação e fazer vacina nos não vacinados (bloqueio seletivo) . Não vacinar gestante.	

OBSERVAÇÕES:

- **Coleta de sorologia** : 5 a 10 ml de sangue (mínimo de 3 ml para crianças muito pequenas), colhido de forma asséptica, colocando-se em vacutainer seco (sem anticoagulante). Após a coleta deixar o material no tubo por 2 horas na temperatura ambiente (para sorar) e depois colocar sob refrigeração de 4°C, enviado pela rotina do laboratório científica, colocando o tubo em embalagem térmica ou caixa de isopor com gelo ou gelox. Avisar a SUVIS M' BOI.

- Coleta após o 5º e até 28º dia ao exantema, é considerada válida.

- **Os casos de IGM positivos deverá ter a segunda coleta no período de 20 a 25 dias após a primeira**

- **Fluxo do material coletado**: Tratando-se de sexta feira, após a retirada dos exames do Lab. Científica, se colhido até as 12 hs (para ficar 2 hs sorando) pode se acionar a SUVIS para encaminhamento do exame diretamente ao IAL.

- **no campo "observações adicionais" (Ficha de Investigação), deverá ser informada para qual laboratório foi enviada a sorologia.**

- **Durante a Visita Domiciliar ou consulta, deverá ser completada a Ficha de Investigação com todos os dados relativos aos antecedentes epidemiológicos e sobre as medidas de controle adotadas (bloqueio vacinal)**

- **Encerramento da Investigação: até 30 dias da notificação.**

GESTANTES

- **Rubéola na Gestação (confirmada): Fluxo de Pré-natal de risco com Assessoria de Saúde da Mulher da STS de MBoi Mirim.**

- **Gestante assintomática com IGM+ no exame de rotina de Pré Natal: Não abrir SINAN e sim, ENVIAR URGENTE À SUVIS MBOI MIRIM POR FAX (e a seguir enviar original por carga)**

a PLANILHA DE NOTIFICAÇÃO DE GESTANTES ASSINTOMÁTICAS COM IGM POSITIVO PARA RUBÉOLA.

-**Anotar no Cartão do Pré Natal e acompanhar a gestante.**

-**Notificar o RN (SINAN SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA) coletar sorologia para rubéola IGM e IGG do RN e acompanhar.**

AGRAVO: PAROTIDE (CAXUMBA) – notificação de surto

AGENTE ETIOLÓGICO		PARAMIXOVIRUS		
CARACTERÍSTICAS	FONTE DE PRIMAIRA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Quadro infeccioso inespecífico com febre baixa, mal estar, mialgia e artralgia, edema de parótida (um ou ambos os lados)	
		CASO CONFIRMADO	Quadro infeccioso inespecífico com febre baixa, mal estar, mialgia e artralgia, edema de parótida com resultado de sorologia positiva para Parotidite.	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Contato direto com a pessoa infectada através de gotículas de secreção nasofaríngea.	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	6 dias antes dos sintomas até 9 dias após o aparecimento do edema de parótida. O vírus pode ser encontrado na urina até 14 dias do início da doença.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	16 a 18 dias em média, podendo variar de 12 a 25 dias.	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO ÚNICO	<p>LABORATÓRIO: não deve ser realizada sorologia. Porém pode colhida a amilase sanguínea nos 1º 3 dias do edema da parótida.</p> <p>EPIDEMIOLOGIA: Não notificar, mas anotar e monitorar outros casos no mesmo local, para possível notificação de surto, investigar susceptíveis e vacinar.</p> <p>Isolar o caso.</p> <p>TRATAMENTO: Inespecífico, repouso e sintomáticos.</p>	
		A PARTIR DO 2º CASO na família, escola ou instituição	<p>LABORATÓRIO: Colher sorologia e bochecho até 5 dias do edema e agendar a próxima coleta de sorologia, para 15 dias após .</p> <p>EPIDEMIOLOGIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notificar a SUVIS M'BOI (surto e epidemia) e acompanhar - Acompanhar sintomas, vacinação seletiva dos comunicantes que não tenham vacina MMR ou só tenham 1 dose. 	
	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIFICAÇÃO RÁPIDA	SIM, do surto
			SINAN	SIM, em caso de surto (a partir do 3º caso na residência, em escola, creche e outras instituições)
FIE			Sim, FIE de surto e enviar à SUVIS M'BOI. Monitorar o surto (considerar surto controlado quando ficar 30 dias sem casos novos, e avisar SUVIS M' BOI).	
BOLETIM			SIM, 2 vias (1 para SUVIS M' BOI e outra para UBS monitorar o surto)	
PLANILHA			SIM, 2 vias (1 para SUVIS M' BOI e outra para UBS monitorar o surto)	
RELATÓRIO			Não deve ser feito	
CASOS DESCOBERTOS EM OUTROS SERVIÇOS		NOTIFICAÇÃO RÁPIDA	Não deve ser feito	
		SINAN	Manter Sinan recebido.	
		FIE	SIM, e enviar para a SUVIS M BOI.	
		PLANILHA	SIM, 2 vias (1 para SUVIS M' BOI e outra para UBS monitorar o surto)	

AGRAVO: PAROTIDE (CAXUMBA) – notificação de surto

			RELATÓRIO	Não deve ser feito
AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Isolamento do paciente internado até edema ceder. Casos não internados, escolares e crianças institucionalizadas devem ser afastadas das atividades habituais por 9 dias após início do edema.	
		EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO	Vias aéreas, através da disseminação de gotículas ou por contato direto com saliva de pessoas infectadas.	
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Vacinação de bloqueio seletiva (para comunicantes sem vacina ou que tenham só 1 dose)	

OBSERVAÇÕES:

Teste sorológico só é realizado pelo IAL, (IGM - amostra deve ser colhida do 1º ao 5º dia do edema).

Bochecho só pode ser colhido do 1º ao 5º dia do edema (usar 2 a 3 ml de soro fisiológico **estéril em frasco de boca larga estéril**). Avisar a SUVIS M' BOI antes da coleta, pois este material tem que ser encaminhado **o mais rápido possível** ao IAL CENTRAL - SETOR Virologia - 4º andar - Fone: **3068 2913, c/ Akiko**), em caixa térmica com gelox.

Encerramento após 21 dias do último caso.

Sobre o bloqueio:

- Criança que já tomou a 1ª dose da vacina SCR, a dose de bloqueio será considerada como dose válida, (2º reforço).
- Deve-se observar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
- Crianças que receberam 2 doses de vacina não deverão ser vacinadas no bloqueio.
- Comunicantes menores de 1 ano não devem ser vacinados.
- Contra indicação da vacina: uso recente de imuno globulinas ou de transfusão sanguínea nos últimos 3 meses, pacientes imunodeficientes (leucemia, linfoma, etc.) ou uso de corticóides e gravidez.

A amilase poderá estar aumentada no caso da Parotidite, mas deve ser avaliado o quadro clínico geral e a história epidemiológica do paciente.

UBS – Enviar por FAX, para SUVIS, o resultado do exame logo que chegue a UVIS

AGRAVO: PARALISIA FL.

AGENTE ETIOLÓGICO		POLIOVÍRUS PE PICORNAVIRID/	
CARACTERÍSTICAS	FONTE DE PRIMÁRIA INFEÇÃO	CASO SUSPEITO	Casos de paresia independente da se a hipótese for
		CASO CONFIRMADO	Todos os casos de poliovírus selvagem comunicantes, in da deficiência m
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Pessoa a pessoa ou alimentos con
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Pode se iniciar a suscetíveis o per e 06 semanas se
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	De 7 a 12 dias, p
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO	<p>LABORATÓRIO amostras de fezes dias de deficiênc</p> <p>EPIDEMIOLOGI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enviar as fezes • Todo Caso de c investigado até 4 • Coleta de 2 am elas, o mais prec dias, até no máx se viajou nos últi • Levantar visitas • Verificar contat • Verificar históri • Fazer visita dor • Fazer revisita d
		COMUNICANTE	<p>LABORATÓRIO discutida com a :</p> <p>EPIDEMIOLOGI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observação clí • Orientar medid • Inquérito vacina
		CASO DESCOBERTO NA UBS	<p>NOTIFICAÇÃO RÁPIDA</p> <p>SINAN</p>
		CASOS DESCOBERTOS EM OUTROS SERVIÇOS	<p>NOTIFICAÇÃO RÁPIDA</p> <p>SINAN</p>

AGRAVO: PARALISIA FL

FIE

AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificação c • Imunização apr • Precauções en • Exame neuroló avaliação das se
		EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO	Orientação de m
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Vacinação de l • Orientações sc alimentos.

OBSERVAÇÕES:

Notificação negativa/positiva deve ser realizada neurologia* e mensalmente através de planilha pr

*Sta. Casa de Santo Amaro, Hospital Vidas, Hospit Leopoldo, Hospital Evaldo Foz, Maternidade Al Hospital Geral do Grajau, Hospital Municipal Camp

Quando solicitada a visita domiciliar pela SUVIS M de acordo com as orientações.

ÁCIDA AGUDA/ POLIOMIELITE

PERTENCENTE AO GÊNERO ENTEROVÍRUS DA FAMÍLIA A E SOROTIPO I, II, III.

as ou Paralisia Flácida Aguda em menores de 15 anos
hipótese diagnóstica, e em maiores de 15 anos somente
poliomielite.

de Paralisia Flácida Aguda em que houve isolamento do
em nas amostras de fezes do caso ou de um dos seus
independente de haver ou não seqüelas até 60 dias do início
motora.

ã, via fecal-oral, oral-oral ou forma indireta (através de água
contaminadas com fezes com poliovírus).

ntes do surgimento das manifestações clínicas. Em
período é de aproximadamente 01 semana (por via orofaringe)
e for pelas fezes.

podendo variar de 2 a 30 dias.

: Isolamento e identificação do vírus nas fezes (a partir de 2
es com intervalo de coleta de 24 horas) nos primeiros 14
dia motora.

A:

para o Laboratório - Instituto Adolfo Lutz Central.

deficiência motora flácida de início súbito deve ser
18 horas após seu conhecimento.

amostras de fezes do caso, com intervalo de 24 horas entre
o mais recente possível, preferencialmente nos primeiros 14
início de 60 dias. Verificar carteira de vacinação, contatos e
nos 30 dias.

na residência nos últimos 30 dias.

o com substância tóxicas.

a de injeção intramuscular ou traumatismos.

domiciliar - coleta de dados.

domiciliar entre 60 e 90 dias, para verificar sequelas.

: Coleta de amostra de Fezes de comunicantes deveria ser
SUVIS M' BOI.

A:

nica.

as de controles descritas abaixo.

al.

Sim, encaminhar via fax para SUVIS M' BOI, encaminhar
paciente para Hospital.

NÃO, Hospital preenche.

Recebimento da notificação pela SUVIS M' BOI, que avisa
a UBS correspondente ao endereço para fazer Visita
Domiciliar.

Manter SINAN do Hospital

ÁCIDA AGUDA/ POLIOMIELITE

Sim, preencher na visita domiciliar.

da Vigilância para detectar outros casos.

ós coleta de Fezes.

téricas.

gico na fase aguda da doença e 60 e 90 dias após, para
qüelas.

elhorias de condições de higiene domiciliar e pré-domiciliar.

Rotina e campanhas de vacinação.

obre higiene pessoal, do ambiente e cuidados com

**semanalmente às 2ª feiras - pelos Hospitais onde há
ópria já enviada por e-mail para os hospitais.**

**tal Geral de Pedreira, Hospital Santa Marta, Hospital São
vorada, Hospital Regional Sul, Hospital Santo Amaro,
o Limpo e Hospital Municipal M'Boi Mirim.**

M' BOI à UBS, esta deverá preencher a FIE durante a VD

AGRAVO: MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS – MDDA

DEFINIÇÃO	É o registro rotineiro e a avaliação sistemática dos casos de diarreia ocorridos semanalmente.
OBJETIVO	Dotar as Unidades de instrumentos ágeis e simplificados para análise semanal dos episódios em busca de relação entre os eventos (local comum das diarreias, fonte comum de transmissão, grupos de pessoas envolvidas, etc) permitindo detectar a tempo um surto ou epidemia, doenças sob notificação compulsória e outros agravos inusitados à saúde, possibilitando a investigação o mais precoce possível de suas causas e assim impedindo seu alastramento.
UNIDADES SENTINELAS	<ol style="list-style-type: none">1. AMA/UBS Jd. Capela;2. AMA/UBS Jd. São Luis;3. AMA/UBS Pq. Novo Sto. Amaro;4. UBS Alto do Riviera;5. UBS Chácara Santana;6. UBS Jd. Coimbra;7. UBS Horizonte Azul;8. UBS Jd. Nakamura;9. UBS Jardim Vera Cruz;10. UBS Novo Caminho;11. UBS Novo Jardim;
INSTRUMENTOS DE COLETA E REGISTRO DE DADOS	<p>- Impresso I - Planilha de Casos de Diarreia – Para registro diário de todos os casos de diarreia atendidos na Semana Epidemiológica. Deverão ser enviados a SUVIS às segundas-feiras subsequentes;</p> <p>- Impresso II – Planilha de Distribuição de casos de diarreia por faixa etária, plano de tratamento e procedência. Ao final da semana epidemiológica, os casos registrados no impresso I deverão ser condensados neste impresso e enviados a SUVIS às segundas-feiras subsequentes;</p> <p>❖ Planilha quadriculada: As Unidades poderão elaborar gráficos para acompanhamento e mapeamento dos casos. (Casos de doenças diarreicas agudas por faixa etária e plano de tratamento / Casos de doenças diarreicas por semana epidemiológica).</p>
OBSERVAÇÃO	<p>Em caso de surto seguir orientações do Fluxo Rápido específico.</p>

AGRAVOS

AGENTE ETIOLÓGICO:		VÁRIOS - VÍRUS RELEVANTES F	
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMARIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	DEFINIÇÃO: Síndrome meningocraniana e/ou síndromes citoquímico do líquido cefalorraquidiano com maior celularidade
		CASO CONFIRMADO	DEFINIÇÃO: Síndrome meningocraniana com cultura positiva, aglutinação e maior celularidade
		MODO DE TRANSMISSÃO	Geralmente por contato com vômito. Também por contato com secreções. Em muitos casos por vias respiratórias durante o convívio do mesmo indivíduo
	TRANSMISSÃO	PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Variável, depende do tratamento precoce. Pode persistir até que o agente ocorre desaparecimento da população pode
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Vai depender do agente causador
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO ÚNICO	LABORATÓRIO: bacterioscópico, diagnóstico diferencial EPIDEMIOLOGIA: isolamento para cultura
		COMUNICANTE	LABORATÓRIO: cultura EPIDEMIOLOGIA: meningococos, listeria
	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIFICAÇÃO RÁPIDA
			SINAN
			FIE
		CASO DESCOBERTO EM OUTROS SERVIÇOS	NOTIFICAÇÃO
			SINAN
			FIE
	CASO DESCOBERTO NO HOSPITAL	NOTIFICAÇÃO	
SINAN			
FIE			
PREVENÇÃO	CONTOLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Internação imediata para etiologia.
		EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO	Orientar quanto à higiene pessoal. Evitar aglomerações

AGRAV

AÇÃO	MEDIDAS DE	EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Quimioprofilaxia meningocócica (vias aéreas superiores - novos casos). comunicantes in
-------------	-------------------	--	---

OBSERVAÇÕES:

SUVIS M'BOI deve mandar para o CCD, imediatamente meningocócica, por Hemophilus e Meningococ

Critérios e dosagens de quimioprofilaxia em an

No caso de meningite tuberculosa: fazer notificação FIE para notificação de Tuberculose, e encaminhar Quimioprofilaxia dos Comunicantes.

Quimioprofilaxia em meningite por hemophilus em outra criança menor de 4 anos morando na casa se outras crianças forem menores de 4 anos ou quando ti

No caso de Meningites por outras etiologias, por favor registrar com SINAN para a UBS de residência, por FAX, para secundários, surtos e epidemias.

VO: MENINGITE

S, FUNGOS, PROTOZOÁRIOS, BACTÉRIAS ETC...
PARA VIGILÂNCIA: Meningococos, Hemophilus.

ndrome infecciosa com um ou mais sintomas de hipertensão
ndrome radicular e alterações no químico citológico ou
quor (rigidez de nuca, vômitos, alterações de consciência,
de do líquor etc...).

ndrome infecciosa com um ou mais sintomas de hipertensão
altura de líquor positivo, ou contra imunoelctroforese (CIEF)
ação pelo látex do líquor positivo, citoquímico com aumento de
teinas e glicose alterada no líquor, atestado de óbito, PCR.

soa a pessoa por via inalatória através de tosse, espirro,
r por via sanguínea ou hematogênica, contiguidade anatômica.
s o agente etiológico pode fazer parte da flora normal das vias
estivas ou das vias urinárias dos pacientes ou pessoas do
mo (portador são).

dendo do agente etiológico, da instituição do diagnóstico e
oce. Na doença meningocócica a transmissibilidade pode
o meningococo desapareça da naso faringe. Geralmente
icimento após 24 horas de antibioticoterapia. 10% da
m apresentar-se portador assintomático.

a virulência e da quantidade de partículas infectantes do
r (vírus, bactéria, fungos) e da imunidade das pessoas.

): O hospital coleta e encaminha o líquor (químico-citológico,
látex e cultura). Hemograma e outros exames para
encial.

IA: Encaminhar o caso imediatamente para o hospital, com
realização de exames.

): Não deve ser feito.

IA: Quimioprofilaxia nos casos de meningite por
hemophilus e meningococemias.

Sim. Avisar a SUVIS M' BOI por telefone, encaminhar o
paciente para o hospital.

Não preencher, hospital preenche.

Não preencher, hospital preenche.

Hospital preenche.

Manter SINAN do hospital.

Sim. Preencher a FIE na visita domiciliar com todos os dados
e a realizar a quimioprofilaxia nos comunicantes íntimos.

Preencher e encaminhar por FAX urgente para SUVIS.

Preencher e encaminhar por FAX urgente para SUVIS.

Preencher e encaminhar por FAX urgente para SUVIS.

diata com isolamento, tratamento específico para cada

aos sintomas e risco.

ções.

VO: MENINGITE

: indicada nas meningites por Haemophilus, meningococos, ou
ia (visa a erradicação do meningococos ou hemophilus das
eriores dos comunicantes íntimos, para evitar ocorrência de
Vigilância dos
ntimos por 30 dias.

amente a notificação rápida das suspeitas de meningite
cemia (Petéquias).

exo e Guia Epidemiológico 2005.

ação na FIE de meningite e outro número de SINAN e outra
har para SUVIS M' BOI providenciar o Medicamento para

só deve ser realizada nos adultos da casa quando existir
sa. Só fazer quimioprofilaxia nas escolas e creches quando
iver 2º caso de meningite por hemophilus nesta creche ou
or exemplo, virais, a SUVIS também encaminhará a FIE
para que a UBS realize VD com o controle de casos

AGRAVO: MALÁRIA

Protozoário do gênero *Plasmódium*, *Plasmódium vivax*, *Plasmódium falciparum*, *Plasmódium malariae*, *Plasmódium ovale* (encontrado somente no continente africano).

CASO SUSPEITO	Em área não endêmica é considerado caso suspeito toda pessoa que apresente quadro de paroxismo febril com os seguintes sintomas: calafrios, tremores generalizados, cansaço, mialgia e que seja procedente de área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias, anterior à data dos primeiros sintomas.	
CASO CONFIRMADO	Critério clínico laboratorial – presença de parasita no sangue, com espécie e parasitemia identificadas através de exame laboratorial : QBC / gota espessa	
MODO DE TRANSMISSÃO	No Brasil as principais espécies transmissoras são: <i>Anopheles darlingi</i> ; <i>A. aequalis</i> ; <i>A. albittarsis</i> ; <i>A. cruzii</i> ; <i>A. Bellator</i> . A picada ocorre nos horários crepusculares e noturno, no intradomicílio. Não há transmissão direta da doença de pessoa a pessoa. Pode ocorrer transmissão através de transfusão de sangue infectado e uso compartilhado de seringas.	
PERÍODO DE TRANSMISSÃO	O mosquito é infectado ao sugar o sangue de uma pessoa com gametócitos circulantes. Os gametócitos surgem na corrente sanguínea em período que varia de poucas horas para o <i>Plasmódium vivax</i> e de 7 a 12 dias para o <i>Plasmódium falciparum</i> . A pessoa pode ser fonte de infecção para a malária causada pelo <i>Plasmódium falciparum</i> por até um ano; para o <i>P. vivax</i> por até 3 anos e por <i>P. malariae</i> por mais de 3 anos.	
PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Varia de acordo com a espécie de <i>Plasmódium</i> . Para <i>P. falciparum</i> , de 8 a 12 dias; <i>P. vivax</i> de 13 a 17 dias e para <i>P. malariae</i> , de 18 a 30 dias.	
CASO CONFIRMADO	LABORATÓRIO	Encaminhar, com guia de encaminhamento, o paciente ao Hospital Emílio Ribas (fone: 38961200) – Ambulatório dos viajantes (sem agendamento) ou ao HC (fone: 3069-6000) Ambulatório dos viajantes (com agendamento), onde será realizado imediatamente o exame, durante ou após acesso malárico, de gota espessa em esfregaço ou QBC (Quantitative Buffy Coat).
	EPIDEMIOLOGIA	Identificar o local provável de infecção (LPI) e da área de circulação do plasmódio. Verificar se o paciente esteve em área de transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias, anterior a data dos primeiros sintomas.
COMUNICANTES	LABORATÓRIO	Se for caso suspeito, encaminhar o paciente para o Hospital Emílio Ribas – Ambulatório dos viajantes (sem agendamento) ou ao Hospital das Clínicas – Ambulatório dos viajantes (com agendamento) – Telefone acima.
	EPIDEMIOLOGIA	Investigação de participação no mesmo evento do caso inicial
CASO DESCOBERTO NAS UBS	NOTIFICAÇÃO RÁPIDA	Não há
	SINAN	Não preencher a ficha SINAN: será preenchida pelo serviço notificante ou na confirmação do caso.
	PREENCHIMENTO E ENCERRAMENTO DO CASO	Registrar o caso em FIE para aguardar resposta do encaminhamento. Se for confirmado por exames laboratoriais aguardar o fluxo de retorno da notificação.
CASO DESCOBERTO EM OUTRO SERVIÇO	NOTIFICAÇÃO RÁPIDA	Não há
	SINAN	A UBS usará o mesmo SINAN recebido
	PREENCHIMENTO E ENCERRAMENTO DO CASO	A UBS receberá da SUVIS M 'Boi Mirim/Vigilância em Saúde Ambiental/Zoonoses os dados recebidos pelo serviço notificante e deverá ser realizada visita domiciliar para confirmação. Preencher todos os campos da FIE e enviar a FIE completa na SUVIS de referência por carga. Concluir em 07 dias.

AGRAVO: MALÁRIA

EM RELAÇÃO AO CASO	Encaminhar o paciente suspeito para o Hospital das Clínicas no Ambulatório dos Viajantes (com agendamento) ou Hospital Emilio Ribas (sem agendamento), para coleta da amostra de sangue e exame parasitológico. A UBS deve acompanhar o andamento e tratamento do caso.
EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO	Tratamento imediato dos casos diagnosticados. Busca de casos junto aos comunicantes. Orientação à população quanto à doença, uso de repelentes, cortinados, impregnados, roupas protetoras, telas em portas e janelas (área endêmica). Investigação entomológica é de responsabilidade da SUCEN com acompanhamento da SUVIS M'Boi Mirim/ Vigilância em Saúde Ambiental/ Zoonoses (áreas endêmicas).
EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Orientação quanto à doença, uso de repelentes, cortinados, impregnados, roupas protetoras, telas em portas e janelas.

OBSERVAÇÕES:

- **A vacinação tem duração de 5 a 6 meses (ainda em teste)**
- **Existe quimioprofilaxia (Guia Epidemiológico do Ministério da Saúde – 6ª Edição)**
- **Em São Paulo não há endemias.**
- **Área de Transmissão: Amazonas, Pará, Roraima, Rondônia, Amapá, Mato Grosso, Tocantins e Maranhão e Continente Africano.**

AGRAVO: LEPT

AGENTE ETIOLÓGICO		Bactérias Espiroquet	
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO Ratos Bovinos Equinos Caprinos Ovinos	CASO SUSPEITO	- Febre, cefaléia, mic mais dos seguintes s volume urinário, conj - Toda pessoa que a inespecífico mais his
		CASO CONFIRMADO	Laboratorial: sorolog Clínico epidemiológic associação epidemic sem confirmação lab
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Contato da pele com portadores da leptos tecido, órgãos de roe
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Enquanto houver lep
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	De 1 a 30 dias, em n
	AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO
EPIDEMIOLOGIA			
NOTIFICAÇÃO		CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF RÁPIDA
			SINAN
			PREENCHIMENTO da FIE e Conclusão do CASO
		CASO DESCOBERTO	NOTIF RÁPIDA
		SINAN	

AGRAVO: LEPT

		OUTRO SERVIÇO	PREENCHIMENTO da FIE e Conclusão do CASO
AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO EXPOSTO	Informar o paciente sobre a exposição, realizar tratamento
		EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	Verificar a fonte, avaliar a necessidade de medidas de controle (desratização).

OBSERVAÇÕES:

Reforçar a importância de ações educativas da população sobre o uso adequado de lixo, destino adequado de alimentos, vedando o acesso de animais. Verificar se o estabelecimento possui os 4 A: Acesso, Abrigo, Água e Alimento.

OSPIROSE

casos do gênero *Leptospira*: *L. interrogans* e *L. biflexa*

algia (panturrilha), mal estar, prostração com um ou mais sinais e sintomas: náuseas / vômitos alterações do apetite icterícia, manifestações hemorrágicas,

apresentar sinais e sintomas de processo infeccioso com história epidemiológica individual e/ou coletiva.

Diagnóstico – Elisa, SAT, MAT, Imuno-Histoquímica e outros.

Tratamento – Todo caso suspeito com clara evidência de doença. Nos casos suspeitos que evoluem para óbito hospitalar amostras de tecido poderão ser coletadas.

Contaminação – água ou solo contaminado pela urina dos animais doentes, e raramente pelo contato direto com sangue, fezes, urina, leite, produtos de abate, animais domésticos, bovinos, ovinos e caprinos.

Reserva – *Leptospira* circulante.

Período de incubação – média de 7 a 14 dias.

Coletar 10 ml de sangue em tubo seco (T. vermelho) a partir do 7º dia do início dos sintomas. Enviar para o CCZ na rotina do laboratório (nos casos de tratamento ambulatorial) ou solicitar transporte do material.

Participação em eventos, até 25 dias antes do início de sintomas, como exposição a enchentes ou córregos, atividades ocupacionais que envolvam coleta de lixo, limpeza de córregos, bueiros, ralos, fossas, calhas que permitam contato com solo e/ou água contaminados, urina de animais doentes ou infectados.

Preencher a FIE (Ficha de Investigação Epidemiológica) de Leptospirose em todos os itens possíveis e enviar a SUVIS M' BOI MIRIM/Vig.Ambiental/ Zoonoses por telefone ou fax: 5512.7806/5819-7883 imediatamente após o seu preenchimento.

A UBS usará o mesmo número de SINAN recebido da unidade notificante.

Preencher todos os campos da FIE e enviar para SUVIS M' BOI MIRIM/Vig.Ambiental/ Zoonoses, concluir em 15 dias.

A UBS receberá da SUVIS M' BOI MIRIM/Vig.Ambiental/ Zoonoses os dados recebidos pelo serviço notificante. Deverá ser agendada visita domiciliar para completar os dados necessários à conclusão do caso.

A UBS usará o mesmo SINAN recebido

OSPIROSE

A UBS receberá da SUVIS M' BOI MIRIM/Vig.Ambiental/ Zoonoses os dados enviados pelo notificante e deverá ser agendada visita domiciliar para completar os dados. Abrir uma FIE e manter o nº de SINAN recebido. Preencher e/ou confirmar todos os campos da FIE e enviá-la para a SUVIS em 07 dias.

ite sobre a doença, transmissibilidade e risco de atamento ambulatorial.

liar a necessidade de intervenção educativa.

de de intervenção de Vigilância Ambiental/Zoonoses

ção em relação ao controle de roedores (destino ar possíveis acessos, etc). Evitar que o roedor go, Alimento e Água.

AGRAVO: LEISHMANIOSE VISCERAL

AGENTE ETIOLÓGICO		Protozoário do gênero <i>Leishmania</i>		
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Indivíduo proveniente de área de transmissão com febre e esplenomegalia ou indivíduo de área sem transmissão desde que descartado diagnósticos diferenciais.	
		CASO CONFIRMADO	Através do resultado positivo para o parasita em aspirado de medula óssea e/ou imunofluorescência reativa 1:80 (excluído diagnóstico diferenciais).	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Pela picada de insetos transmissores infectados.	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	A transmissão pessoa a pessoa não ocorre. Enquanto houver parasita no hospedeiro (cães, raposas e marsupiais).	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Em média 2 a 6 meses podendo apresentar períodos mais curtos (2 semanas) até 2 anos.	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO CONFIRMADO	LABORATÓRIO	Encaminhar o caso suspeito para o Ambulatório dos Viajantes do Hospital das Clínicas com agendamento pelo fone 3069-6000 ou para Ambulatório dos Viajantes do Hospital Emílio Ribas sem agendamento fone: 3896-1200 onde serão realizados todos os exames necessários.
			EPIDEMIOLOGIA	Investigar se houve deslocamento nos últimos 6 meses para áreas de transmissão.
		COMUNICANTES	LABORATORIO	Deverá ser encaminhado como o caso suspeito para realizar exames apenas e também for se for considerado caso suspeito.
			EPIDEMIOLOGIA	Orientação sobre sintomas e modo de transmissão.
	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF RÁPIDA	Não há
			SINAN	Não há. A notificação é realizada pelo serviço que confirma o caso.
			PREENCHIMENTO DA FIE E CONCLUSÃO DO CASO	Não há. Será feito pelo serviço que confirmou o caso.
		CASO DESCOBERTO OUTRO SERVIÇO	NOTIF RÁPIDA	Não há
			SINAN	A UBS usará o mesmo número de SINAN recebido da unidade notificante.
			PREENCHIMENTO DA FIE E CONCLUSÃO DO CASO	Após visita domiciliar a UBS completará todos os dados da FIE que se fizerem necessários enviará para a SUVIS M' Boi Mirim/ Vig.Ambiental em 07
	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO EXPOSTO	Tratamento adequado específico sendo que para agilizar as medidas de controle encaminhar os suspeitos para Ambulatório Viajantes (HER, sem agendamento) fone:- 3896-1200 ou Ambulatório Viajantes (HC, com agendamento) fone:-3069-6000 onde receberá acompanhamento até 3 meses após concluído o esquema terapêutico.	
		EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	Pesquisa entomológica no domicílio e área para controle do inseto transmissor.	
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Orientação sobre sintomas e modo de transmissão. Busca ativa para detecção de novos casos.	

OBSERVAÇÕES:

Áreas de transmissão:

AGRAVO: LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (leishmaniose cutânea ou mucosa)

AGENTE ETIOLÓGICO		Protozoário do gênero <i>Leishmania</i>		
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Cutânea: presença de úlcera cutânea com fundo granuloso e bordas em moldura; Mucosa: presença de úlcera na mucosa nasal com perfuração ou perda do septo nasal.	
		CASO CONFIRMADO	Todo caso suspeito que resida ou que tenha se deslocado para área de transmissão com intradermorreacção de Montenegro positiva ou parasitológico positivo para <i>Leishmania</i> .	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Pela picada de insetos transmissores infectados.	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	A transmissão pessoa a pessoa não ocorre.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Em média 2 meses podendo apresentar períodos mais curtos (2 semanas) até 2 anos.	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO CONFIRMADO	LABORATÓRIO	Encaminhar o caso suspeito para o Ambulatório dos Viajantes do Hospital das Clínicas com agendamento pelo fone 3069-6000 ou para Ambulatório dos Viajantes do Hospital Emílio Ribas sem agendamento (fone: 3896-1200) onde poderá ser realizado esfregaço da lesão e biópsia da borda para confirmação do caso.
			EPIDEMIOLOGIA	Investigar se houve deslocamento nos últimos 6 meses para áreas de transmissão.
		COMUNICANTES	LABORATORIO	Deverá ser encaminhado como o caso suspeito para realizar exames apenas e também for se for considerado caso suspeito
	EPIDEMIOLOGIA		Orientação sobre sintomas e modo de transmissão	
	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF RÁPIDA	Não há
			SINAN	Não há. A notificação é realizada pelo serviço que confirma o caso.
			PREENCHIMENTO DA FIE E CONCLUSÃO DO CASO	Não há. Será feito pelo serviço que confirmou o caso.
		CASO DESCOBERTO OUTRO SERVIÇO	NOTIF RÁPIDA	Não há
			SINAN	A UBS usará o mesmo número de SINAN recebido da unidade notificante.
			PREENCHIMENTO DA FIE E CONCLUSÃO DO CASO	Após visita domiciliar a UBS completará todos os dados da FIE que se fizerem necessários enviará para a SUVIS M' Boi Mirim/ Vig.Ambiental em 07 dias.
	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO EXPOSTO	Tratamento adequado específico sendo que para agilizar as medidas de controle encaminhar os suspeitos para Ambulatório Viajantes (Hosp. Emílio Ribas, sem agendamento) fone: 3896-1200 ou Ambulatório Viajantes (Hosp das Clínicas, com agendamento) fone:3069-6000 onde receberá acompanhamento até 3 meses após concluído o esquema terapêutico.	
		EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	Pesquisa entomológica no domicílio e área para controle do inseto transmissor.	
EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES		Orientação sobre sintomas e modo de transmissão. Busca ativa para detecção de novos casos.		

OBSERVAÇÕES:

Áreas de transmissão:

AGRAVO: INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICO

AGENTE ETIOLÓGICO		Qualquer substância destinada a destruir controlar ou prevenir pragas como por ex. os inseticidas, herbicidas, raticidas, acaricidas, fungicidas, nematocidas, molusquicidas e fumigantes.		
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Todo indivíduo que foi exposto a produtos agrotóxicos, que apresente sinais e/ou sintomas clínicos de intoxicação ou mesmo sem sintomatologia que apresente alterações laboratoriais compatíveis.	
		CASO CONFIRMADO	Todo caso suspeito em que se confirme clinicamente a existência de sinais e/ou sintomas com história de exposição compatível ou que na avaliação clínico-laboratorial apresente sinais e/ou sintomas com resultados de exames laboratoriais específicos alterados.	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Através de ingestão acidental ou intencional na tentativa de suicídio ou homicídio, por <u>contato direto</u> (pele ou inalação) quando da manipulação do agrotóxico para aplicação; <u>indireto</u> ou <u>sem contato</u> quando a intoxicação ocorre por exposição a ambientes após aplicação de agrotóxico, em contaminações ambientais ou por <u>alimentos contaminados</u> .	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	A transmissão ocorre enquanto houver contato direto ou indireto aos agrotóxicos ou a ambientes ou alimentos contaminados pelos mesmos.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Na <u>intoxicação aguda</u> os sintomas surgem rapidamente após a exposição. Na <u>intoxicação subaguda</u> o aparecimento é mais lento e os sintomas são subjetivos e vagos. A <u>intoxicação crônica</u> caracteriza-se por surgimento tardio, após meses ou anos a exposição pequena ou moderada aos agrotóxicos, acarretando danos irreversíveis como as neoplasias e paralisias.	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO CONFIRMADO	LABORATÓRIO	Entrar em contato com Centro de Controle a Intoxicações -CCI 5012-5311. para receber as informações necessárias específicas para cada caso de intoxicação.
			EPIDEMIOLOGIA	Investigar as circunstâncias da intoxicação.
		COMUNICANTES	LABORATORIO	Colher exame apenas se for considerado caso suspeito-ver definição caso suspeito e de acordo com o tipo de intoxicação.
			EPIDEMIOLOGIA	Investigar sintomas da via dos comunicantes e provável fonte de infecção.
AÇÕES	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF RÁPIDA	Sim para os casos de intoxicação em gestante, em menores de 16 anos, intoxicações fatais (óbitos imediatos ou durante a hospitalização /tratamento) Surto, notificar imediatamente por fax para a SUVIS M'Boi/ Vig. Ambiental/ Zoonoses.
		CASO DESCOBERTO NA UBS	SINAN	Preencher ficha de notificação com número de SINAN
			PREENCHIMENTO E ENCERRAMENTO DO CASO	Preencher FIE completa de acordo com Manual de Vigilância da Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos
AÇÕES	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO OUTRO SERVIÇO	NOTIF RÁPIDA	Preencher a FIE de Intoxicação por Agrotóxico em todos os itens possíveis e enviar a SUVIS M' Boi Mirim tel. 5512.7806/FAX 5819.7883 imediatamente.
			SINAN	A UBS usará o mesmo número de SINAN recebido da unidade notificante.

AGRAVO: INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICO

		SERVIÇO	PREENCHIMENTO E ENCERRAMENTO DO CASO	A UBS completa os dados necessários da FIE durante a VD. Enviá-la a SUVIS M' Boi Mirim em 07 dias.
AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Tratamento adequado específico e/ou sintomático de acordo com orientações do CCI.	
		EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO	Orientação sobre os efeitos nocivos dos agrotóxicos, sinais e sintomas das intoxicações. Orientação sobre o uso de equipamentos de proteção individual, destino adequado das embalagens vazias e lavagem dos equipamentos de aplicação.	
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	As mesmas orientações citadas acima.	

OBSERVAÇÕES:

- **CCI - Centro de Controle de Intoxicação – Fone: 08007713733 – Atendimento 24h por dia**
- **Hospital Municipal Arthur Saboya – Fone: 5012-5311 – Atendimento 24h por dia**
- **Agrotóxico com intoxicações freqüentes, principalmente no atendimento hospitalar: “chumbinho”.**

AGRAVO: INTOXICAÇÃO EXÓGENA

AGENTE ETIOLÓGICO:	Substâncias químicas => agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas, alimentos e bebidas.		
CARACTERÍSTICAS	CASO SUSPEITO	Todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas, alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.	
	CASO CONFIRMADO	Todo caso suspeito em que se confirme clinicamente a existência de sinais e/ou sintomas com história de exposição compatível ou que na avaliação clínico-laboratorial apresente sinais e/ou sintomas e resultados de exames laboratoriais específicos alterados.	
	EXPOSIÇÃO/ CONTAMINAÇÃO	VIA DE EXPOSIÇÃO/ CONTAMINAÇÃO	Digestiva, cutânea, respiratória, ocular, parenteral, vaginal, transplacentária, ou outras, podendo ocorrer acidental ou intencionalmente (tentativa de suicídio ou homicídio).
		CIRCUNSTÂNCIAS DE EXPOSIÇÃO/ CONTAMINAÇÃO	Uso habitual, acidental, ambiental, uso terapêutico, prescrição médica inadequada, erro de administração, auto-medicação, abuso, ingestão de alimento ou bebida, tentativa de suicídio, tentativa de aborto, violência/ homicídio, outras.
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS		Na <u>intoxicação aguda</u> os sintomas surgem rapidamente após a exposição. Na <u>intoxicação subaguda</u> o aparecimento é mais lento e os sintomas são subjetivos e vagos. A <u>intoxicação crônica</u> caracteriza-se por surgimento tardio, após meses ou anos a exposição pequena ou moderada aos agrotóxicos, podendo acarretar danos irreversíveis como as neoplasias e paralisias.	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	Entrar em contato com o Centro de Controle de Intoxicações - CCI 5012-5311 ou 08007713733 para receber as informações necessárias específicas referentes a cada caso de intoxicação. Investigar as circunstâncias da intoxicação. Remoção para o Pronto Socorro, se necessário.	
	NOTIFICAÇÃO	NOTIFICAÇÃO RÁPIDA	NÃO
		SINAN	SIM
FIE		- Preencher FIE completa de Intoxicação Exógena. Caso a Classificação Final (campo 65 da FIE) for "Intoxicação Confirmada", preencher o campo 66 com o número do CID que especifica a causa da intoxicação. Observação: - Nos casos em que a circunstância de exposição (campo 55) for tentativa de suicídio, preencher também a "Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violências e Acidentes"(SIVVA).	
MEDIDAS DE CONTROLE	Tratamento adequado específico e/ou sintomático. Se necessário encaminhamento ao Hospital, Serviço de Psicologia, Psiquiatria, Álcool e Drogas, Delegacia de Polícia, Conselho Tutelar, GAEPI, etc.		

AGRAVO: HEPAT

AGENTE ETIOLÓGICO		Vírus da HEPATITE C	
CARACTERÍSTICAS	FONTE de INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Indivíduos ictericos ou mialgias e alteração no INFEÇÃO comprovada sangue com MARCADORES reagentes
		CASO CONFIRMADO	Indivíduo com Anti-VHC
	TRANSMISSÃO	MODO de TRANSMISSÃO	Relações sexuais, exceto outros instrumentais como piercings, ..., hemotransfusões, procedimentos cirúrgicos, normas de BIOSSEGURANÇA (promiscuidade nos do SERVIÇOS de SAÚDE HOSPITALAR e FONTES)
		PERÍODO de TRANSMISSÃO	Semana anterior ao início
		PERÍODO de INCUBAÇÃO	Varia entre 15 e 150 dias
	AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO
COMUNICANTES			LABORATÓRIO - Coleção sorologia: Anti HCV e e <u>EPIDEMIOLOGIA</u> – Verificar se sabe qual é o CASO ÍNDICE
NOTIFICAÇÃO:		CASO descoberto na UBS	NOTIF. RÁPIDA
			SINAN
			FIE
		CASO descoberto em outro SERVIÇO	NOTIF. RÁPIDA
			SINAN
			FIE
MEDIDAS DE CONTROLE		Em RELAÇÃO ao CASO	Encaminhar o paciente para o Centro de Atenção Amaro – Rua Carlos Gomes Acompanhamento deve ser realizado para DST/AIDS, garantindo o uso de métodos profiláticos e terapêuticos Realizar PROCESSO DE AVALIAÇÃO das medidas de controle.

AGRAVO: HEPAT

AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	Em RELAÇÃO a TRANSMISSÃO	Orientar o paciente para o uso de preservativos nas relações sexuais de forma coletiva, não compartilhar sangue, órgãos ou
		Em RELAÇÃO aos COMUNICANTES	Orientar a não compartilhar objetos de uso pessoal e tomar cuidado em relação à f

OBSERVAÇÕES

Indivíduos com marcadores sorológicos reagentes e/ou BANCOS de SANGUE serão encaminhados às UBS para

HEPATITE VIRAL tipo C

- RNA vírus - Família Togoviridae

Características clínicas: febre, mal-estar, náuseas, vômitos, elevados níveis de TRANSAMINASES, expostos a FONTE de contaminação e comunicantes de casos confirmados. Doadores de SANGUE, reagentes e indivíduos assintomáticos com testes positivos para HEPATITE C.

Reagente e PCR positivo para o VHC.

Exposição percutânea (parenteral) a seringas e agulhas ou instrumentos contaminados como em tatuagens, perfurações nas orelhas, transfusão, usuários de hemodiálise, uso de drogas EV e/ou procedimentos odontológicos e cirúrgicos, quando não respeitadas as precauções, transmissão perinatal, contatos domiciliares (casas superlotadas), transplantes, exposição nos locais de trabalho se não houver controle eficaz da INFECÇÃO. A etiologia de INFECÇÃO não conhecida.

Características dos sinais e sintomas da doença aguda.

Duração da doença (média de 5 a 10 semanas).

Coletar 10 ml de sangue em TUBO VERMELHO para envio na rotina laboratorial.

Identificar prováveis FONTES de INFECÇÃO.

Coletar 10 ml de sangue em TUBO VERMELHO para envio na rotina laboratorial.

Identificar prováveis FONTES de INFECÇÃO, pois não se trata de uma doença de fácil diagnóstico.

Não há.

Sim, todos os casos com marcador reagente.

Preencher todos os campos da FICHA de INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, enviar a SUVIS M' BOI a FIE completamente preenchida.

Não há.

Usar o mesmo SINAN recebido pela SUVIS de Referência.

Preencher todos os campos e enviar para a SUVIS M' BOI no máximo em 7 dias.

Contatar o CENTRO de REFERÊNCIA de DST/AIDS de Santos, endereço: Rua Gomes nº 695, Telefone: 56861613/ 55224332.

Podrá ser feito também na UBS/USF em parceria com o CR, visando a sua assiduidade aos serviços, consultas e procedimentos preventivos.

Atividade EDUCATIVA individual e coletivo com relação a doença e prevenção.

ITE VIRAL tipo C

Para evitar disseminação do vírus com medidas simples: uso de preservativos sexuais, se usuários de drogas, não usar seringas compartilhadas, escova de dentes, lâminas de barbear, não compartilhar sêmen.

Evitar qualquer material de uso pessoal do CASO ÍNDICE e evitar a forma de transmissão da doença.

➤ Biologia Molecular positivos registrados nos testes de investigação e confirmação diagnóstica

AGRAVO: HEPATITE VIRAL tipo B

AGENTE ETIOLÓGICO		Vírus da HEPATITE B - DNA vírus - Família Hepadnaviridae			
CARACTERÍSTICAS	FONTE de INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Todo indivíduo icterício ou anictérico, com febre, mal-estar, náuseas, vômitos, mialgias, alteração nos níveis de TRANSAMINASES, expostos a FONTE de INFECÇÃO comprovada, comunicantes de casos suspeitos e indivíduos assintomáticos com MARCADOR reagente para HEPATITE B (HBsAg e/ou Anti HBc).		
		CASO CONFIRMADO	Todo indivíduo que apresentar MARCADOR sorológico reagente e/ou BIOLOGIA MOLECULAR positivos para HEPATITE B.		
	TRANSMISSÃO	MODO de TRANSMISSÃO	Solução de continuidade (pele e mucosas), relações sexuais, exposição percutânea (parenteral) a seringas e agulhas ou outros instrumentos contaminados como em tatuagens, piercings, hemotransfusões, uso de drogas EV ou inalatórias, procedimentos odontológicos, cirúrgicos e de hemodiálise quando não respeitadas as normas de BIOSSEGURANÇA, transmissão perinatal (filho de mãe portadora HBsAg positiva) e contatos domiciliares de casos confirmados.		
		PERÍODO de TRANSMISSÃO	Duas a três semanas antes que comecem os sintomas e continua durante a fase aguda da doença e no estado de portador crônico, que pode persistir por muitos anos ou pelo resto da vida.		
		PERÍODO de INCUBAÇÃO	De 30 a 180 dias (média de 60 a 90 dias).		
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO	<u>LABORATORIAL:</u> - Coletar, na rotina laboratorial 10 ml de sangue em TUBO VERMELHO para realização de Sorologia: HBsAg e anti-HBc. <u>EPIDEMIOLOGIA</u> -Pesquisar provável FONTE de INFECÇÃO.		
		COMUNICANTES	<u>LABORATÓRIO</u> - Coletar, na rotina laboratorial, 10 ml de sangue em TUBO VERMELHO para realização de Sorologia: HBsAg e anti-HBc. <u>EPIDEMIOLOGIA</u> – Pesquisar provável FONTE de INFECÇÃO que pode ser comum ao CASO ÍNDICE ou não. Sempre investigar COMUNICANTES, mesmo em pacientes que apresentem cicatrizes sorológicas (Anti HBc reagente) pois não se sabe quem é o CASO ÍNDICE.		
	NOTIFICAÇÃO:	CASO descoberto na UBS	NOTIF. RÁPIDA	Não há.	
			SINAN	Sim, em todos os casos confirmados laboratorialmente	
			FIE	Preencher todos os campos da FICHA de INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA e enviar para a SUVIS M' BOI, completamente preenchida.	
		CASO descoberto em outro SERVIÇO	NOTIF. RÁPIDA	Não há.	
			SINAN	Usar o mesmo SINAN enviado pela SUVIS de referência.	
			FIE	VD para complementação de todos os dados da FIE	
	MEDIDAS de CONTROLE	Em RELAÇÃO ao CASO	Acompanhamento e tratamento na UBS/USF em parceria com o CENTRO de REFERÊNCIA de DST/AIDS regional, garantindo a assiduidade ao serviço, consultas e demais procedimentos propeidêuticos e terapêuticos. Realizar PROCESSOS EDUCATIVOS individuais e coletivos sobre a doença, Medidas de Controle e VACINAÇÃO nos susceptíveis e grupos indicados pelo PROGRAMA NACIONAL de IMUNIZAÇÕES (PNI).		

AGRAVO: HEPATITE VIRAL tipo B

AÇÕES	MEDIDAS de CONTROLE	Em RELAÇÃO a TRANSMISSÃO	Orientar o paciente para evitar disseminação do vírus com medidas simples: uso de preservativos nas relações sexuais, se usuário de drogas não usar seringas de forma coletiva, não compartilhar escova de dentes, lâminas de barbear e alicates/espátulas de cutículas.
		Em RELAÇÃO aos COMUNICANTES	Filhos de mães HBsAg positivas devem receber a primeira dose da VACINA contra o vírus da HEPATITE B imediatamente após o nascimento (até 12 h após o parto) e, se disponível, é recomendável o uso de IMUNOGLOBULINA específica nas primeiras 12 h após o nascimento. VACINAÇÃO dos comunicantes suscetíveis.

OBSERVAÇÕES:

Indivíduos com marcadores sorológicos reagentes e/ou Biologia Molecular positivos registrados nos BANCOS de SANGUE serão encaminhados às UBS para investigação e confirmação diagnóstica.

AGRAVO: HEPATITE VIRAL tipo A (Notificar apenas SURTOS)

AGENTE ETIOLÓGICO		Vírus da HEPATITE A – ENTEROVÍRUS, de sorotipo único do Gênero Hepamavírus e Família Picomaviridae.		
CARACTERÍSTICAS	FONTE de INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Todo aquele que apresentar-se com febre, mal estar, anorexia, náuseas, desconforto abdominal e desenvolvimento de icterícia em poucos dias. Infecções leves e anictéricas são comuns.	
		CASO CONFIRMADO	Todo aquele com a presença de anticorpos IgM Anti-HAV no soro do paciente na fase aguda ou doença recente. As evidências clínicas e epidemiológicas podem fornecer o suporte para o diagnóstico.	
	TRANSMISSÃO	MODO de TRANSMISSÃO	<u>Diretamente</u> : pessoa a pessoa, via fecal-oral, e, <u>Indiretamente</u> : através de água e alimentos contaminados.	
		PERÍODO de TRANSMISSÃO	Duas semanas antes dos sinais e sintomas, até o final da segunda semana da doença.	
		PERÍODO de INCUBAÇÃO	De 15 a 45 dias. Média de 30 dias.	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO	<u>LABORATÓRIO</u> – Coletar 10 ml de sangue em TUBO VERMELHO; para investigação de IgM anti-HAV, e dosagens de BILIRRUBINAS e TRANSAMINASES, na rotina laboratorial. <u>EPIDEMIOLOGIA</u> - Verificar as condições de Saneamento Básico e Higiene pessoal, familiar, institucional e ambiental; identificando as prováveis FONTES de INFECÇÃO.	
		COMUNICANTES	<u>LABORATÓRIO</u> – Coletar 10 ml de sangue em TUBO VERMELHO; para investigação de IgM anti-HAV e, dosagens de BILIRRUBINAS e TRANSAMINASES das pessoas com sinais e sintomas semelhantes, na rotina laboratorial. <u>EPIDEMIOLOGIA</u> - Pesquisar a provável FONTE comum de INFECÇÃO e manter a observação CLÍNICA.	
	NOTIFICAÇÃO	CASO descoberto na UBS	NOTIF. RÁPIDA	Não há (somente se for SURTO).
			SINAN	Registrar SINAN a partir do PRIMEIRO CASO dentro de uma INSTITUIÇÃO, que será considerado SURTO.
			PREENCHIMENTO DA F.I.E. e CONCLUSÃO do CASO	Preencher completamente a FICHA de INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA para SURTO, o BOLETIM e a PLANILHA de acompanhamento de SURTO. Atualizar semanalmente, por carga, informando a SUVIS M' BOI sobre novos casos.
		CASO descoberto em outro SERVIÇO	NOTIF. RÁPIDA	Não há (somente se for surto).
			SINAN	Manter o número do SINAN enviado pela SUVIS.
			PREENCHIMENTO da F.I.E. e conclusão do CASO	Preencher completamente a FICHA de INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA para SURTO, o BOLETIM e a PLANILHA de acompanhamento do SURTO. Atualizar semanalmente, por carga, informando a SUVIS M' BOI sobre novos casos.
	MEDIDAS DE CONTROLE	Em RELAÇÃO ao CASO	Desenvolver PROCESSOS EDUCATIVOS individuais, comunitários e institucionais sobre a doença, sua Cadeia de Transmissão e Medidas de Controle. ISOLAR e AFASTAR o paciente de suas atividades normais (escola, creche, trabalho,...) durante as primeiras DUAS semanas da doença, não ultrapassando UM mês do início da icterícia. Higienização e Desinfecção ambiental dos sanitários, água e alimentos.	
		Em RELAÇÃO à TRANSMISSÃO	Eliminar a FONTE comum de INFECÇÃO, promovendo a Higienização pessoal, familiar, institucional e ambiental, com Desinfecção de sanitários, água e alimentos. Utilizar HIPOCLORITO de SÓDIO em diferentes concentrações para diferentes fins. Verificar e orientar a limpeza de caixas d'água.	
Em RELAÇÃO aos COMUNICANTES		Realizar PROCESSOS EDUCATIVOS comunitários e institucionais, orientando sobre a doença e medidas de controle, valorizando a Higiene e Desinfecção. Lembrar o valor da LAVAGEM DE MÃOS e das PRECAUÇÕES ENTÉRICAS.		

OBSERVAÇÕES:

AGRAVO: HEPATITE VIRAL tipo A (Notificar apenas SURTOS)

Apenas 1 (um) caso em INSTITUIÇÃO já é considerado SURTO. Em DOMICÍLIO será considerado SURTO a partir do 2º caso.

AGRAVO: HANSENÍASE

AGENTE ETIOLÓGICO:		MYCOBACTERIUM LEPRAE OU BACILO DE HANSEN	
CARACTERÍSTICAS	FONTE DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Indivíduo que apresentar sinais e sintomas dermatológicos e neurológicos, com alteração de sensibilidade, e/ou dor e espessamento dos nervos periféricos.
		CASO CONFIRMADO	<p>Apresenta um ou mais dos sintomas relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - manchas e placas com alteração de sensibilidade, rarefação de pelo - anidrose - infiltração localizada ou difusa - tubérculos, nódulos - dor e espessamento de nervos periféricos - diminuição de sensibilidade e da força muscular nas áreas correspondentes a estes nervos - madarose - triquíase
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Principalmente através das Vias Aéreas Superiores, (gotículas) e secundariamente através de solução de continuidade da pele, em contato com uma lesão supurada .
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	O paciente Multibacilar, é a Fonte de Infecção , assim se mantendo enquanto não iniciar o tratamento específico.
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Em média de 2 a 7anos
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO SUSPEITO	<p>LABORATÓRIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A Baciloscopia (coleta da Linfa das lesões, lóbulos auriculares e /ou cotovelos) e a Biópsia da lesão (pele), servem de apoio para o diagnóstico. O caso negativo não descarta o diagnóstico da hanseníase. <u>A Clínica e a história epidemiológica do paciente é soberana.</u> <p>O diagnóstico é confirmado através da avaliação clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnese (obtenção da história clínica do paciente e história epidemiológica da família); - Avaliação Dermatológica (identificação de lesões na pele com alteração de sensibilidade); - Avaliação Neurológica (identificação das neurites, incapacidades e deformidades); - Diagnósticos dos Estados Reacionais; - Classificação de Grau de Incapacidade Física - Diagnóstico Diferencial.
		CASO CONFIRMADO	<p>VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visita Domiciliar em busca dos comunicantes (que moram e os que moraram antes de início de tratamento). - Pesquisa da Fonte de infecção (Busca dos endereços de contatos dentro e fora do Município de SP)
		COMUNICANTE	<p>LABORATÓRIO: Não há.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação Clínica Dermato neurológico - Aplicação de BCG duas doses com intervalo de 6 meses. Considerar a cicatriz vacinal, como 1ª dose. <p>Atenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A aplicação da vacina no comunicante, só pode ser realizada após avaliação clínica - quando o comunicante for descartado.

AGRAVO: HANSENÍASE

AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	COMUNICANTE	<p>- O considerado suspeito, deve ser encaminhado para Unidade de Referência, (UR), da sua área de abrangência. Se for descartada a doença, deve-se aplicar a BCG.</p> <p>- O que já concluiu o tratamento e o que está em tratamento não pode ser vacinado, (pode causar reação).</p> <p>- A gestante, recomenda-se transferir aplicação da BCG para depois do parto.</p>		
	NOTIFICAÇÃO:	CASO DESCOBERTO NAS UNIDADES DE REFERÊNCIAS	NOTIF. RÁPIDA	Não há.	
			SINAN	Preencher Ficha de Notificação com nº do SINAN	
			FIE	Preencher todos os campos da ficha e enviar para SUVIS M'Boi	
		CASO DESCOBERTO OUTRO SERVIÇO UBS/HOSPITAIS	NOTIF. RÁPIDA	Não se aplica	
			SINAN	Não preencher.	
			FIE	Não preencher OBS: Os casos suspeitos devem ser encaminhados para (UR) - UBS Vila das Belezas, com agendamento prévio , para confirmação do diagnóstico e Notificação.	
	MEDIDAS DE CONTROLE	Em relação ao paciente em tratamento	<p>- Fazer o tratamento integral, com Polioquimioterápico (PQT)</p> <p>- Acompanhamento o paciente, visando:</p> <p>1) Identificar, prevenir e tratar as possíveis intercorrências e complicações da doença: Reações Hansênicas e Incapacidades Físicas.</p> <p>2) Orientar quanto à importância do comparecimento regular às consultas na UR e assiduidade do tratamento</p> <p>3) Evitar abandono</p>		
		Em relação à transmissão	<p>- Fazer diagnóstico precoce para quebrar a cadeia de transmissão.</p> <p>Fazer atividades educativas para divulgação dos Sinais e Sintomas junto à população</p> <p>Vigilância das pessoas que migraram das regiões endêmicas (Norte, Nordeste e Centro oeste).</p> <p>- Busca Ativa na Visita Domiciliar, (VD), mensal.</p>		
		Em relação aos comunicantes	<p>VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:</p> <p>- Orientar quanto à necessidade de ficarem atentos ao aparecimento de Sinais e Sintomas, devendo procurar a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência.</p> <p>Fazer avaliação clínica anual para os comunicantes do paciente MB por um período de 5 anos e para os comunicantes do PB, por 2 anos.</p>		

OBSERVAÇÕES:

1. Só deverá receber as duas doses **de vacina**, o comunicante que não apresentar cicatriz vacinal. O comunicante, que apresentar cicatriz de BCG, deverá receber somente uma dose da vacina, independente do tempo decorrido da aplicação da 1ª dose, (normalmente realizada no 1º mês de vida).
2. Outras informações: Guia de Hanseníase do Ministério da Saúde (10) ou Guia de VE/MS.
3. **UR – Enviar por FAX para SUVIS, o resultado do exame logo que chegue a UVIS.**

AGRAVO		
AGENTE ETIOLÓGICO		HIV (Vírus da Imuno
CARACTERÍSTICAS	DEFINIÇÃO DE CASO	
	TRANSMISSÃO	TRANSMISSÃO
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO
		PARCERIA SEXUAL
	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS
		CASO DESCOBERTO NA MATERNIDADE

HIV (Vírus da Imuno

[Gestante em que foi](#)

- Sangue;
- Esperma e sec
- Leite materno.

Desde o momento d

LABORATÓRIO

EPIDEMIOLOGIA

LABORATORIO

EPIDEMIOLOGIA

NOTIFICAÇÃO

SINAN

FIE

NOTIFICAÇÃO

SINAN

FIE

AGRAVO

AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	GESTANTE Aconselhamento e agendamento imediato para início oportuno da terapêutica materna se a consulta na unidade de especialidade	
		CRIANÇA -Introdução de ARV na maternidade; -Encaminhamento para Unidade Especial -Substituição do aleitamento materno por que faça aconselhamento e triagem das crianças -Acompanhamento pediátrico da criança quando o caso poderá ser encerrado, mediante avaliação do médico. • PARCERIA SEXUAL -Aconselhamento em DST/AIDS, estimulando o uso de preservativos e agulhas.	
OBSERVAÇÕES: *SAE Jd. Mitsutani - Rua Frei Xistino de Azevedo, 100 - Vila Militar - Rio de Janeiro - RJ *CR Stº Amaro: Rua Carlos Gomes, 100 - Vila Militar - Rio de Janeiro - RJ			

gestante HIV

(deficiência Humana)

[detectada a infecção por HIV ou as que já tem o diagnóstico co](#)

infecção vaginal;

Se a infecção, o portador já é transmissor.

Sorologia para HIV.

-Realizar sorologia p/ HIV, com aconselhamento prévio, na 1ª consulta de pré-natal, no 3º trimestre de gestação e no parto.

Sorologia para HIV.

Orientação sobre prevenção.

SIM. Não esperar teste confirmatório para encaminhar a gestante ao Serviço Especializado em DST/AIDS.

SIM-Utilizar duas numerações de SINAN diferentes:

1 para FIE Gestante HIV.

1 para FIE AIDS.

Ficha de Investigação Epidemiológica de AIDS.

Ficha de Investigação Epidemiológica Gestante HIV.

-Se Gestante: FIE AIDS e FIE Gestante HIV;

-Se Parturiente/ Puérpera: FIE AIDS e FIE Criança Exposta ao HIV (RN de mãe soropositiva ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo HIV).

SIM - Utilizar duas numerações de SINAN diferentes:

Se Gestante:

-Um nº. para FIE Gestante HIV e

-Um nº. para FIE AIDS.

Se Parturiente/ Puérpera:

-Um nº. para FIE AIDS e

-Um nº. para FIE Criança Exposta ao HIV (Obs.:Em caso de Aborto/Natimorto, incluir esta informação no campo "Observações Adicionais").

Ficha de Investigação Epidemiológica de AIDS.

Ficha de Investigação Epidemiológica Gestante HIV.

1. GESTANTE HIV

Ficha de Investigação Epidemiológica Criança Exposta ao HIV.

ato de consulta na Unidade Especializada em DST/AIDS*
na e profilaxia da transmissão vertical. **A UBS deve verificar
lde ocorreu.**

lizada em DST/AIDS;

leite artificial ou leite humano processado por banco de leite
doadoras;

na Unidade Especializada em DST/AIDS até 12 meses de vida,
diante o resultado da sorologia para o HIV na criança.

o uso consciente do preservativo, não compartilhamento de seringas e

sto Teuber, nº. 50 – Telefone: 5841- 9020.

omes, 695 – Tel.: 5547-0004/ 5686-1613.

AGRAVO: FEBRE TIFÓIDE

AGENTE ETIOLÓGICO		SALMONELLA TYPHI	
CARACTERÍSTICAS	FONTE DE PRIMEIRA INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	- Indivíduos com febre persistente, acompanhada ou não de: cefaléia, mal estar, dor abdominal, anorexia, dissociação pulso-temperatura, constipação ou diarreia, tosse seca, roséolas tíficas (manchas rosadas no tronco- achado raro), esplenomegalia.
		CASO CONFIRMADO	Critério - Clínico-laboratorial Achados clínicos compatíveis com a doença e isolamento da <i>Salmonella typhi</i> ou detecção pela técnica PCR.
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Principalmente modo indireto: água, alimentos, em especial o leite e derivados contaminados com fezes ou urina de paciente ou portador (doença das mãos sujas).
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Enquanto os bacilos estiverem sendo eliminados nas fezes ou urina, o que geralmente ocorre desde a 1ª semana da doença até o fim da convalescença. 10% eliminam bacilos até 3 meses; 1 a 5% de 1 ano ao resto da vida (portadores crônicos).
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	1 a 3 semanas (média 2 semanas) dependendo da dose infectante.
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO	LABORATORIAL: Isolamento da <i>S. typhi</i> : No sangue (hemocultura) , apresenta maior positividade nas 2 semanas iniciais da doença, o sangue deve ser colhido de preferência antes que o paciente tenha tomado antibiótico, recomenda-se 2 a 3 amostras, não havendo necessidade de intervalos maiores que 30 min; nas fezes (coprocultura) , colher entre a 2ª e a 5ª semana da doença; aspirado medular (mielocultura) , 90% de sensibilidade, procedimento médico ou urina (urocultura) - valor diagnóstico limitado. EPIDEMIOLOGIA: - Verificar se foi realizada coleta e envio do material para exame diagnóstico (fezes/ sangue/ urina) e se uso prévio de antibiótico. - Hospitalizar o paciente se necessário. - Determinar provável fonte de infecção.
		COMUNICANTE	LABORATORIAL: Isolamento da <i>S. typhi</i> nas fezes (coprocultura) de todos os comunicantes. EPIDEMIOLOGIA: Monitorar coleta e resultado de exames.
	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	- Notificação rápida a SUVIS; - SINAN; - FIE Febre Tifóide
		CASO DESCOBERTO OUTRO SERVIÇO	- Notificação rápida a SUVIS - SUVIS faz contato com a UBS de residência, informa o nº do SINAN do caso índice, para ser usado nas requisições de exames de fezes, dos comunicantes - FIE Febre Tifóide – VD com Preenchimento todos os campos.e enviar a SUVIS.
	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	- Isolamento do paciente NÃO é necessário - Medidas de precaução entérica - Desinfecção dos objetos que tiveram contato com excretas - Tratamento clínico adequado - Auto cuidado paciente (lavagem das mãos) - Afastar caso das atividades habituais até a cura (quando oferecer risco de disseminação).
PORTADOR		- Após coprocultura positiva, as mesmas em relação ao caso.	
EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO		- Inspeção sanitária em estabelecimentos fechados (escolas, creches, presídios, asilos,etc.), restaurantes ou cozinhas, bares,etc.=> coleta de alimentos para análise (técnicos da SUVIS); - Medidas de educação sobre higiene pessoal, controle de portadores, afastar os portadores da manipulação de alimentos; - Medidas de saneamento básico, como água tratada e protegida, destino adequado dos esgotos e resíduos sólidos.	

OBSERVAÇÃO:

HOSPITAL / UBS – Enviar por FAX para SUVIS os resultados dos exames, assim que chegue ao CCIH ou UVIS

AGRAVO: FEBRE MACULOSA

AGENTE ETIOLÓGICO		Bactéria <i>Rickettsia rickettsii</i> , os vetores são carrapatos da espécie <i>Amblyoma cajennense</i> .		
CARACTERÍSTICA	FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Febre com duração de 02 a 03 semanas, mialgia, cefaléia, náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal. A doença evolui rapidamente com toxemia, hiperemia conjuntival. O exantema aparece no 3º ou 4º dia e acomete a região palmo-plantar. A doença progride com lesões em: SNC, pulmões e rins.	
		CASO CONFIRMADO	Quadro clínico acima com resultado de sorologia e /ou cultura positiva.	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Pela picada do carrapato, necessitando que o mesmo fique aderido por 04 a 06 horas.	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Não se transmite diretamente de uma pessoa para outra.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	De 02 a 07 dias em média 04 dias.	
	INVESTIGAÇÃO	CASO CONFIRMADO	LABORATÓRIO	Coletar 10 ml sangue tubo seco (T.vermelha) a partir do 7º dia do início dos sintomas e uma 2ª amostra após 11 a 14 dias desta, enviar ao IAL na rotina do laboratório.
			EPIDEMIOLOGIA	Determinar o local provável de infecção, esse local deve ter sido visitado pelo paciente nos últimos 15 dias que precederam o início dos sintomas. Todos os casos suspeitos deverão ser notificados para SUVIS M'BOI/Vig. Ambiental/ Zoonoses que investigará a presença de carrapatos e animais nos locais prováveis da infecção.
		COMUNICANTES	LABORATORIO	Não Há
			EPIDEMIOLOGIA	Investigar a participação no mesmo evento e ou presença de sinais e sintomas.
AÇÕES	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF RÁPIDA	Sim, preencher a FIE (Ficha de Investigação Epidemiológica) de Febre Maculosa em todos os itens possíveis e enviar a SUVIS M' Boi/ Vig. Ambiental/ Zoonoses por telefone ou fax imediatamente após o seu preenchimento. Fone: 5512.7806/ 5819.8324, Fax: (11) 5819.7883.
			SINAN	Preencher a ficha SINAN e anotar o nº na ficha de investigação epidemiológica (FIE).
			PREENCHIMENTO E ENCERRAMENTO DO CASO	Preencher todos os campos e enviar para SUVIS M BOI/ Vig. Ambiental/ Zoonoses de referencia concluir em 15 dias.
		CASO DESCOBERTO OUTRO SERVIÇO	NOTIF RÁPIDA	A UBS receberá da SUVIS M 'Boi/ Vig. Ambiental/ Zoonoses os dados recebidos pelo serviço notificante e deverá ser agendado visita domiciliar.
			SINAN	A UBS usará o mesmo número de SINAN recebido da unidade notificante
			PREENCHIMENTO E ENCERRAMENTO DO CASO	A UBS receberá da SUVIS M' Boi/ Vig. Ambiental/ Zoonoses os dados recebidos do serviço notificante e deverá ser agendado visita domiciliar. Preencher todos os campos da FIE e enviá-la completa para SUVIS por carga. Concluir em 15 dias.

AGRAVO: FEBRE MACULOSA

AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Atendimento médico o mais rápido, o tratamento precoce (Guia Epidemiológico do Ministério da Saúde-6ª edição) é a única maneira de se evitar o óbito pela doença, tratamento indicado conforme Normas Técnicas.
		EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	Investigação do foco e atividades educativas. Alerta para que se evite áreas de riscos com carrapatos e quando necessário usar barreiras físicas como calças compridas e botas. Não esmagar o carrapato com as unhas e sim retirá-los com uma leve torção. Aparar os gramados e controle químico nos animais domésticos através de banhos carrapaticidas. Controle químico e/ou mecânico a ser realizado pela equipe da SUVIS M BOI/ Vig. Ambiental/ Zoonoses.
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Orientação para se evitar áreas de riscos e procura de atendimento médico se apresentar algum sintoma após a picada do carrapato.

OBSERVAÇÕES

- O SINAN e a FIE deverão ser preenchidos nos casos de picada de carrapato mais sintomas clínicos.
- Se for só picada orientar para o aparecimento de sintomas e procura de atendimento médico se necessário.
- Solicitar a identificação da espécie de carrapato através da SUVIS M BOI/Vig. Ambiental/Zoonoses, Fone: (11) 5512.7806 e Fax:(11) 5819.7883.

AGRAVO: FEBRE AMARELA

AGENTE ETIOLÓGICO		Arbovírus do gênero <i>Flavivírus</i>		
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMARIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Quadro febril agudo acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, que resida ou seja procedente de áreas endêmicas para febre amarela nos últimos 15 dias e não vacinados contra febre amarela nos últimos dez anos.	
		CASO CONFIRMADO	Quadro clínico compatível (febre alta, cefaléia, mialgia, náuseas, vômitos e fotofobia) que apresenta sorologia positiva. Após o período inicial a doença evolui para cura ou agravamento. Nos casos graves evolui para icterícia progressiva, fenômenos hemorrágicos, hipotensão, bradicardia, prostração, oligúria ou anúria. O comprometimento do SNC manifesta-se por delírio, convulsão e coma. Este quadro caracteriza uma síndrome hepatonefrotóxica.	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Nas zonas urbanas e alguns aglomerados rurais a transmissão ocorre pela picada do mosquito <i>Aedes aegypti</i> . O vírus é introduzido no ciclo pelo homem em período de viremia sendo: Homem → Aedes → Homem. Na febre amarela silvestre o vírus circula entre os macacos sendo: Macaco → Mosquito Silvestre → Homem.	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Começa no 1º dia antes do início dos sintomas e vai até o 3º ou 4º dia de doença. Não se transmite pelo contágio direto.	
	PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Varia de 03 á 06 dias após a picada do mosquito.		
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO SUSPEITO	LABORATÓRIO	Coletar 10 ml de sangue, para sorologia ,a partir do 6º dia dos primeiros sintomas e enviar para o IAL direto na rotina do Laboratório.
			EPIDEMIOLOGIA	Investigar se o paciente se deslocou para áreas de risco nos últimos 15 dias anteriores a data dos sintomas, especificar as localidades para identificar o mais rápido possível o local provável da infecção. Verificar antecedentes da vacina contra febre amarela
		COMUNICANTES	LABORATORIO	Não Há.
			EPIDEMIOLOGIA	Deverá ser realizada busca ativa de outros casos suspeitos na área de residência e ou trabalho do paciente.
	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF RÁPIDA	Preencher a FIE (Ficha de Investigação Epidemiológica) de Febre Amarela em todos os ítems possíveis e enviar a SUVIS M' Boi Mirim/ Vigilância em Saúde Ambiental/Zoonoses por Fone: 5512.7806 ou FAX:5819.7883 imediatamente após o seu preenchimento e encaminhar o original pela Carga da SUVIS após 7 dias com o caso concluído.
			SINAN	Preencher SINAN e anotar o nº na ficha de investigação epidemiológica (FIE).

AGRAVO: FEBRE AMARELA

			PREENCHIMENTO da FIE E Conclusão do caso	Completar todos os campos e enviar para SUVIS M' Boi/ Vig. Ambiental/ Zoonoses, por carga e concluir a investigação em 07 dias.	
AÇÕES	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO OUTRO SERVIÇO	NOTIF RÁPIDA	A UBS receberá da SUVIS M' Boi/ Vig. Ambiental/ Zoonoses os dados recebidos pelo serviço notificante e deverá ser agendada visita domiciliar.	
			SINAN	A UBS usará o mesmo número de SINAN recebido da unidade notificante.	
			PREENCHIMENTO da FIE e Conclusão do caso	A UBS receberá da SUVIS M' Boi/ Vig. Ambiental/ Zoonoses os dados recebidos pelo serviço notificante. Realizar visita domiciliar para preencher todos os campos da FIE e enviá-la completa para SUVIS por carga. Concluir em 07 dias.	
	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO		Tratamento sintomático adequado conforme o quadro clínico.	
		EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO		Na forma silvestre, onde os vetores estão amplamente distribuídos e com hábitos silvestres, não será possível aplicação de medidas de controle. Na forma urbana onde o vetor é o <i>Aedes Aegypti</i> deverão ser aplicadas as medidas de combate de acordo com as técnicas preconizadas no controle de vetores da febre amarela e dengue.	
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES		<p><u>Vacinação</u> indicada a partir do 6º mês de idade residindo e/ ou viajando para áreas de risco.</p> <p>A vacina confere imunidade em quase 100% dos casos.</p> <p>Início da proteção a partir do 10º dia e revacinação a cada 10 anos. (vide protocolo imunização)</p>	

OBSERVAÇÕES :

Áreas de Risco: - Estados: Acre, Amazonas, Roraima, Amapá, Pará, Maranhão, Goiás, Tocantins, Mato Grosso, MG Sul, Rondônia, Distrito Federal, Piauí, Bahia, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, R. Grande do Sul, São Paulo : Municípios **Lista Complementada pelo Informe Técnico encaminhado pela Carga de SUVIS e 22/01/09 para todos Equipamentos de Saúde da STS de M'Boi Mirim.**

Conforme o link: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/zoo/fa09_novas_areaviaja.htm#munsp

OBS. O Município de São Paulo têm UBS de referência para vacinação contra Febre Amarela, listagem encaminhada por e-mail para todas UBS para orientação dos munícipes. As UBS de Referência da STS de M'Boi Mirim são: UBS Jardim Coimbra, UBS Chácara Santana e UBS Vila das Belezas. Todos os funcionários de todas UBS devem ser orientados quanto a estas referências , quanto as indicações da vacinação, quanto à listagem das áreas de risco do Brasil e quanto as UBS de referência do Município de São Paulo, para que possam orientar com qualidade todos os munícipes que os procurarem.

AGRAVO: EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAIS

DEFINIÇÃO	<p>Os EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAIS são agravos à saúde causados pela aplicação das VACINAS. Podem ser desencadeados pela VACINAS em pacientes com determinados fatores predisponentes, por exemplo, convulsões febris, ou eventos independentes associados temporalmente à vacinação, por exemplo, intercorrências infecciosas. Em qualquer caso, tais eventos devem ser diagnosticados mediante ANAMNESE e EXAME CLÍNICO, tratados, NOTIFICADOS, e a orientação deve ser dada em relação às vacinações subsequentes.</p>
INVESTIGAÇÃO E NOTIFICAÇÃO	<p>OBJETIVOS:</p> <p>1- Normatizar o reconhecimento e a conduta frente aos casos de EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAÇÃO (EAPV), bem como promover supervisões e atualizações científicas.</p> <p>2 - Promover a consolidação dos dados de EAPV ocorridos nas regiões do país num sistema único, informatizado, através de relatórios das Coordenações Estaduais.</p> <p>3- Identificar os LOTES mais REATOGÊNICOS e decidir quanto a sua utilização ou suspensão.</p> <p>4 - Assessorar os processos de capacitação ligados à área de IMUNIZAÇÕES, visando o aspecto dos EAPV, técnica de aplicação, etc., e,</p> <p>5 - Manter a confiabilidade dos imunobiológicos utilizados no PROGRAMA NACIONAL de IMUNIZAÇÕES (PNI) junto à população e aos profissionais de saúde.</p> <p>NOTIFICAÇÃO – OBRIGATÓRIA</p> <p>Deverão ser notificados TODOS os casos de EVENTOS ADVERSOS PÓS – VACINAÇÃO, definidos de acordo com os critérios estabelecidos no MANUAL de VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA dos EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAIS.</p> <p>FLUXO:</p> <p>1) As UBS deverão NOTIFICAR (registrar SINAN e FICHA DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA) todos os casos de EVENTOS ADVERSOS POS VACINAIS, enviando a documentação para a respectiva SUPERVISÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE o mais cedo possível.</p> <p>2) As UBS notificarão de imediato os casos considerados graves (Fluxo Imediato).</p> <p>3) A SUVIS promoverá a investigação das notificações recebidas, analisando e estabelecendo a conduta adequada, no âmbito de sua competência.</p> <p>4) A SUVIS detectará, notificar á e estabelecerá conduta frente a ocorrência de SURTOS de EVENTOS ADVERSOS.</p> <p>OBSERVAÇÕES:</p> <p>Alguns EVENTOS ADVERSOS são observados com frequência relativamente alta, depois da administração de algumas vacinas; no entanto, as manifestações que ocorrem são geralmente benignas e transitórias (febre e dor no local decorrente da aplicação da vacina tríplice DTP, por exemplo). Raramente, porém, as reações são graves, e quando ocorrem, nem sempre são reconhecidos os mecanismos fisiopatológicos envolvidos nessas complicações, geralmente neurológicas. Havendo associação temporal entre a aplicação da vacina e a ocorrência de determinado EVENTO ADVERSO, considera-se possível a existência de vínculo causal entre os dois fatos.</p>
AÇÕES	<p style="text-align: center;">NCAMINHAMENTOS</p> <p>São três os pontos básicos para uma investigação dos EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAIS, segundo Neal A. Halsey e H.C. Stetles:</p> <p>(1) Fatores relacionados à VACINA : incluem o tipo ou cepa, o número e o meio de cultivo dos microrganismos, o processo de inativação ou atenuação, adjuvantes, estabilizadores ou substâncias conservadoras;</p> <p>(2) Fatores relacionados aos VACINADOS: idade, sexo, doses prévias da vacina, doença anterior devida ao agente causal, anticorpos adquiridos passivamente por via transplacentária , doenças concomitantes e deficiência imunitária;</p>

AGRAVO: EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAIS

	E	(3) Fatores relacionados à TÉCNICA: agulha e seringa, ponto de inoculação, via de inoculação (vacinação intradérmica, subcutânea ou intramuscular).
AÇÕES	ENCAMINHAMENTOS	<p>1. Complicações ou reações NÃO imunológicas. Determinadas reações são esperadas, embora sua intensidade e frequência sejam variáveis, por exemplo, dor no local de aplicação ou convulsões. Outras, decorrem de falhas durante o processo de produção das vacinas, como por exemplo contaminação ou qualidade inadequada de determinados componentes, ou de falhas na técnica de aplicação.</p> <p>2. Complicações ou reações imunológicas.</p> <p>2.1 Complicações em pacientes com comprometimento imunológico. Podem ocorrer em pacientes com deficiência imunológica primária, isto é, com deficiências congênitas da imunidade, que são doenças raras, ou secundárias, decorrentes de doenças ou tratamentos que comprometem a imunidade, como leucemia, linfoma, etc. O risco de complicações se manifesta nas vacinas vivas, como a anti-sarampo, caxumba e rubéola, antipoliomielite oral, BCG, etc. No caso das vacinas mortas, como a tríplice bacteriana, contra difteria, tétano e coqueluche, o risco é da resposta imunitária não se processar adequadamente, continuando o receptor da vacina suscetível às doenças contra as quais se vacinou.</p> <p>2.2 Reações de hipersensibilidade em indivíduos alérgicos. Entre os possíveis alérgenos, temos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Resíduos de linhas celulares ou embriões em que se cultivam os vírus vacinais; b) Substâncias utilizadas nos meios de cultura; c) Outras substâncias, agregadas durante a preparação e purificação da vacina (por exemplo, antibióticos, preservativos, estabilizantes ou adjuvantes). <p>2.3 Reações imunológicas adversas que se observam em indivíduos normais, que parecem estar relacionadas com a natureza do antígeno ou com a via de administração. É provável que haja um fator individual de suscetibilidade a estas complicações. Por exemplo, artrite, eritema multiforme, trombocitopenia, síndrome de Guillain-Barré. Encefalomielite, observada raramente depois de algumas vacinas, como a anti-rábica, pode estar relacionada com um mecanismo de hipersensibilidade retardada.</p> <p>A diminuição das reações ou complicações pós vacinais deve ser preocupação permanente e objeto de estudo de todos que são responsáveis pelas imunizações, em todos os níveis. Novas vacinas, menos reatogênicas ou mais seguras, estão em desenvolvimento ou já aprovadas. A incorporação das mesmas à rotina das vacinações deve ser feita criteriosamente, levando-se em conta a avaliação de custo-benefício, a eficácia e eficiência, o potencial de obter coberturas vacinais amplas, a necessidade de garantir o abastecimento regular das vacinas dentro de uma política de auto-suficiência em imunobiológicos, etc.</p> <p>De qualquer forma, em caso de dúvidas, sempre consultar o mais recente MANUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA dos EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAIS do MINISTÉRIO DA SAÚDE e, telefonar para a SUPERVISÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE M'BOI MIRIM, no 5511-8000 e 5513-9842.</p>

AGRAVO: ESQUISTOSSOMOSE

AGENTE ETIOLÓGICO		<i>Schistosoma mansoni</i>			
		Família : Schistosomatidae			
CARACTERÍSTICA	FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO Homem Doente	CASO SUSPEITO	Indivíduo residente ou procedente de área de risco (endêmica) ou clínica sugestiva e história de exposição		
		CASO CONFIRMADO	Caso suspeito com ovos visíveis de <i>S. mansoni</i> nas fezes, ou comprovação por biópsia retal ou hepática. Na fase de penetração pode apresentar prurido no local, a sintomatologia varia de assintomática até quadro clínico específico		
	TRANSMISSÃO NOVO HOSPEDEIRO	MODO DE TRANSMISSÃO Por Vetor	Os ovos do <i>S. mansoni</i> são eliminados pelas fezes do hospedeiro infectado (homem). Na água eclodem, liberando uma larva ciliada denominada miracídio, a qual infecta o caramujo. Após 4-6 semanas abandonam o caramujo, na forma cercária, ficando livres nas águas naturais		
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Contato do homem com águas infectadas a partir de 5 semanas. Enquanto o <i>S. mansoni</i> estiver vivo eliminando ovos na luz		
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Em média de 2-6 semanas após a o contágio inicial.		
	AÇÕES	INVESTIGAÇÃO E NOTIFICAÇÃO	CASO	LABORATÓRIO	Coletar 3 amostras seriadas de protoparasitológico de fezes, enviar na rotina Em casos específicos: sorologia, biópsia retal ou hepática (após contato coma A SUVIS M BOI/ Vig. Ambiental/ Zoonoses). Fone: (11) 5512.7806 e 5819.8324.
EPIDEMIOLOGIA				Investiga-se o deslocamento dos suspeitos para áreas de risco de transmissão da doença, determinando-se o local de contágio da doença. Inquérito domiciliar para identificar expostos a mesma situação de risco (busca ativa de casos suspeitos)	
CASO DESCOBERTO NA UBS			NOTIF RÁPIDA	Não há.	
			SINAN	Preencher a ficha SINAN e anotar o nº na FIE, somente nos casos confirmados.	
			PREENCHIMENTO E ENCERRAMENTO DO CASO	Completar todos os campos da FIE e enviar para a SUVIS M' Boi Mirim por carga. Concluir Controle de Cura: Após 4 meses é repetido o exame (3 amostras de PPF em dias alternados), se positivo uma das amostras é repetido o tratamento. Enviar relatório do resultado para a SUVIS com o mesmo nº de SINAN inicial	
CASO DESCOBERTO OUTRO SERVIÇO			NOTIF RÁPIDA	Não há.	
			SINAN	A UBS usará o mesmo SINAN recebido se houver, caso contrário deverá abrir.	
			PREENCHIMENTO E ENCERRAMENTO DO CASO	A UBS receberá da SUVIS M' Boi/ Vig. Ambiental/ Zoonoses os dados recebidos pelo serviço notificante.	
MEDIDAS DE CONTROLE			EM RELAÇÃO AO CASO	Identificação e tratamento dos portadores de <i>S. mansoni</i> , de acordo com a disponibilidade medicamentosa prevista no Guia Epidemiológico. Quimioterapia específica de criadouros.	
			EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO	Controle dos hospedeiros intermediários: pesquisa de coleção hídrica, tratamento químico de importância epidemiológica.	
			EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Educação em saúde e mobilização comunitária, saneamento ambiental nos focos de identificação e tratamento quando indicado. Laboratório : PPF se houver indicação	
OBSERVAÇÕES:					
Em gestantes e lactantes o tratamento é contra indicado, porém notifica-se no momento da confirmação laboratorial do caso colocando-se a condição de contra indicação para o tratamento.					

AGRAVO: ESQUISTOSSOMOSE

Quando terminar o período de amamentação a mesma deverá ser convocada para tratamento. Neste momento a FIE com o SINAN dado na notificação deverá ser completada e enviado relatório para SUVIS M'Boi/ Vig. Ambiental/ Zoonoses com respectivos dados (data, doses da medicação)

AGRAVO: ESCARLATINA – notificação de surto

AGENTE ETIOLÓGICO		ESTREPTOCOCO B HEMOLITICO DO GRUPO A		
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMARIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	DEFINIÇÃO: Febre alta, dor a deglutição, mal estar geral, anorexia, astenia, exantema, podendo estar acompanhado de náuseas, vômitos e dor abdominal, principalmente em crianças.	
		CASO CONFIRMADO	DEFINIÇÃO: Faringo amigdalite com exudato purulento, adenomegalia cervical, papilas hipertofiadadas (língua em framboesa) e exantema micropapular craniocaudal com exceção da palma das mãos e planta dos pés, com aspectos de lixa que desaparece a digitopressão.	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Direta, através de gotículas de secreção nasofaríngea e contato íntimo em ambientes fechados.	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	De 10 a 21 dias, e até 24 horas antes do tratamento com antibiótico.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	2 a 5 dias em média 2 dias	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO ÚNICO	LABORATÓRIO	realizar cultura de orofaringe (swab) para confirmação de diagnóstico.
			EPIDEMIOLOGIA	Acompanhamento de novos casos.
		APARTIR DO 2º CASO	LABORATORIO	Realizar cultura de orofaringe (swab)
			EPIDEMIOLOGIA	Identificar o risco para doença.
		COMUNICANTE	LABORATÓRIO	- Cultura de Orofaringe quando identificada cepa nefritogênica e houver casos de febre reumática ou glomerulonefrite nos contatos.
			EPIDEMIOLOGIA	-Casos de surto (2 ou mais casos suspeitos no mesmo espaço geográfico e relacionados no tempo) e epidemia devem ser registrados e acompanhados. - Identificar o comunicante assintomático.
	NOTIFICAÇÃO DE SURTOS	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF RÁPIDA	Sim, em caso de surto
			SINAN	Sim, em caso de surto
			FIE	Sim, em caso de surto e encaminhar para SUVIS M BOI imediatamente/FAX
			BOLETIM	Sim, em caso de surto.
			PLANILHA	Sim em caso de surto
			RELATÓRIO	Não há.
CASO DESCOBERTO OUTRO SERVIÇO		NOTIF RÁPIDA	Sim se for surto	
		SINAN	A UBS usará o mesmo SINAN recebido	
		FIE	Sim, em caso de surto.	
		BOLETIM	Sim, em caso de surto e monitorar com dados semanalmente.	
		PLANILHA	Sim, em caso de surto e monitorar com dados semanalmente.	
		RELATÓRIO	Não.	

AGRAVO: ESCARLATINA – notificação de surto

AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Afastamento do caso índice e tratar precocemente. Se for de escola ou creche afastar por 24 horas do início do tratamento. Na classe do caso índice será feito exame clínico de todos os comunicantes (Escolas)
		EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	- Precauções respiratórias (por gotículas e aglomerações) - Orientar quanto a necessidade de arejar ambientes
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Sintomáticos: Tratar . Assintomáticos: Tratar só os casos em que houver febre reumática, Glomerulonefrite ou cepa nefritogênica na Cultura de preferência positiva Íntimos (convivem no mesmo local fechado que o doente): Tratar.

OBSERVAÇÕES:

1- Considerar surto controlado: após 15 dias da notificação sem novos casos.

Deve-se identificar a fonte de infecção.

Informações adicionais: <http://www.cve.saude.sp.gov.br>

AGRAVO: DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

AGENTES ETIOLÓGICOS: bactérias, vírus, fungos, protozoários.

Abordagem Sindrômica: baseia-se na identificação de sinais e sintomas verificados no momento da avaliação clínica. Para as DST, esta forma de abordagem é bastante resolutiva, pois, independentemente de serem causadas por um grande número de microorganismos, estes apenas determinam um número limitado de síndromes.

ABORDAGEM SINDRÔMICA

CARACTERÍSTICAS

- > Classificar os principais agentes etiológicos, segundo as síndromes clínicas por eles causadas;
- > Utilizar fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome;
- > Indicar o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes;
- > Incluir a atenção aos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre a redução de risco, a adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para a utilização adequada de preservativos;
- > Incluir a oferta de sorologia para sífilis, hepatites B e C e para o HIV - paciente e parceiro (s).

Fluxogramas: constituem-se em uma série de quadros de ação e decisão que contêm as informações básicas necessárias ao manejo dos pacientes. Após a identificação do problema clínico, que se encontra no topo do fluxograma, o profissional deve seguir passo a passo, tomando as decisões necessárias, de acordo com os achados clínicos.

Consultar: CD-ROM/ Álbum Seriado ou Manual de Bolso: "Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST".

SÍNDROMES

Úlcera Genital: sífilis, cancro mole, donovanose e herpes;

Corrimento Vaginal: vaginose bacteriana, gardnerose, tricomoníase e "leucorréia";

Corrimento Uretral: gonorréia e clamídia;

Corrimento Cervical: gonorréia e clamídia

Desconforto ou Dor Pélvica: Doença Inflamatória Pélvica (DIP) leve, sem sinais de peritonismo ou febre.

Observação: infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) - diagnóstico basicamente clínico. Após notificação, encaminhar paciente para a Unidade Especializada em DST/AIDS* para diagnóstico etiológico (se necessário) e tratamento.

NOTIFICAÇÃO

NOTIFICAÇÃO RÁPIDA	NÃO
SINAN	SIM
FIE	SIM – Utilizar modelo apresentado na reunião de Educação Continuada da SUVIS de 16/11/2009.

AÇÕES

MEDIDAS DE CONTROLE

- Realização de ações educativas nas questões relacionadas às DST e orientação de praticas de sexo seguro;
- Fornecimento e orientação para a utilização adequada de preservativos;
- Disponibilização de exames: HIV, VDRL, Hepatites B e C;
- Tratamento e acompanhamento do caso e parceria(s) sexual (is) conforme Protocolo de Tratamento das DST por Abordagem Sindrômica:
 - Em caso de remissão do quadro => Alta;
 - Sem remissão do quadro sintomatológico => encaminhar para Unidade Especializada em DST/ AIDS* para diagnóstico etiológico e

*SAE Jd. Mitsutani: Rua Frei Xisto Teuber, Nº. 50 Telefones: 5841-9020 / 5841-5376

AGRAVO: DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

* CR Santo Amaro: Rua Carlos Gomes. Nº. 695 Telefones: 5547-0004/ 5686-4642

AGRAVO: DOENÇA DE CHAGAS (NOTII

AGENTE ETIOLÓGICO		Doença de Chagas (Notificação somente	
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMARIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Todo paciente reside Triatomíneo, que apresenta febre com recebido sangue ou t
		CASO CONFIRMADO	Todo caso suspeito e periférico, através de
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Através das fezes do materno, via oral e via
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Maior durante a fase sangue ou órgãos.
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	5 a 14 dias após a pic sanguínea. Forma cr
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO	LABORATÓRIO
			AMBULATÓRIO VIAGEM
			EPIDEMIOLOGIA
		COMUNICANTES	LABORATORIO
	EPIDEMIOLOGIA		
	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF RÁPIDA
			SINAN
			PREENCHIMENTO E ENCERRAMENTO DO CASO
		CASO DESCOBERTO OUTRO SERVIÇO	NOTIF RÁPIDA
			SINAN
PREENCHIMENTO E ENCERRAMENTO DO CASO			
S DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Tratamento adequado	
	EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	Pesquisa entomológica área de transmissão. Para transmissão por Zoonoses para medic	

AGRAVO: DOENÇA DE CHAGAS (NOTII

	MEDIDA	EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Orientação sobre sint
--	--------	-----------------------------------	-----------------------

OBSERVAÇÕES:

- Os Bancos de Sangue informam para as SU' Chagas. A SUVIS M' Boi/ Vig. Ambiental/ Zoonos que faça a notificação e/ou acompanhamento do FASE AGUDA.
- Em caso de Surtos o fluxo de Notificação po as unidades.

Área de Transmissão da Doença: Minas Gerais, Rio Tocantins, Colômbia e Venezuela.

Ambulatório dos Viajantes do Ho

Av Enéas de Carvalho Aguiar, 155

Ambulatório dos Viajantes do Ho:

Av Drº Arnando, 165 – Co

FICHAÇÃO SOMENTE DE CASOS AGUDOS)

de casos agudos)

nte ou que tenha visitado área de transmissão infestada por presente sinal de Romana ou Chagoma de inoculação, ou que mais de uma semana de duração e todo paciente que tenha hemoderivados, sem o controle de qualidade.

em que se encontre o *Trypanosoma cruzi* em sangue teste imuno enzimático – Elisa - Sorologia

s triatomíneos (barbeiro) - transfusão sanguínea, leite materno congênita.

aguda, porém por toda vida no caso de doadores de

cada do inseto na fase aguda. 30 a 40 dias após transfusão única: 10 anos.

Coletar 10 ml de sangue tubo seco (T.vermelho) a partir do 15º dia do início dos sintomas, enviar ao IAL rotina do laboratório.

Investigar o deslocamento para área de transmissão.

Colher sorologia dos casos definidos como suspeitos.

Orientação sobre sintomas e modo de transmissão da doença.

Não Há.

Preencher ficha de notificação com número de SINAN após confirmação laboratorial e se caso agudo.

Preencher a FIE (Ficha de Investigação Epidemiológica) somente em **casos agudos** da Doença de Chagas, e se o resultado de exames for positivo. Preencher todos os campos da FIE enviar para SUVIS M' Boi/ Vig. Ambiental/ Zoonoses, com o SINAN.

Não Há

A UBS usará o mesmo número de SINAN recebido da unidade notificante.

A UBS receberá da SUVIS M' BOI MIRIM/Vig.Ambiental/ Zoonoses os dados enviados pelo notificante e deverá ser agendada visita domiciliar para completar os dados. Abrir uma FIE e manter o nº de SINAN recebido. Preencher e/ou confirmar todos os campos da FIE e enviá-la para a SUVIS em 07 dias.

o específico na fase aguda

ca no domicílio e ao entorno para controle do inseto se em

transfusão notificar a SUVIS M' Boi/ Vig. Ambiental/ Unidades de controle da instituição responsável(Banco de

REGISTRAÇÃO SOMENTE DE CASOS AGUDOS)

formas e modo de transmissão.

VIS os casos de Sorologia reagente para Doença de Chagas solicita VD para a UBS de residência do caso para registro, lembramos que apenas notificamos o caso em

será ser alterado mas haverá comunicação escrita para

Grande do Sul, Goiás, Ceará, Rio Grande do Norte,

Hospital das Clínicas, Fone: 3069-6000

Hospital Cerqueira Cesar – São Paulo – SP.

Hospital Emilio Ribas, Fone: 3896-1200

Hospital Consolação – São Paulo – SP.

AGRAVO: DIFTERIA

AGENTE ETIOLÓGICO		Bacilo Gram + Toxicogênico <i>Corynebacterium Diphtheriae</i>		
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	DEFINIÇÃO: Toda pessoa que independente da idade e estado vacinal apresentar quadro agudo de infecção da orofaringe com presença de placas aderentes pseudomembranosas esbranquiçadas com invasão de outras áreas da faringe (úvula e palato) com comprometimento do estado geral e febre moderada.	
		CASO CONFIRMADO	DEFINIÇÃO: Todo caso considerado suspeito com isolamento do <i>Corynebacterium Diphtheriae</i> e provas de toxigenicidade positivas ou não. Laboratorial - cultura para <i>Corynebacterium</i> e prova de toxigenicidade positiva. - Vínculo Epidemiológico: caso suspeito com cultura negativa + comunicante de caso confirmado laboratorialmente ou portador íntimo que tenha isolado o <i>Corynebacterium</i> . - Clínico: quando há suspeita clínica de Difteria, mas as investigações epidemiológicas e laboratoriais não foram concluídas ou realizadas.	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Direta , pessoa a pessoa (doente ou portador): Secreção nasofaríngea de pessoa infectada através de gotículas (tosse, espirro e fala).	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Em média até 2 semanas após o início dos sintomas. O portador do <i>Corynebacterium</i> pode eliminar o bacilo até por 6 meses. Antibioticoterapia adequada erradica o bacilo da orofaringe de 24 a 48 horas após sua introdução.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Em geral, varia de 1 a 6 dias.	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO ÚNICO	LABORATÓRIO	Coletar secreção nasofaríngea (2 swab) do nariz e garganta para cultura. Ligar para SUVIS M'BOI para orientar esta coleta.
			EPIDEMIOLOGIA	Notificar a SUVIS M'BOI imediatamente por telefone. Afastar o caso de escola e creche. Isolamento respiratório do caso durante 14 dias. Introdução de antibioticoterapia imediata e soro antidiftérico (SAD).
		COMUNICANTE	LABORATÓRIO	Coletar material para cultura somente dos comunicantes domiciliares e dos comunicantes com sintomas.
			EPIDEMIOLOGIA	Exame clínico de todos os comunicantes (familiares e não familiares). Vigilância dos sinais e sintomas dos comunicantes por no mínimo 7 dias. Verificar esquema vacinal de todos os comunicantes (familiares e não familiares)
	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UNIDADE	NOTIF. RÁPIDA	SIM, avisar por telefone à SUVIS M'BOI.
			SINAN	SIM, encaminhar até 7 dias para a SUVIS M'BOI
			FIE	SIM, encaminhar até 7 dias para a SUVIS M'BOI
		CASO DESCOBERTO EM OUTROS SERVIÇOS	NOTIF. RÁPIDA	SIM, avisar por telefone à SUVIS M'BOI
			SINAN	A UBS usará o mesmo SINAN recebido
			FIE	SIM, FIE de visita domiciliar preenchendo dados de vacina e bloqueio e encaminhar para SUVIS M'BOI

AGRAVO: DIFTERIA

AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Isolamento respiratório durante 14 dias Antibioticoterapia Soro antidiftérico (SAD) Vacinação após a alta
		EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO	Isolamento respiratório do caso. Uso de máscara para todos que entrem no quarto. Coleta de cultura dos comunicantes íntimos. Quimioprofilaxia dos portadores - droga de escolha, eritromicina por 7 dias.
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Vacinação dos comunicantes (escola, domicílio, local de trabalho, etc). Quimioprofilaxia dos portadores de <i>Corynebacterium Diphtheriae</i> com eritromicina por 7 dias e monitoramentos dos sinais e sintomas.

OBSERVAÇÕES:

Vacinação de bloqueio: administrar vacina conforme idade e estado vacinal de cada caso, orientar a completar esquema vacinal de crianças e adultos cujo esquema esteja incompleto.

Deverão receber dose de reforço indivíduos comunicantes cuja última dose de vacina tenha sido aplicada a mais de 5 anos.

AGRAVO: DENGUE				
AGENTE ETIOLÓGICO		Vírus da Dengue – Arbovirus		
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO (Portador)	CASO SUSPEITO	Indivíduo com doença febril aguda com duração máxima de 7 dias, acompanhada de pelo menos 2 dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retro orbitária, mialgia, artralgia, prostração, exantema.	
		CASO CONFIRMADO	Confirmado laboratorialmente através de teste imuno enzimático – Elisa - <i>Sorologia</i> ou por critério clínico-epidemiológico.	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Aedes aegypti (SP): após repasto de sangue infectado o mosquito está apto a transmitir o vírus depois de 8 a 12 dias de incubação.	
		Por Vetor	Homem: Picada do mosquito infectado	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Intrínseco (homem): começa 1 dia antes do aparecimento da febre e vai até o 6º dia da doença, período em que o vírus está em fase de aplicação no sangue. Extrínseco (Vetor): de 8 a 12 dias após o repasto até o final da vida	
PERÍODO DE INCUBAÇÃO	3 a 15 dias em média 5 a 6 dias			
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO	LABORATÓRIO	Coletar 10 ml de sangue tubo seco (T.vermelho) a partir do 6º dia do início dos sintomas. Enviar para o para o CCZ na rotina do laboratório ou solicitar transporte do material para SUVIS (casos necessário: sexta feira).
			EPIDEMIOLOGIA	Investigar o LPI (Local Provável de Infecção) ou seja os locais percorridos nos últimos 15 dias, e a área de circulação do vírus.
		COMUNICANTES	LABORATORIO	Não há
			EPIDEMIOLOGIA	Investiga-se a participação no mesmo evento e/ou presença de sinais e sintomas
	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF RÁPIDA	Preencher a FIE (Ficha de Investigação Epidemiológica) de Dengue em todos os itens possíveis e enviar a SUVIS M BOI/ Vig. Ambiental/ Zoonoses por telefone ou fax: 5512.7806/5819-7883 imediatamente após o seu preenchimento.
			SINAN	Preencher a ficha SINAN e anotar o nº na ficha de investigação epidemiológica(FIE).
			Preenchimento de FIE e Conclusão do Caso	Preencher todos os campos da FIE e enviar para SUVIS M BOI/ Vig. Ambiental/ Zoonoses concluir em 15 dias
		CASO	NOTIF RÁPIDA	A UBS receberá da SUVIS M BOI/ Vig. Ambiental/ Zoonoses os dados recebidos pelo serviço notificante, Deverá ser agendado visita domiciliar para completar os dados necessários à conclusão do caso.
	SINAN		A UBS usará o mesmo número de SINAN recebido da unidade notificante.	

AGRAVO: DENGUE

		DESCOBERTO OUTRO SERVIÇO	FIE	A UBS receberá da SUVIS M BOI/ Vig. Ambiental/ Zoonoses os dados enviados pelo notificante e deverá ser agendado visita domiciliar para completar os mesmos. Abrir uma FIE e manter o nº de SINAN recebido. Preencher e/ou confirmar todos os campos da FIE e enviá-la para a SUVIS no máximo em 07 dias.
AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Visita domiciliar no quarteirão mais 09 faces para identificação de criadouro de Aa e notificação de casos secundários e encaminhar relatórios SUVIS Vig. Ambiental/Zoonoses	
		EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	Vigilância ambiental dos vetores, com a eliminação dos criadouros detectados nas visitas domiciliares.	
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Orientar quanto à transmissibilidade Verificar se há casos suspeitos e realizar notificação secundária Orientar quanto a prevenção da doença	

OBSERVAÇÕES:

A partir de um caso suspeito ou confirmado há necessidade de controle do aparecimento de casos secundários e atividades do Casa a casa para eliminação de criadouro.

AGRAVO: COQUELUCHE

AGENTE ETIOLÓGICO		BORDETELLA PERTUSSIS (BACILO GRAM NEGATIVO, AEROBICO)		
CARACTERÍSTICAS	FONTE DE PRIMEIRA INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	<p>DEFINIÇÃO: Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, associadas a um ou mais dos seguintes sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tosse paroxística - Tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas. - Guincho inspiratório. - Vômitos pós-tosse. 	
		CASO CONFIRMADO	<p>DEFINIÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Critério Laboratorial</u> - todo caso suspeito com isolamento de Bordetella Pertussis. - <u>Critério epidemiológico</u> - todo caso suspeito que teve contato com caso confirmado de coqueluche pelo critério laboratorial, entre o período catarral e até 3 semanas após o início do período paroxístico da doença (período de transmissibilidade). - <u>Critério Clínico</u> - Todo caso suspeito de coqueluche cujo hemograma apresente leucocitose (>20.000/mm³) e linfocitose absoluta (>10.000/mm³), com cultura negativa ou não realizada, inexistência de vínculo epidemiológico e sem confirmação de outra etiologia. 	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Contato direto de pessoa a pessoa através de gotículas de secreção da orofaringe, eliminadas por tosse, espirro ou fala.	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	5 dias após o contato com o doente (final do período de incubação) até 3 semanas após o início dos acessos de tosse típicos da doença (fase paroxística). Em lactentes menores de 6 meses, o período de transmissibilidade pode prolongar-se por até 4 a 6 semanas após o início da tosse, maior transmissibilidade ocorre na fase catarral.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Em média de 5 a 10 dias, podendo variar de 1 a 3 semanas e raramente até 42 dias.	
	AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	PRIMEIRO CASO SUSPEITO	<p>LABORATÓRIO: Coleta de material para cultura de Bordetella Pertussis do caso suspeito.</p> <p><u>Coleta do material para cultura:</u> Secreção de nasofaringe, coletada preferencialmente no início dos sintomas, (período catarral) e anterior a introdução de antibioticoterapia, ou no máximo até 3 dias após sua introdução.</p> <p>A UBS/Hospital deve comunicar a SUVIS o caso suspeito e agendar horário de coleta. A SUVIS vai retirar o tubo de coleta, (Swab fino, com haste flexível, estéril), no IAL Central e levar ao local onde se encontra o paciente, UBS/Hospital. O material é colhido na hora, o funcionário de SUVIS aguarda para levar o Swab de volta ao IAL, com pedido devidamente preenchido e SINAN. O Swab deve ser armazenado em caixa térmica, em temperatura ambiente.</p> <p>EPIDEMIOLOGIA: Avisar imediatamente a SUVIS M' BOI para providenciar o material para coleta da cultura. Afastar a criança de creche ou escola e o adulto do trabalho. Isolar o caso.</p>
COMUNICANTE			<p>LABORATÓRIO: Colher cultura de nasofaringe apenas dos comunicantes íntimos com tosse persistente a mais de 2 semanas.</p> <p><u>Coleta do material para cultura:</u> O fluxo é o mesmo do 1º caso suspeito. Manter o mesmo SINAN.</p> <p>EPIDEMIOLOGIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar os comunicantes que tenham tosse, para coletar material de nasofaringe para cultura de Bordetella Pertussis. - Verificar carteira de vacinação. 	

AGRAVO: COQUELUCHE

		- Vacinar os susceptíveis.		
AÇÕES	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIFICAÇÃO RÁPIDA	Sim, avisar a SUVIS M' BOI por telefone/FAX.
			SINAN	SIM, e enviar para a SUVIS M' BOI até 7 dias.
			FIE	SIM, e enviar para a SUVIS M' BOI até 7 dias.
		CASOS DESCOBERTOS EM OUTROS SERVIÇOS	NOTIFICAÇÃO RÁPIDA	Sim, avisar a SUVIS M' BOI por telefone/FAX.
			SINAN	Manter SINAN do Hospital
			FIE	SIM, na visita domiciliar, preenchendo todos os campos.
	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO		- Afastar o caso da creche/escola ou trabalho. - Tratamento com antibioticoterapia - casos mais graves internar. Droga de escolha: Eritromicina - dose de 40 a 50 mg por kg/dia, divididos em 4 doses, durante 14 dias.
		EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO		- Isolamento do caso. - Limpeza dos objetos contaminados por secreção nasofaringe com solução de hipoclorito de sódio 1%, nos objetos de metal usar álcool etílico 70%. - Uso de máscara para todos que entrarem no quarto.
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES		1) Bloqueio vacinal seletivo no conhecimento do caso suspeito. 2) Quimioprofilaxia e indicações (droga de escolha Eritromicina, conforme descrito acima): a) comunicantes íntimos com < 1 ano, independente da situação vacinal e do quadro de tosse. b) Comunicante íntimo menor de 7 anos não vacinados, com situação vacinal desconhecida ou que tenham tomado menos de 4 doses da vacina DTP ou DTPa. c) comunicantes adultos que trabalham em profissões que envolvem o contato direto e freqüente com menores de 1 ano ou imunodeprimidos devem ser submetidos a quimioprofilaxia e afastados destas atividades por 5 dias. d) comunicantes adultos que residem com menores de 1 ano. e) comunicantes íntimos que são imunodeprimidos. f) comunicantes com tosse há mais de 14 dias, devem ser avaliados pelo médico e na possibilidade de ser o transmissor, iniciar a quimioprofilaxia.

OBSERVAÇÕES:

1) Vacinar menores de 1 ano com DTP + Hib, e crianças entre 1 ano e 6 meses a 6 anos 11 meses e 29 dias com DTP e adultos não são vacinados.

2) **IAL central – Setor de Bacteriologia – Fone: 3068 2896, c/ Daniela.**

3) **ESQUEMA RECOMENDADO DAS VACINAS DTP+Hib e DTP**

Vacina	dose	idade
DTP+Hib	1ª	2m
DTP+Hib	2ª	4m
DTP+Hib	3ª	6m
DTP	1ºR	15m
DTP	2ºR	4 a 6 a

4) **Encerrar após 42 dias do último caso**

AGRAVO: COQUELUCHE

5) Hospital / UBS enviar por FAX, os resultados dos exames, logo que cheguem ao CCIH e UVIS

AGRAVO: CONJUNTIVITE (surto)

AGENTE ETIOLÓGICO		Vírus e Bactérias		
CARACTERÍSTICAS	FONTE DE PRIMEIRA INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Todo aquele que apresentar hiperemia da conjuntiva ocular, lacrimejamento, pálpebras inchadas e avermelhadas, secreção ocular e sensação de “areia nos olhos”.	
		CASO CONFIRMADO	Todo aquele que apresentar a manifestação dos sinais e sintomas acima descritos.	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Diretamente, pessoa a pessoa, principalmente pelas mãos e por objetos contaminados (equipamentos oftálmicos, toalhas, travesseiros, lençóis, lenços,...).	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Enquanto apresentar os sintomas clínicos.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	De algumas horas até 7 dias.	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO	LABORATÓRIO - Coleta de secreção da conjuntiva do saco conjuntival nas primeiras 24h. Sorologia - 2 amostras (uma na fase aguda e outra na fase convalescente).	
			EPIDEMIOLOGIA - Identificar o agente etiológico de contaminação, acompanhar e registrar os casos novos. Encerramento do surto no vigésimo primeiro dia após o último caso.	
		COMUNICANTES	LABORATÓRIO - Igual ao acima descrito para o CASO.	
			EPIDEMIOLOGIA – Identificar contato com o caso inicial.	
	NOTIFICAÇÃO:	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF. RÁPIDA	Não há.
			SINAN	No aparecimento do segundo caso (comunicante do caso índice).
			PRENCHIMENTO DA FIE E CONCLUSÃO DO CASO.	Preencher a FICHA DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA de SURTO, além do BOLETIM e PLANILHA de acompanhamento de surto.
		CASO DESCOBERTO OUTRO SERVIÇO	NOTIF. RÁPIDA	Não há.
			SINAN	Manter o número do SINAN do outro serviço.
			PRENCHIMENTO DA FIE E CONCLUSÃO DO CASO.	Preencher FICHA DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA do SURTO, além do BOLETIM e PLANILHA de acompanhamento de surto. <u>Enviar à SUVIS M'Boi Mirim, após a realização da VD e fazer a atualização semanalmente até o encerramento do surto.</u>
	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Levantamento adequado de acordo com a etiologia, afastar por 7 dias da INSTITUIÇÃO que frequenta (escola, creche,...). Orientar para os cuidados de HIGIENE PESSOAL: lavar as mãos frequentemente com água e sabão, trocar toalha e fronha todos os dias, não interromper o tratamento, evitar dar beijos e cumprimentar outras pessoas com as mãos. Limpar os olhos com água fervida ou filtrada. Usar compressas de água ou soro fisiológico frios. Não coçar os olhos. Avaliação médica e do OFTALMOLOGISTA s/n.	
		EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	Orientar quanto aos meios de transmissão e reforçar as medidas de higiene.	
OBSERVAÇÕES:				
Surto de Conjuntivite: A partir do 2º caso.				

AGRAVO: BOTULISMO

AGENTE ETIOLÓGICO		Bactéria <i>Clostridium botulinum</i> , gram-positiva, anaeróbia, esporulada e que produz 8 tipos de toxinas.
FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Quadros neurológicos, de início súbito, com paralisia flácida descendente de nervos cranianos, ptose palpebral, diplopia, visão turva, disfonia, disartria, evoluindo para paralisia de membros e insuficiência respiratória aguda. Pode iniciar-se com vômitos, diarreia, constipação, debilidade, vertigem.
	CASO CONFIRMADO	CRITÉRIO LABORATORIAL: detecção da toxina botulínica em amostra clínica e/ ou no alimento efetivamente consumido, ou isolamento do <i>Clostridium botulinum</i> em fezes ou material obtido do ferimento. CRITÉRIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO: caso suspeito com vínculo epidemiológico com caso confirmado e/ ou história de consumo de alimento com risco para a presença da toxina botulínica nos últimos dez dias e/ ou eletroneuromiografia compatível com botulismo e/ ou ferimento em condições de anaerobiose nos últimos 21 dias.
TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	BOTULISMO ALIMENTAR: ocorre por ingestão de toxinas em alimentos previamente contaminados e que foram produzidos ou conservados de maneira inadequada. Os alimentos mais comuns são: conservas vegetais, principalmente as artesanais (palmito, picles); produtos cárneos cozidos, curados e defumados de forma artesanal (salsicha, presunto), "carne de lata"; pescados defumados, salgados e fermentados; queijos e, raramente, em alimentos enlatados industrializados. BOTULISMO POR FERIMENTOS: ocasionado pela contaminação de ferimentos com <i>Clostridium botulinum</i> , que em condições de anaerobiose assume a forma vegetativa e produz toxina in vivo (forma mais rara de botulismo). Ausência de sintomas gastro-intestinais. BOTULISMO INTESTINAL: resulta da ingestão de esporos presentes no alimento, seguida da fixação e multiplicação do agente no intestino. Não há relato de casos interpessoais.
INVESTIGAÇÃO	CASO	LABORATÓRIO: Coleta de sangue, o mais precoce possível e anterior à aplicação da antitoxina botulínica, para investigação e tipagem. Coleta de fezes para pesquisa da toxina botulínica e dos esporos do agente causador. Coleta de lavado gástrico, nos casos de botulismo infantil. Cultura do <i>C. botulinum</i> , cultura de tecidos desbridados do ferimento e teste de toxicidade. AMOSTRA DE ALIMENTOS SUSPEITOS: coleta das sobras, que devem ser adequadamente acondicionadas e conservadas, enviadas ao Instituto Adolfo Lutz, após contato com o Centro de Referência de Botulismo.
		EPIDEMIOLOGIA: todo caso suspeito deve ser investigado imediatamente, visando impedir a ocorrência de novos casos. Identificar completamente o paciente com a data da internação, atendimentos e condutas médicas; data do início dos sintomas, descrição detalhada e datas seqüenciais do aparecimento de cada um e da evolução do quadro; descrição detalhada da história alimentar até o período de uma semana do início dos sintomas e do alimento (tipo de alimento, onde foram adquiridos ou manipulados, endereços, marcas dos produtos); descrição de hábitos de vida, história pregressa e em função de outros quadros possíveis de paralisia flácida; exame neurológico (pesquisa do grau de incapacidade muscular mediante provas exploratórias motoras a cada 2 horas).
		LABORATÓRIO: em casos sintomáticos solicitar os exames.

AGRAVO: BOTULISMO

	COMUNICANTE	EPIDEMIOLOGIA: levantar outros casos relacionados com a ingestão do mesmo alimento e monitorar os comunicantes do caso.	
NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UNIDADE	NOTIF. RÁPIDA	SIM.
		SINAN	SIM.
		FIE	Preencher, detalhadamente, todos os campos da F.I.E.
	CASO DESCOBERTO EM OUTRO SERVIÇO	NOTIF. RÁPIDA	SIM. A SUVIS notificante comunica imediatamente a SUVIS de residência do caso.
		SINAN	SINAN da SUVIS notificante.
		FIE	A SUVIS de atendimento preenche a F.I.E. e complementa com as informações fornecidas pela SUVIS da área de residência do CASO.
MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	A terapia de suporte deve ser instituída imediatamente em HOSPITAL, ficando a indicação do tratamento específico (administração de soro antibotulínico) condicionada à avaliação médica.	
	EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	Em caso de botulismo alimentar, todos os alimentos suspeitos deverão deixar de ser consumidos, sendo recolhidos imediatamente ou guardados sob refrigeração, na forma em que se encontram acondicionados, até a chegada da equipe de investigação (técnicos da Vigilância Sanitária da SUVIS – coleta de amostras e inspeção sanitária); orientar sobre o preparo, conservação e consumo adequado dos alimentos associados a risco de adoecimento.	
OBSERVAÇÕES:			
1. Centro de Referência do Botulismo do Estado de São Paulo - tel: 0800-555466.			
2. HOSPITAL – Enviar por FAX, os resultados dos exames para SUVIS, logo que cheguem ao CCIH.			

AGRAVO: AIDS EM ADULTO (13 ANOS OU MAIS) E CRIANÇAS (< 13 ANOS)

AGENTE ETIOLÓGICO		HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)		
CARACTERÍSTICAS	DEFINIÇÃO DE CASO	<p>Critérios de definição AIDS adultos:</p> <p>1. CRITÉRIO CDC ADAPTADO - Existência de 2 testes de triagem reagentes ou 1 confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV + Evidência de imunodeficiência: diagnóstico de pelo menos 1 doença indicativa de AIDS e/ou Contagem de linfócitos T CD4+ < 350 células/mm³ E/OU</p> <p>2. CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS - Existência de 2 testes de triagem reagentes ou 1 confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV + Somatório de pelo menos 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doença (vide verso FIE) OU</p> <p>3. CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO - Menção à AIDS/SIDA (ou termos equivalentes) em algum dos campos da Declaração de Óbito (DO) + Investigação epidemiológica inconclusiva ou Menção a infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum dos campos da DO, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV + Investigação epidemiológica inconclusiva.</p> <p>Critérios de definição AIDS crianças:</p> <p>1. CRITÉRIO CDC ADAPTADO - Evidência laboratorial da infecção pelo HIV em crianças para fins de vigilância epidemiológica + Evidência de imunodeficiência: diagnóstico de pelo menos 2 doenças indicativas de AIDS de caráter leve e/ou Diagnóstico de pelo menos 1 doença indicativa de AIDS de caráter moderado ou grave E/ OU Contagem de linfócitos T CD4+ menor do que o esperado para a idade atual OU</p> <p>2. CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO - Menção a AIDS/SIDA (ou termos equivalentes) em algum dos campos da Declaração de Óbito (DO) + Investigação epidemiológica inconclusiva ou Menção a infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum dos campos da DO, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV + Investigação epidemiológica inconclusiva.</p> <p>Critérios de definição HIV+ (adulto e criança):</p> <p>Paciente com evidência laboratorial de infecção pelo HIV que não se enquadrar nos critérios AIDS. Para tanto, é necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teste de triagem E teste confirmatório positivo, ou • Teste rápido final positivo (conforme Fluxograma de Diagnóstico definido pelo Ministério Saúde/ Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis). 		
		TRANSMISSÃO	TRANSMISSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Sangue; • Esperma e secreção vaginal; • Leite materno.
			PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Desde o momento da infecção, o portador já é transmissor.
	PERÍODO DE INCUBAÇÃO		5 a 30 dias entre o momento da exposição ao HIV e o aparecimento dos sintomas da fase aguda (os sintomas duram em média 14 dias, e após ocorre estabilização do quadro). O período de latência clínica até o desenvolvimento da imunodeficiência é longo.	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO	LABORATÓRIO	Sorologia para HIV.
			EPIDEMIOLOGIA	Investigação pelo serviço de referência em DST/AIDS.
		COMUNICANTES	LABORATÓRIO	Investigação pelo serviço de referência em DST/AIDS.
			EPIDEMIOLOGIA	Investigação pelo serviço de referência em DST/AIDS.
	NOTIFICAÇÃO	NOTIFICAÇÃO	SIM, após teste confirmatório positivo.	
		SINAN	SIM.	
		FIE	SIM.	
MEDIDAS DE CONTROLE	<p>Aconselhamento em DST/AIDS, estimulando uso do preservativo, não compartilhamento de seringas e agulhas.</p> <p>Encaminhar para tratamento/seguimento na Unidade de Referência em DST/AIDS. *</p>			

OBSERVAÇÕES

* SAE Jd. Mitsutani: Rua Frei Xisto Teuber, 50 – Tel.: 5841-9020.

* CR Stº Amaro: Rua Carlos Gomes, 695 – Tel.: 5547-0004/ 5686-1613.

- Os AMA's Jd. Ângela e Jd. São Luiz realizam teste rápido de diagnóstico para o HIV.

AGRAVO: ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

AGENTE ETIOLÓGICO	Mais de 20 tipos patógenos diferentes, sendo os agentes infecciosos mais comumente envolvidos o HIV, Vírus da Hepatite B e C.	
DEFINIÇÃO	Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho.	
TIPOS DE ACIDENTE	PÉRFURO-CORTANTE	Compreende a penetração através da pele de agulha ou material médico-cirúrgico contaminado com sangue ou outros líquidos orgânicos potencialmente infectantes.
	CONTATO COM MUCOSA	Compreende o contato direto da mucosa ou pele com solução de continuidade (ex.: dermatite ou ferida aberta) com sangue ou outros líquidos orgânicos potencialmente infectantes.
	CONTATO COM PELE ÍNTEGRA	Compreende o contato da pele íntegra c/ sangue ou outros líquidos orgânicos potencialmente infectantes.
INVESTIGAÇÃO	CASO OCORRIDO EM UBS / AMA	- Comunicar imediatamente a coordenação da Unidade; - Encaminhar, no máximo em até 2 horas , o acidentado com 01 via da FIE com o número do SINAN para a Unidade DST/AIDS SAE Jd. Mitsutani (dias úteis das 07 às 17h). Fora deste horário e nos finais de semana, encaminhar para Prontos Socorros e Hospitais Municipais da região, Hospital Municipal do Campo Limpo e M' Boi Mirim.
	PACIENTE FONTE	Identificar o paciente fonte e coletar 2 tubos secos de sangue para a realização de exames de HIV e Hepatites B e C (manter em temperatura ambiente). Solicitar viatura à SUVIS para transporte do sangue e acidentado ao SAE Jd. Mitsutani.
	HOSPITAIS E PRONTOS SOCORROS	Atender aos trabalhadores expostos: - Acidentados na sua própria Unidade; - Encaminhados por outras Unidades nos finais de semana, feriados e período noturno; - Que procurem espontaneamente o serviço, relatando acidente com exposição à material biológico. O acidentado deverá passar por consulta em caráter de urgência, com médico infectologista ou clínico que tomará as providências de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, tais como a dispensação de Terapia Anti-retroviral (TARV) <u>se necessária</u> e a conduta preconizada para Hepatites B e C. Poderão realizar o acompanhamento assistencial do acidentado até o encerramento do caso ou deverão encaminhar o acidentado com 01 via da Ficha de Notificação preenchida para seguimento na Unidade DST / AIDS Jd. Mitsutani.
NOTIFICAÇÃO RÁPIDA	SIM	Fax imediato da FIE à SUVIS. A FIE original deverá ser encaminhada À SUVIS na carga da semana subsequente.
FIE	Deverá ser preenchida em 3 vias: - Uma será levada pelo trabalhador exposto ao SAE Jd. Mitsutani ou Hospital; - A outra será encaminhada para a SUVIS juntamente com 1 via do atestado médico; - A terceira será arquivada na própria Unidade. Todos os campos são de preenchimento obrigatório. Utilizar o campo informações complementares e observações para descrever como ocorreu o acidente.	
SINAN	SIM	
CAT	SERVIDOR MUNICIPAL	
	SERVIDOR MUNICIPALIZADO	
	TRABALHADOR CELETISTA	
	TRABALHADOR INFORMAL	
MEDIDAS DE CONTROLE	A Unidade deverá avaliar os casos de Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico, investigar as causas e propor ações de biossegurança junto aos funcionários.	
OBSERVAÇÕES	Dúvidas em relação à emissão do CAT devem ser esclarecidas junto ao RH da Supervisão Técnica de Saúde M'Boi Mirim, caso seja servidor público ou no RH da empresa se for CELETISTA.	

AGRAVO: ACIDENTE DE TRABALHO

DEFINIÇÃO	Acidentes que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal quanto no informal de trabalho. São eventos agudos podendo ocasionar morte ou lesão, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.	
TIPOS DE ACIDENTES	GRAVES E FATAIS	Os acidentes de trabalho que resultem em morte, politraumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismo crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras que resultem na internação do trabalhador <u>e todo tipo de acidentes que tenha acontecido com trabalhadores menores de dezoito anos.</u>
	LEVES	Demais acidentes não relacionados acima
FLUXO DE INFORMAÇÃO E NOTIFICAÇÃO NO SINAN	LEVES	A SUVIS recebe as fichas de notificações e envia os dados por via eletrônica para COVISA
	GRAVES E FATAIS	NOTIFICAÇÃO IMEDIATA. A SUVIS deve passar a ficha de notificação Vig. Saúde do Trabalhador para o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST) Santo Amaro, via fax, e digitar os dados no Programa. Os ACIDENTES GRAVES E FATAIS poderão desencadear visita de inspeção da COVISA juntamente com o CRST e SUVIS, ao local de trabalho onde ocorreu o acidente.
PREENCHIMENTO DA NOTIFICAÇÃO	<p>Todos os campos são de preenchimento obrigatório, inclusive dados gerais, de residência e da empresa.</p> <p>Utilizar o campo informações complementares e observações para descrever como ocorreu o acidente, especificando a máquina ou ferramenta envolvida, para facilitar a localização do CID da causa externa, se necessário.</p> <p>O CID da causa do acidente não é o mesmo CID do diagnóstico da lesão.</p>	
CAT	SERVIDOR MUNICIPAL SERVIDOR MUNICIPALIZADO TRABALHADOR CELETISTA TRABALHADOR INFORMAL	
MEDIDAS DE CONTROLE	COVISA e CRST deverão avaliar os casos de Acidentes de Trabalho Graves e Fatais, investigar as causas e propor ações de biossegurança junto ao local de trabalho onde ocorreu o acidente.	
OBSERVAÇÕES	<p>- Dúvidas em relação à emissão do CAT devem ser esclarecidas junto ao RH da Supervisão Técnica de Saúde M'Boi Mirim, caso seja servidor público ou no RH da empresa se for CELETISTA.</p> <p>- As Fichas de Investigação de Acidente de Trabalho possuem numeração própria, e devem ser solicitadas a SUVIS mediante devolução pela UBS de planilha com relação da numeração utilizada (planilha disponibilizada pela SUVIS).</p> <p>- Para Acidentes de Trabalho Com Exposição à Material Biológico, utilizar Ficha de Investigação específica, com numeração de SINAN da própria UBS.</p>	

ACIDENTE: ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

AGENTE ETIOLÓGICO		Acidentes com lesões provocados por serpentes, aracnídeos, escorpiões, lagartas, abelhas e outros.		
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	Indivíduo exposto ao risco de acidentes com esta espécie de animais.	
		CASO CONFIRMADO	Todo caso suspeito em que clinicamente possui evidência de picadas (lesões) de animais peçonhentos e sintomatologia compatível somada a informação do indivíduo ou seu acompanhante.	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	Através do manuseio ou acidentalmente ou intencionalmente em contato direto que cause lesão na pele do indivíduo.	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	A transmissão ocorre durante o acidente através da inoculação do veneno na pele do indivíduo.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Não há dependendo da espécie de peçonha os sintomas iniciam-se imediatamente após a inoculação do veneno.	
AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO CONFIRMADO	LABORATÓRIO	Não há coleta de exames. Realizar primeiros socorros *(próxima página). Encaminhar o indivíduo ao Hospital Vital Brasil com urgência para o tratamento específico.
			EPIDEMIOLOGIA	Investigar as circunstâncias do acidente e se possível levar o animal ao Hospital junto com o acidentado.
		COMUNICANTES	LABORATORIO	Não há.
			EPIDEMIOLOGIA	Não há
	NOTIFICAÇÃO	CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIF RÁPIDA	Preencher a FIE (Ficha de Investigação Epidemiológica) de acidentes com Animais Peçonhentos em todos os itens possíveis e enviar a SUVIS M' BOI MIRIM/Vig.Ambiental/ Zoonoses por telefone ou fax: 5512.7806/5819-7883 imediatamente após o seu preenchimento.
			SINAN	Preencher a ficha SINAN e anotar o nº na ficha de investigação epidemiológica(FIE).
			PREENCHIMENTO E ENCERRAMENTO DO CASO	Preencher todos os campos da FIE e enviar para SUVIS M' BOI MIRIM/Vig.Ambiental/ Zoonoses, concluir em 15 dias.
		CASO DESCOBERTO OUTRO SERVIÇO	NOTIF RÁPIDA	A FIE de AAP da SUVIS M' Boi Mirim para investigação do caso imediatamente.
			SINAN	A UBS usará o mesmo número de SINAN recebido da unidade notificante.
			PREENCHIMENTO E ENCERRAMENTO DO CASO	A UBS receberá da SUVIS M' BOI MIRIM/Vig.Ambiental/ Zoonoses os dados enviados pelo notificante e deverá ser agendada visita domiciliar para completar os dados. Abrir uma FIE e manter o nº de SINAN recebido. Preencher e/ou confirmar todos os campos da FIE e enviá-la para a SUVIS em 07 dias.
	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Tratamento adequado específico e/ou sintomático de acordo com orientações do Hospital Vital Brasil.	
		EM RELAÇÃO À TRANSMISSÃO	Orientação sobre os efeitos nocivos dos animais peçonhentos venenosos e sinais e sintomas das reações provocados pela toxina.	
			Orientação sobre o uso de equipamentos de proteção individual se caso for e quanto ao perigo da manipulação indevida com estes animais. Caso necessário ações de manejo ambiental.	
EM RELAÇÃO AOS COMUNICANTES	As mesmas orientações citadas acima.			

OBSERVAÇÕES:

- Hospital Vital Brasil – Fone: 3726.7962 – Atendimento 24h por dia

ANIMAIS PEÇONHENTOS*

PRIMEIROS SOCORROS

- 1- Lave o local da picada de preferência com água e sabão.
- 2- Mantenha a vítima deitada. Evite que ela se movimente para não favorecer a absorção do veneno.
- 3- Se a picada for na perna ou no braço, mantenha-o em posição mais elevada.
- 4- Não faça torniquete. Impedindo a circulação do sangue, você pode causar gangrena ou necrose.
Não fure, não corte, não queime, não esprema, não faça sucção no local da ferida e nem aplique folhas de café ou terra sobre ela para não provocar infecção.
- 5-
- 6- Não dê a vítima destilados (pinga), querosene, ou fumo, como é comum em algumas regiões do país.
- 7- Leve a vítima imediatamente ao serviço de saúde mais próximo, para que possa receber o soro em tempo.
- 8- Leve, se possível, o animal agressor, mesmo morto, para facilitar o diagnóstico.
- 9- Lembre-se: nenhum remédio caseiro substitui o soro antipeçonhentos.

ATENÇÃO:

Em qualquer caso de acidentes com animal peçonhento, o paciente deve ser medicado nas primeiras horas do acidente.

O soro antiveneno é o único tratamento eficaz.

AGRAVO: ATENDIMENTO ANTI RABICO HUMANO

AGENTE AGRESSOR		Cão, gato, bovÍdeo, equÍdeo, caprino, suÍno, ovÍdeo, animais silvestres e roedores como rato, coelho, cobaia, ferrets, esquilo da MongÓlia, hamster, porquinho da Índia, etc.		
CARACTERÍSTICAS	FONTE PRIMÁRIA DE INFECÇÃO	CASO SUSPEITO	IndivÍduo exposto ao risco de acidentes com esta espÉcie de animais com sinais de lambedura, arranhadura ou mordedura de mucosa ou Área de pele recentemente escoriada por animais de acordo com a espÉcie.	
		CASO CONFIRMADO	Todo caso suspeito em que clinicamente possui evidÉncia (lesão) característica de mordedura/arranhadura/lambedura de animais ou Área de pele recentemente escoriada de acordo com a espÉcie agressiva.	
	TRANSMISSÃO	MODO DE TRANSMISSÃO	A transmissão ocorre durante o acidente através da saliva destes animais e Área de continuidade da pele.	
		PERÍODO DE TRANSMISSÃO	Variável de acordo com a espÉcie de animais. Em cÃes e gatos a transmissão é durante, a doenÇa em torno de 10 dias.	
		PERÍODO DE INCUBAÇÃO	Variável: No homem – Dias até 1 ano No cÃo – 10 dia até 2 meses.	
	AÇÕES	INVESTIGAÇÃO	CASO CONFIRMADO	LABORATORIO
EPIDEMIOLOGIA				Para os casos de cÃes em que foram indicados observaÇÃo, apÓs o perÍodo de 10 dias, entrar em contato com o paciente e, uma vez obtido a informaÇÃo da observaÇÃo animal.
NOTIFICAÇÃO		COMUNICANTE	LABORATÓRIO	Não há.
			EPIDEMIOLOGIA	Não há.
		CASO DESCOBERTO NA UBS	NOTIFICAÇÃO RÁPIDA	Não há
			SINAN	Preencher a ficha SINAN e anotar o nº na ficha de investigaÇÃo epidemiolÓgica(FIE).
			PREENCHIMENTO DA FIE E CONCLUSÃO DO CASO	Preencher Ficha de Atendimento anti-rábica Humano (ficha rosa) para todos os casos de acidentes com mordedura/lambedura/arranhadura. Enviar a ficha para SUVIS M Boi Mirim para digitaÇÃo. A ficha deverÁ ser enviada para SUVIS no prazo máxímo de 1 mês apÓs a notificaÇÃo.
CASO DESCOBERTO EM OUTRO SERVIÇO		NOTIF RÁPIDA	Não há.	
		SINAN	A UBS usarÁ o mesmo nÚmero de SINAN recebido da unidade notificante.	
		PREENCHIMENTO O da FIE e Conclusão do CASO	A UBS receberÁ da SUVIS M' BOI MIRIM/Vig. Ambiental/ Zoonoses os dados enviados pelo notificante e deverÁ ser agendada visita domiciliar para completar os dados. Abrir uma FIE e manter o nº de SINAN recebido. Preencher e/ou confirmar todos os campos da FIE e enviÁ-la para a SUVIS em 07 dias.	
MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO AO CASO	Lavar imediatamente o ferimento com Água. Não matar o animal, e sim, deixÁ-lo em observaÇÃo durante 10 dias, recebendo Água e alimentaÇÃo normalmente (mesmo se ele for vacinado) para que se possa identificar qualquer sinal indicativo de raiva o animal deverÁ ficar em local seguro para que não possa fugir ou atacar outras pessoas e animais. Nunca interromper o tratamento preventivo sem ordens médicas.		

AGRAVO: ATENDIMENTO ANTI RABICO HUMANO

AÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE	EM RELAÇÃO A TRANSMISSÃO	Orientar aos pacientes e familiares quanto a: Vacinação anual contra raiva para cães e gatos a partir dos 3 meses. Manter o cão no domicílio para que ele não tenha contato com animais vadios que são os principais transmissores da raiva em área urbana. Usar coleira/guia/focinheira no cão ao sair para passeio. Transmissão ligar para 156 para solicitação de captura para cães errantes e para VSA Zoonoses local para reforçar o pedido. Evitar tocar em animais estranhos, feridos e doentes, não perturbar animais quando estiverem comendo, bebendo ou dormindo. Não separar animais que estejam brigando. Evitar entrar em grutas ou furnas e tocar em qualquer tipo de
		EM RELAÇÃO AO COMUNICANTE	Idem em relação a transmissão.

CONDUTA

CONDUTA NAS SEGUINTES SITUAÇÕES:	<p>1 - Animal agressor (cão ou gato) sem condições de observação (desaparecido, morto).</p> <p>2 - Animal agressor (cão ou gato) com condição de observação, porém semi-domiciliado procedente de área de raiva não controlada e se o ferimento for considerado grave, indicar 3 doses da vacinação (dias: 0,3 e 7) + observação por 10 dias.</p> <p>3 - Animal agressor: bovívdeo, equívdeo, caprino, suívno, ovívdeo, primatas não humanos, indicar vacinação/soro-vacinação dependendo do grau e natureza da lesão.</p> <p>4 - Animais silvestres, indicar vacinação/soro-vacinação dependendo do grau e natureza da lesão.</p> <p>5 – Morcegos: sempre indicar soro-vacinação independente do tipo e local da lesão.</p>
NAO ENCAMINHAR PARA CONDUTA NAS SEGUINTES SITUAÇÕES:	<p>1 - Acidentes leves ou graves com cão ou gato procedentes de área de raiva controlada (Município de São Paulo) se possível, a observação do animal por 10 dias.</p> <p>2 - Acidentes leves causados por cão ou gato procedentes de área de raiva não controlada, observando o animal por 10 dias.</p> <p>3 - Acidentes graves causados por cão ou gato procedentes de área de raiva não controlada, mas domiciliados e, com certeza considerados de baixo risco em relação a transmissão do vírus da raiva, observar por 10 dias.</p> <p>4 - Primatas domiciliados há mais de 1 ano "totalmente telado", sem risco de contato com outros animais principalmente morcego, dispensa tratamento, sem observação.</p> <p>5 - Roedores urbanos: camundongos, coelhos, hamster, cobaias e outros roedores urbanos, dispensam tratamento, sem observação.</p>
OBSERVAÇÃO	<p>1- Se durante a observação o animal: cão ou gato desaparecer, iniciar imediatamente o</p> <p>2- Se durante a observação animal: cão ou gato vier a morrer e/ou apresentar sinais sugestivos de raiva, iniciar de imediato o tratamento de acordo com a gravidade da lesão, acionar a Zoonoses VSA para buscar o animal para apreensão/necropsia, sendo que no máximo em 48 horas o resultado é liberado e o tratamento poderá ou não ser suspenso.</p> <p>3- Se após a agressão o animal, cão ou gato vier a morrer, encaminhar o corpo do animal para exame ao Centro de Controle de Zoonoses-CCZ e aguardar no máximo 48 horas para entrar ou não com o tratamento anti-rábico.</p> <p>4- Vacina utilizada: vacina inativada purificada contra raiva humana. Dose: 0,5 ml IM região deltóide independente de idade e peso do paciente</p> <p>5- Crianças menores de 2 anos aplicar na região do vasto lateral da coxa; Soro : soro heterólogo: dose 40 UI/kg / soro homólogo: dose: 20UI/kg. Aplicar no local da lesão a maior dose possível e o restante na região glútea.</p>

Instituto Pasteur – Av .Paulista, nº 393 – Cerqueira César – Tel: 3145.3145 – FAX: 3289.0831

Pronto Socorro Santo Amaro - Av. Adolfo Pinheiro, nº 805 – Sto. Amaro - Tel: 5523.1424/5523.1777

UNIDADES	SETOR	RESPONSÁVEL TITULAR	RESPONSÁVEL SUPLENTE
AE JARDIM IBIRAPUERA	UVIS	Thatiana Otaviano	Natalia Cabral Victor
	VACINA	***	***
AMA ESPEC JARDIM SÃO LUIS	UVIS	Erica Lavoura	Josiane Balani
	VACINA	***	***
AMA HOSPITALAR CAMPO LIMPO	UVIS	Carolina Alonso Medina Cruz	Sabrina Silva Simões
	VACINA	***	***
AMA JARDIM ALFREDO	UVIS	Cassia Mitsuko Saito	Adriana Mafilsa da Silva
	VACINA	***	***
AMA JARDIM CAPELA	UVIS	Denise Amorim Monteiro	Genivaldo Medeiros dos Santos
	VACINA	***	***
AMA JARDIM SÃO LUIS	UVIS	Eliene Ferreira Silva	Eloise Maria Perin Alves
	VACINA	***	***
AMA UARS JARDIM ANGELA	UVIS	Adriana Ramos Rodrigues Rocha	José Mearim Pereira
	VACINA	***	***
AMA PARQUE FIGUEIRA GRANDE	UVIS	Camila de Oliveira Bezerra	Meire Augusta Celestino
	VACINA	***	***
AMA PARQUE NOVO SANTO AMARO	UVIS	Maria Solange Carvalho do Nascimento Alves	Telma Berreta Guimarães
	VACINA	***	***
AMA PARQUE SANTO ANTONIO	UVIS	Adélia Rocha de Almeida	Juliana Esteves Garrido
	VACINA	***	***
CAPS AD JARDIM ANGELA	***	***	***
CAPS M'BOI MIRIM	***	***	***
CASA DO ADOLESCENTE	***	***	***
CECCO GUARAPIRANGA	***	***	***
HMCL	UVIS	Maria Lavínea Novis Figueiredo	
	VACINA	***	***
HMMBM	UVIS	Ícaro Boszczowski	
	VACINA	***	***
UBS ALTO DO DIVIEDA *	UVIS	Juliana Zangirolami Noronha	Hilmar Momose

UNIDADES	SETOR	RESPONSÁVEL TITULAR	RESPONSÁVEL SUPLENTE
UBS ALTO DO RIVIERA	VACINA	Talita Costa Gomes	Edcley Soncin
UBS BRASILIA	UVIS	Licia Maria Velloso Silva	Angelina Muniz Pontez
	VACINA	Angelina Muniz Pontez	Licia Maria Velloso Silva
UBS CHACARA SANTA MARIA	UVIS	Maria Eurení de S. Batista de Mendonça	Maria Auxiliadora Conceição Santana
	VACINA	Adriane Miranda	Cirlany Aparecida Moreira
UBS CHACARA SANTANA	UVIS	Daniella Moreira	Francimar David de Souza
	VACINA	Greiciane Marks Farias Ferreria	Abel Silva de Meneses
UBS CIDADE IPAVA	UVIS	Liliana Iara Marques Duarte	Akemi Costa Wakigawa
	VACINA	Rosangela Aguiar Venancio Fanta	Priscila da Silva Costa
UBS JARDIM ALFREDO	UVIS	Priscila Domênica Mendes	Neusa Gonçalves
	VACINA	Ana del Carmem	Zenaide Rio Tinto
UBS JARDIM ARACATI	UVIS	Rosangela Ferreira de Souza	Estela Olbera Ferreira
	VACINA	Estela Olbera Ferreira	Rosangela Ferreira de Souza
UBS JARDIM CAIÇARA	UVIS	Andrea Emi Sakata	Alexandra Nogueira Pereira
	VACINA	Luciana Venturolli	Andrea Emi Sakata
UBS JARDIM CAPELA	UVIS	Adriano Lourenço da Silva	Thatiane Cristiana Cardoso Faria
	VACINA	Sabrina Sacai	Raquel Gomes Meira Awada
UBS JARDIM CELESTE	UVIS	Vanessa Machado Rodrigues Bicalho	Silvania Alves Moreira Pereira
	VACINA	Silvania Alves Moreira Pereira	Vanessa Machado Rodrigues Bicalho
UBS JARDIM COIMBRA	UVIS	Débora Chaves Dietrich	Zuleika Hideko Myiashita
	VACINA	Erika do Carmo Manójo Novaes	Débora Chaves Dietrich
UBS JARDIM GUARUJÁ	UVIS	Noemi Lopes da Silva	Adriana Santos Reis
	VACINA	André Eduardo de Medeiros	Ana Maria Costa da Silva.
UBS JARDIM HERCULANO	UVIS	José Aparecido de Oliveira	Adélia de Souza Ramos Santana
	VACINA	José Aparecido de Oliveira	Adélia de Souza Ramos Santana
UBS JARDIM HORIZONTE AZUL	UVIS	Helia Maria Nunes	Judite Maria do Vale
	VACINA	Helia Maria Nunes	Judite Maria do Vale
UBS JARDIM KAGOHARA	UVIS	Lilian Araújo Mota	Karen Takano Albino
	VACINA	Lilian Araújo Mota	Karen Takano Albino

UNIDADES	SETOR	RESPONSÁVEL TITULAR	RESPONSÁVEL SUPLENTE
UBS JARDIM NAKAMURA	UVIS	Cleoni Aparecida da Silva	Fabiane Cristina da Silva
	VACINA	Cleoni Aparecida da Silva	Fabiane Cristina da Silva
UBS JARDIM PARANAPANEMA	UVIS	Patricia Klein de Mendonça Quinta	Lilian Aparecida da Rocha Ferezin
	VACINA	Lilian Aparecida da Rocha Ferezin	Patricia Klein de Mendonça Quinta
UBS JARDIM SANTA MARGARIDA	UVIS	Nathalie Silva de Sousa	Maria Vargês Gomes
	VACINA	Flávia Cristina Silveira Cotrin	Silvia Yukie Miyazaki
UBS JARDIM SOUZA	UVIS	Adriana Ferreira Rocha	Donaldo Resende Silva
	VACINA	Ricardo Amaro Barbosa de Lima	Rosemeire Ferreira da Silva
UBS JARDIM THOMAS	UVIS	Cleide Regina Silva Cardoso	Sheila Cristiane Gomes Cavalcante Pinto
	VACINA	Benedita Cleusa Nunes Eto	Daniela Rosa Oliveira Santos
UBS JARDIM VERA CRUZ	UVIS	Gisele Amanda de Oliveira	Jocielma O.S.Moretti
	VACINA	Jocielma O.S.Moretti	Gisele Amanda de Oliveira
UBS NOVO CAMINHO	UVIS	Tatiane Gonçalves Francisco de Paula	Aurineide Souza Pessoa Dias
	VACINA	Aurineide Souza Pessoa Dias	Tatiane Gonçalves Francisco de Paula
UBS NOVO JARDIM	UVIS	Claudia Ribeiro Mercini Rocha	Leonice Rosa
	VACINA	Leonice Rosa	Ana Catharina Medeiros
UBS PARQUE DO LAGO	UVIS	Tânia Moreira Gomes	Virgínia Poliana de Lima Moitinho
	VACINA	Leandro Coutinho Santos	Tânia Moreira Gomes
UBS PARQUE FIGUEIRA GRANDE	UVIS	Estela Irendina de Souza	Marlene da Veiga Maciel
	VACINA	Estela Irendina de Souza	Marlene da Veiga Maciel
UBS PARQUE NOVO SANTO AMARO	UVIS	Luciana Marcelino	Valéria Vieira
	VACINA	Silvia Mosconi	Valéria Vieira
UBS PARQUE SANTO ANTONIO	UVIS	Solange Aparecida Broggine	Sueli Garcia Negrão
	VACINA	Tereza Shimizu	Clea Maria Peres da Fonseca
UBS SANTA LUCIA	UVIS	Josafá Alves Amaral	Elaine Profeta Lopes Assunção
	VACINA	Josafá Alves Amaral	Elaine Profeta Lopes Assunção
UBS VILA CALU	UVIS	Maria Benedita Silveira	Angélica Kaoru Kajimoto
	VACINA	Mazarello Silva Papazidio	Angélica Kaoru Kajimoto
UBS VILA DAS BELEZAS	UVIS	Marta Penalva de Oliveira	Verusca Guadahin Lucarts

UNIDADES	SETOR	RESPONSÁVEL TITULAR	RESPONSÁVEL SUPLENTE
UBS MEX DOS BELLEZOS	VACINA	Vanilda Silva de Souza Barbosa	Ivone Pongeti de Oliveira
UBS ZUMBI DOS PALMARES	UVIS	Aneci Félix Geronimo	Erika Oliveira Guimarães
	VACINA	Erika Oliveira Guimarães	Aneci Felix Geronimo

* ENCAMINHADO EM 26/02/10 PELA UBS POR EMAIL

ATUALIZADO EM 02/03/10 PELA SUVIS

UNIDADES DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE DE M'BOI MIRIM

UNIDADES	CHEFIA	RT Enf.	ENFº. RESP PELA UVIS		ENFº. RESP SALA DE VACINA	
1 CAPS AD JARDIM ANGELA	Sergio Luis Ferreira	Fabiana Viana de Laia				
2 CAPS MBOI MIRIM	Isabel Takaes Santos	Mª Auxiliadora de Freitas				
3 CASA DO ADOLESCENTE	Kathia Maria Bittencourt D. Tabacow	Ivete Ollitta				
4 CECCO GUARAPIRANGA	Jussara Pontes Munhoz Dias					
5 AMA JD ANGELA	Edson Augusto Pinto - 5834-0840	Katia Lago de França Colaço	Marcia de Fátima Piscini	José Mearim		
6 AE JARDIM IBIRAPUERA	Elzilene de Oliveira Brito da Rocha	Catarina Nobuko Sano Kubo				
7 UBS JARDIM ALFREDO	Tânia Maria Sellmer	Valmir Novaes Fatel	Priscila Domenica C.G.	Geni Ap. da Silva Pacheco	Valmir Novais Fatel	Zenaide Rio Tinto
8 AMA JARDIM ALFREDO	Tânia Maria Sellmer	Valmir Novaes Fatel	Cássia Mitsuko Saito	Adriana Mafisa da Silva		
9 UBS JARDIM CAPELA	Rosângela Lira	Genivaldo Medeiros dos Santos / Daniela Navarro Lewis				
10 AMA JARDIM CAPELA						
11 AMA JARDIM SÃO LUIS	Sandro Norberto Fonseca Valle	Vilma Farias dos Santos/ Iara Aparecida Tavares Bipelle	Erica Regina da Silva	Ljosiane Ballani (RT)		
12 AMA ESPEC JARDIM SÃO LUIS						
13 UBS PARQUE FIGUEIRA GRANDE	Luis Carlos Gomes	Silvana Manoela da Silva	Ana Maria Ferreira dos Santos	Marlene da Veiga Maciel	Geni Tereza Coelho da Silva	Maria José de Freitas
14 AMA PARQUE FIGUEIRA GRANDE	Luis Carlos Gomes	Silvana Manoela da Silva	Ana Maria Ferreira dos Santos	Marlene da Veiga Maciel	Geni Tereza Coelho da Silva	Maria José de Freitas
15 UBS PARQUE NOVO SANTO AMARO	Adrienne Stein 5834-8753	Denise Cristina Delgado Paes Rosa	Lucicleide Moreira de Menezes	Gilmara Cruz do Nascimento	Silvia Helena Giroto Martins	Gilmara Cruz do Nascimento
16 AMA PARQUE NOVO SANTO AMARO	Adrienne Stein 5834-8753	Denise Cristina Delgado Paes Rosa	Maria Solange C.N. Alvim	Melissa Dias dos Santos		
17 UBS PARQUE SANTO ANTONIO	Flavio Modesto Trigo Zin	Manoel de Jesus Cardoso Ferreira	Sueli Garcia Negrão	Eduardo Marcelo Rodrigues	Tereza Shimizu	Érica Viviane Lucena
18 AMA PARQUE SANTO ANTONIO	Flavio Modesto Trigo Zin	Manoel de Jesus Cardoso Ferreira				
19 UBS ALTO DO RIVIERA	Eliziete Del Passo	Jociel Oliveira dos Santos	Juliana Zangirolami Novais	Jociel Santos Oliveira (F)	Ester de Lima Milhomem	Sheila Aparecida Lachmann
20 UBS BRASÍLIA	Ana Beatriz Zanbenedetti Zunder	Ordália Ferreira dos Santos	Lícia Maria Velloso	Lenisa Bernardes dos Santos	Angelina Muniz Ponys	Lícia Maria Velloso
21 UBS CHACARA SANTA MARIA	Maria Laurinda David Moura Couto	Maria Auxiliadora Conceição Santana				
22 UBS CHACARA SANTANA	Liliana Evangelista Ferreira	Silvia Maria de Freitas Relvas	Francimar David de Souza	Daniela Moreira	Abel Silva de Menezes	Greiciane Marks Farias Ferreira
23 UBS CIDADE IPAVA	Sidney Rodrigo Balada Galarce	Liliana Iara Marques Duarte	Liliana Iara Marques Duarte	Akemi Costa Wakigawa	Rosângela Aguiar Viana	Priscila da Silva Costa
24 UBS JARDIM ARACATI	Karina Leticia Dantas Brito	Patricia Santos Gomes				
25 UBS JARDIM CAIÇARA	Elizabeth Satie Nakashima 5833-4375	Alessandra Nogueira Pereira				
26 UBS JARDIM CELESTE	Marta Polidoro 5513-7834	Elieel Bezerra Ferraz	SILVANIA ALVES COSTA	VANESSA MACHADO	VANESSA MACHADO	SILVANIA ALVES COSTA MOREIRA
27 UBS JARDIM COIMBRA	Ana Maria de Sá Viana	Maria Lucia Ferreira Ramos da Silva				
28 UBS JARDIM GUARUJÁ	Jorge Domingos de Santi	Andréa Maria Conceição	Noemi Lopes da Silva	Patricia Ferreira de Carvalho	Ana Maria Costa da Silva	Noemi Lopes da Silva
29 UBS JARDIM HERCULANO	Antonia Eleni Atsalakis	Ana Lucia da Silva Madureira de Almeida	José Aparecido de Oliveira	Eliane do Nascimento	José Aparecido de Oliveira	Eliane do Nascimento Sousa
30 UBS JARDIM HORIZONTE AZUL	João Roberto de Souza	Judite Maria do Vale	Jennifer Elaine Mazza	Judite Maria do Vale	Jennifer Elaine Mazza	Judite Maria do Vale
31 UBS JARDIM KAGOHARA	Tatiane Quirino Pereira	Leticia Tie Itocazo Taira	Ana Paula Fernandes de Souza	Karen Takano Albino	Leticia Tie Itocazo Taira	Karen Takano Albino
32 UBS JARDIM NAKAMURA	Patricia Pereira	Cleone Aparecida da Silva	Cleoni Aparecida Silva	Wanda Faria	Cleoni Aparecida Silva	Juliana Porfírio
33 UBS JARDIM PARANAPANEMA	Gerson Teodoro do Santos	Fadua Priscila Vieira	Ana Paula Candida de Souza	Lilian Aparecida da Rocha	Lilian Aparecida da Rocha	Ana Paula Candida dos Santos
34 UBS JARDIM SANTA MARGARIDA	Andrea Dantas D'Aquila	Patricia Felix da Silva	Nathalie Silva de Souza	Silvia Yukie Miyazaki	Nathalie Silva de Souza	Silvia Yukie Miyazaki
35 UBS JARDIM SOUZA	Glauber Alves dos Prazeres 5891-6604	Lucia Cristina Marinho	Adriana Ap. Ferreira	Arisleide Pires Ortega	Lucia Cristina Marinho	Akie Ruth Hirota
36 UBS JARDIM THOMAS	Simone Balada	Rose Mary Sheroki	Daniela Rosa Oliveira	Sheila Cristiane Gomes	Benedita Cleusa Nunes	Daniela Rosa Oliveira
37 UBS JARDIM VERA CRUZ	James Braga de Souza	Fábio Rodrigues Bueno	Jocielma Oliveira Souza	Marisa Kubo Murakami	Fábio Rodrigues Bueno	Vivianne Viana Silva
38 UBS NOVO CAMINHO	Ana das Graças Pinto Melo Campanha	Zilma Ribeiro de Amorim	Aurineide Souza Pessoa	Tatiane Gonçalves F. de Souza	Tatiane Gonçalves F. de Souza	Aurineide Souza Pessoa Dias
39 UBS NOVO JARDIM	Jackeline Mennon Fernandes	Leonice rosa Furtado	Claudia Ribeiro Mercini	Ana Chatarina de Araujo	Leonice Rosa Furtado	Helena de Souza Lopes
40 UBS PARQUE DO LAGO	Marilda Caproni Lopes	Virginia Poliana de Lima Molitinho	Virginia Poliana de Lima	Tânia Moreira Gomes	Leandro Coutinho	Tânia Moreira Gomes
41 UBS SANTA LUCIA	Giselle Barreto Felix	Teima Dantas Machado Sampaio	Elaine Profeta Lopes Assunção	Marcio Baptista Simões	Josafá Alves Amaral	Elaine Profeta Lopes Assunção
42 UBS VILA CALU	Maria Aparecida Domingues 5896-1143	Inês Maria Benedita Silveira	Inês Maria Benedita Silveira	Angelica Kaoru Kajimoto	Angelica Kaoru Kajimoto	Mazarello Silva Papisápio
43 UBS VILA DAS BELEZAS	Analu Shiota	Ivone Pongetti de Oliveira	Marta Penalva de Oliveira	Verusca Guadanhin Luiza	Marcia Rosa Vianna	Ivone Pongetti de Oliveira
44 UBS ZUMBI DOS PALMARES	Regina Celia Silva Souza	Robinson José de Santana	Sandra Maria Penha Conceição	Aneci Felix Jeronimo	Aneci Felix Jeronimo	Sandra Maria Penha Conceição

GERÊNCIAS E RESPONSABILIDADES TÉCNICAS

Alba Bianco - Gerência de Vig. Epidemiológica	Solange Vital	Beatriz Cavezale	Eliane Franco	Regina Targino	Luciana Sandrin
Ac. Mat. Biológico	Ac. Mat. Biológico	Meningites	Meningites	Botulismo	Botulismo
DST	DST	Paralisia Flácida	Paralisia Flácida	Conjuntivite	Conjuntivites
HIV/AIDS	HIV/AIDS	SI-SINRESP	SI-SINRESP	Coqueluche	Coqueluche
Intox. Exógena	Intox. Exógena	TB - Cursos	TB - Cursos	Diarréias	Diarréias
Sif. Congênita	Sif. Congênita	TB web	TB web	Difteria	Difteria
Sif. Gestante	Sif. Gestante	TBC - Planilha	TBC - Planilha	Febre Tifóide	Febre Tifóide
TABWIN	Violência	TBC - SR	TBC - SR	Hanseníase	Influenza
Violência		Tuberculose	Tuberculose	Influenza	MDDA
				MDDA	Parotidite (Caxumba)
				Parotidite (Caxumba)	Tracoma
				Tracoma	

Emília Goya	Ana Beatriz Zunder	Estela Motta	Eliana Mogadouro	Helena Nuñez
Hanseníase	Acid. Trabalho	Ac. De Trabalho	Camp. de Vacinação	Camp. de Vacinação
Influenza	Laboratório	Conjuntivites	Eventos Adversos	DANT
Medicamentos	Saúde do Trabalhador	Tracoma	Exantemáticas	Eventos Adversos
TABWIN	TABWIN		GVI	Exantemáticas
			Hepatites Virais	GVI
			Imunização	Hepatites Virais
			Proc. Inadequados	Imunização
			Varicela	Proc. Inadequados
				Varicela

Julieta Sugai - Gerência de Vig. Sanitária	Fátima Quaresma	Rosely Conti	Hitomi Yamada
Boas Práticas	Boas Práticas	Boas Práticas	Boas Práticas
Inspeções Sanitárias	Inspeções Sanitárias	Inspeções Sanitárias	Inspeções Sanitárias
Medicamentos	SIVISA	SIVISA	SIVISA
SIVISA			

Maria de Lourdes Steinle - Gerência de Vig. Ambiental	Fernando Apº da Silva	Adriane Hagn	Anna Mª Casagrande Sarmiento	Solange Paschoal
	Isabelle Martins Ribeiro Ferreira		Erika Manini	
Ac. com animais	Controle de Aedes	PAVS	Campanha Raiva	Risco Ambiental
Dengue	Risco Ambiental	Risco Ambiental	Risco Ambiental	Supervisão
Doenças lig. a vetor	Supervisão Equipe	Superv. Educativa	Supervisão Equipe	Vistorias Zoonosológicas
Esquistossomose	Contaminação do Solo	Superv. Epidemiológica	Vistorias Zoonosológicas	Campanha Raiva
Febre Amarela	Controle de Roedores	Supervisão das UVIS	Campanha Castração	Campanha Castração
Febre Maculosa	Risco Ambiental			
Leishmaniose	Supervisão Equipe			
Leptospirose				

Sinantrópicos				
---------------	--	--	--	--

GERÊNCIAS E RESPONSABILIDADES TÉCNICAS

Alba Bianco - Gerência de Vig. Epidemiológica	Solange Vital	Beatriz Cavezale	Eliane Franco	Regina Targino	Luciana Sandrin
Ac. Mat. Biológico	Ac. Mat. Biológico	Meningites	Meningites	Botulismo	Botulismo
DST	DST	Paralisia Flácida	Paralisia Flácida	Conjuntivite	Conjuntivites
HIV/AIDS	HIV/AIDS	SI-SINRESP	SI-SINRESP	Coqueluche	Coqueluche
Intox. Exógena	Intox. Exógena	TB - Cursos	TB - Cursos	Diarréias	Diarréias
Síf. Congênita	Síf. Congênita	TB web	TB web	Difteria	Difteria
Síf. Gestante	Síf. Gestante	TBC - Planilha	TBC - Planilha	Febre Tifóide	Febre Tifóide
TABWIN	Violência	TBC - SR	TBC - SR	Hanseníase	Influenza
Violência		Tuberculose	Tuberculose	Influenza	MDDA
				MDDA	Parotidite (Caxumba)
				Parotidite (Caxumba)	Tracoma
				Tracoma	

Emília Goya	Ana Beatriz Zunder	Estela Motta	Eliana Mogadouro	Helena Nuñez
Hanseníase	Acid. Trabalho	Ac. De Trabalho	Camp. de Vacinação	Camp. de Vacinação
Influenza	Laboratório	Conjuntivites	Eventos Adversos	DANT
Medicamentos	Saúde do Trabalhador	Tracoma	Exantemáticas	Eventos Adversos
TABWIN	TABWIN		GVI	Exantemáticas
			Hepatites Virais	GVI
			Imunização	Hepatites Virais
			Proc. Inadequados	Imunização
			Varicela	Proc. Inadequados

GERÊNCIAS E RESPONSABILIDADES TÉCNICAS

				Varicela
--	--	--	--	----------

Julieta Sugai - Gerência de Vig. Sanitária	Fátima Quaresma	Rosely Conti	Hitomi Yamada
Boas Práticas	Boas Práticas	Boas Práticas	Boas Práticas
Inspeções Sanitárias	Inspeções Sanitárias	Inspeções Sanitárias	Inspeções Sanitárias
Medicamentos	SIVISA	SIVISA	SIVISA
SIVISA			

Maria de Lourdes Steinle - Gerência de Vig. Ambiental	Fernando Aparecido da Silva	Adriane Hagn	Anna Casagrande Sarmiento	Solange Paschoal
	Izabelle Martins Ribeiro Ferreira		Erika Manini	
Ac. com animais	Controle de Aedes	PAVS	Campanha Raiva	Risco Ambiental
Dengue	Risco Ambiental	Risco Ambiental	Risco Ambiental	Supervisão
Doenças lig. a vetor	Supervisão Equipe	Superv. Educativa	Supervisão Equipe	Vistorias Zoonosológicas
Esquistossomose	Contaminação do Solo	Superv. Epidemiológica	Vistorias Zoonosológicas	Campanha Raiva
Febre Amarela	Controle de Roedores	Supervisão das UVIS	Campanha Castração	Campanha Castração
Febre Maculosa	Risco Ambiental			
Leishmaniose	Supervisão Equipe			
Leptospirose				
Sinantrópicos				