

PORTARIA Nº 2.761, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2008

Aprova a Resolução GMC nº 22, "Vigilância Epidemiológica e Controle de Enfermidades Priorizadas e Surtos Entre os Estados-Partes do Mercosul" (Revogação das Resoluções GMC nºs 50/99, 08/00, 04/01, 31/02 e 17/05)

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da competência que lhe confere o inciso II do parágrafo único do artigo 87 da Constituição, e Considerando o Tratado de Assunção, o Protocolo de Ouro Preto e as Resoluções nºs 50, de 1999, 08, de 2000, 04, de 2001, 31, de 2002 e 17, de 2005, do Grupo Mercado Comum (GMC) do MERCOSUL;

Considerando que é necessário contar com procedimentos mínimos harmonizados para intercâmbio de informação e adoção de medidas de controle sobre as enfermidades priorizadas pelos Estados- Partes; e

Considerando que as normas do MERCOSUL contidas nas Resoluções antes descritas não se adéquam ao novo Regulamento Sanitário Internacional - SRI de 2005, resolve:

Art. 1º Aprovar a Resolução nº 22, de 20 de junho de 2008, do Grupo Mercado Comum (GMC) do Mercosul, intitulada "Vigilância Epidemiológica e Controle de Enfermidades Priorizadas e Surtos entre os Estados Partes do MERCOSUL (Revogação das Resoluções do Grupo Mercado Comum - GMC, do MERCOSUL nºs 50, de 1999; 08, de 2000; 04, 2001; 03, de 2002 e 17, de 2005), adotada em Buenos Aires/Argentina.

Art. 2º Ficam revogadas as Portarias GM/MS nºs 1.984, de 25 de outubro de 2001, publicada no Diário Oficial da União de 29 de outubro de 2001, seção 1, página 120; 1.922, de 22 de outubro de 2002, publicada no Diário Oficial da União de 23 de outubro de 2002, seção 1, página 124, e 516, de 10 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União de 14 de março de 2006, seção 1, página 45.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

MERCOSUL/GMC/RES. No- 22/08

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLE DE ENFERMIDADES PRIORIZADAS E SURTOS ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL

(REVOGAÇÃO DAS RESOLUÇÕES GMC Nº 50/99, 08/00, 04/01, 31/02 e 17/05)

TENDO EM VISTA: O Tratado de Assunção, o Protocolo de Ouro Preto e as Resoluções n.ºs 50/99, 08/00, 04/01, 31/02 e 17/05 do Grupo Mercado Comum.

CONSIDERANDO:

Que é necessário contar com procedimentos mínimos harmonizados para intercâmbio de informação e adoção de medidas de controle sobre as enfermidades priorizadas pelos Estados Partes; e

Que as normas do MERCOSUL contidas nas Resoluções antes descritas não são adequadas ao novo Regulamento Sanitário Internacional (SRI) de 2005,

O GRUPO MERCADO COMUM, resolve:

Art. 1º Aprovar o documento "Vigilância Epidemiológica e Controle de Enfermidades Priorizadas e Surtos entre os Estados Partes do MERCOSUL", que consta como Anexo e faz parte da presente Resolução.

Art. 2º O referido documento contém lista de doenças, definições de casos, diagnóstico de laboratório, medidas de controle e prevenção e sistema de informação (registro, consolidação e análise).

Art. 3º Os organismos nacionais competentes para a implementação da presente Resolução são:

I - Argentina: Ministerio de Salud;

II - Brasil: Ministério da Saúde;

III - Paraguai: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; e

IV - Uruguai: Ministerio de Salud Pública.

Art. 4º Revogam-se as Resoluções GMC n.ºs 50/99, 08/00, 04/01, 31/02 e 17/05.

Art. 5º Os Estados Partes deverão incorporar a presente Resolução aos seus ordenamentos jurídicos internos antes de 20 de dezembro de 2008.

LXXII GMC - Buenos Aires, 20/VI/08

ANEXO

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLE DE ENFERMIDADES PRIORIZADAS E SURTOS ENTRE OS ESTADOS PARTES DO MERCOSUL

I. Critérios para a seleção de eventos prioritários

- Potencial epidêmico para sua disseminação internacional ou possíveis implicações com comércio ou viagem internacional.
- Correspondência com uma meta específica de um programa de controle sob compromissos regionais.
- Enfermidades emergentes que requerem intercâmbio de informação para seu conhecimento e intervenção.

II. Eventos prioritários sujeitos a notificação

Destacam-se os eventos priorizados para a notificação pelos Estados Partes do MERCOSUL

1. SURTO OU EVENTO DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL (ESPII)

2. CÓLERA

3. CHAGAS AGUDO

4. DIFTERIA

5. ENFERMIDADE MENINGOCÓCICA

6. FEBRE AMARELA

7. FEBRE DA DENGUE (FD) E DA DENGUE HEMORRÁGICA (FDH)

8. GRIPE HUMANA POR NOVOS SUBTIPOS DE VÍRUS

9. HANTAVIROSE (SCPH)

10. MALÁRIA

11. PESTE

12. POLIOMIELITE

13. RAIVA HUMANA
14. RUBÉOLA E SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÊNITA (SRC)
15. SARAMPO
16. SÍFILIS CONGÊNITA
17. SÍNDROME AGUDA RESPIRATÓRIA SEVERA (SARS)
18. TÉTANO NEONATAL
19. VARÍOLA

III. Normas de vigilância e controle dos eventos prioritários

A continuação se apresenta na forma de Vigilância e Controle dos eventos revisados no item 2.

1. SURTO OU EVENTO DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL (ESPII)

Todo surto de enfermidade ou evento que possa constituir uma emergência de saúde pública de importância internacional ocorrido em qualquer parte do país que suponha risco de disseminação a outros Estados Partes do MERCOSUL segundo o estabelecido no instrumento de decisão que consta no Anexo 2 ao Regulamento Sanitário Internacional (SRI) de 2005.

A notificação será imediata por via eletrônica e quando procedente por via telefônica, aos delegados da Subcomissão de Vigilância Epidemiológica com atualização semanal da evolução do surto até sua finalização.

A informação a notificar deve conter as seguintes variáveis:

1. Doença ou síndrome;
2. Agente, em caso que se tenha sido identificado;
3. Alimento em caso de surto de doenças transmissíveis por alimento;
4. Lugar e data do início do surto;
5. Número de casos e óbitos;
6. Modo de transmissão;
7. Fatores associados a ocorrência do surto; e
8. Medidas de controle adotadas.

Os procedimentos de notificação à OMS e a adoção de medidas de controle estão estabelecidos no RSI (2005).

2. CÓLERA

Caso suspeito:

Em uma zona onde a enfermidade não esteja presente:

Um paciente de 5 anos de idade ou mais, com diarreia aquosa aguda abundante, que evolui para desidratação grave ou morte; ou

Um paciente de qualquer idade com diarreia, que nos 10 dias anteriores ao início dos sintomas tenha estado em uma zona com ocorrência de casos de cólera; ou

Contato de caso suspeito ou falecido que resida no mesmo domicílio ou na mesma comunidade fechada e que apresente diarreia.

Em uma zona onde haja epidemia de cólera:

Toda pessoa com diarreia aquosa aguda, com ou sem vômitos.

Caso confirmado:

Caso suspeito confirmado por laboratório por isolamento de cepas toxigênicas de *Vibrio cholerae* 01 ou 0139; ou

Por nexos epidemiológico com um caso confirmado por laboratório.

Diagnóstico de laboratório:

Tipo de amostra	Nº e volume de amostra	Momento de coleta	Recipiente	Conservação	Transporte
Swab retal ou	1	No	Meio de	Temperatura	Temperatura

fecal	amostra	momento de contato com o paciente	transporte Cary - Blair ou frasco com água peptonada alcalina	ambiente até 72 horas. Refrigerado até 7 dias	ambiente em meio de transporte Cary - Blair
Fezes	1 amostra de 3 a 5 g de fezes	No momento de contato com o paciente	Frasco estéril sem conservantes	Semear imediatamente depois da coleta e manter a temperatura ambiente até 72 horas.	Temperatura ambiente

Medidas de controle:

Ações sobre as pessoas:

Colocar em observação os contatos do caso índice durante cinco dias a partir de sua última exposição. Entende-se por contato aquelas pessoas que compartilhem os alimentos, a água e o alojamento com um enfermo de cólera.

- Educar a população sobre a higiene pessoal e a preparação e manipulação de alimentos.
- Lavar as mãos antes de manipular os alimentos, antes de comer e depois de ir ao banheiro.
- Beber somente água potável ou, caso não se disponha desta, ferver ou utilizar hipoclorito de sódio na água para o consumo.
- Consumir todos os alimentos cozidos, especialmente verduras e mariscos.
- Depois da cocção, protegê-los contra a contaminação.

O uso da vacina não é apropriado para as medidas de proteção da saúde pública devido a sua baixa eficácia e da escassa durabilidade da resposta imunológica.

Ações ambientais:

- Monitoramento laboratorial de amostras de alimentos, água de consumo, poços, lagos, rios, águas portuárias, água de lastro de embarcações, dejetos líquidos e águas servidas.
- Monitoramento da concentração de cloro em água de consumo assegurando a qualidade microbiológica.
- Tratamento adequado de excretas.

3. CHAGAS AGUDO

Caso Suspeito:

Toda pessoa com febre prolongada (> 7 dias) e que apresente cardiopatia aguda, hepatomegalia, esplenomegalia, sinal de romanha ou chagoma de inoculação; ou manifestações digestivas (diarréia, vômitos e/ou epigastria intensa); e que:

1. Tenha estado em área endêmica de transmissão vetorial nos últimos 6 meses; e/ou
2. Que tenha sido transfundido ou transplantado; e/ou
3. Que tenha ingerido alimentos produzidos suspeitos de contaminação por T. cruzi.

Caso Confirmado:

Todo caso suspeito, confirmado por laboratório. No curso de um surto por alimento, pode-se confirmar também por nexo epidemiológico, ou seja exposto à mesma fonte de contaminação de um caso confirmado por laboratório.

CHAGAS CONGÊNITO

Caso suspeito:

Todo recém-nascido, filho de mãe infetada com T. cruzi.

Caso confirmado:

Todo caso suspeito confirmado por laboratório.

Diagnóstico de laboratório:

O Chagas agudo é determinado pela presença de:

- Parasitos circulantes em exames parasitológicos diretos em sangue periférico (exame em fresco, lâmina de gota espessa). Quando os sintomas se iniciaram >30 dias, recomenda-se a utilização de métodos de concentração (concentrado leucocitário, micro-hematócrito); ou
- Anticorpos IgM anti-T. cruzi em sangue, que indicam enfermidade aguda se está associada a manifestações clínicas e nexos epidemiológicos compatíveis.
- Para o diagnóstico com IgG, a presença de anti-T. cruzi deve ser detectada pelos dois testes sorológicos de princípios distintos (hemoaglutinação indireta ou ELISA), inclusive se um deles for para anticorpos totais.

Medidas de prevenção e controle:

- Todos os casos de Chagas agudo devem ser notificados ao sistema de saúde pública dentro de 24 horas.
- Diante da ocorrência de um ou mais casos agudos, deve-se realizar a investigação epidemiológica para a identificação do modo de transmissão, busca ativa de outros casos, avaliação da ocorrência de domiciliação de vetores.
- Os casos agudos devem receber tratamento específico o mais precocemente possível, a droga disponível é o Benznidazol, que deve ser administrado na dose de 5 mg/kg/dia (adultos) o 5-10 mg/kg/dia (crianças) dividido em 2 ou 3 ingestões diárias durante 60 dias. O Benznidazol está contraindicado em gestantes. Também pode utilizar-se o Nifurtimox administrado em dose de 8 mg/kg/dia (adultos) dividido cada 8 horas durante 60-90 dias. Em crianças administra-se uma dose de 10 mg/kg/dia pelo mesmo período. A administração desses medicamentos deve ser feita sob supervisão médica devido aos efeitos colaterais. Medidas sintomáticas e de suporte devem ser realizadas de acordo com a qualidade e gravidade do estado clínico do paciente.
- Transmissão vetorial: controle químico de vetores com inseticidas quando a investigação entomológica indicar a presença de triatomíneos domiciliados.
- Transmissão oral: implementação e fiscalização dos cuidados de higiene na produção e manipulação de alimentos, determinação de pasteurização dos alimentos e realização de investigação ecoepidemiológica com identificação das espécies de triatomíneos e vegetais.
- Transmissão acidental: utilização de equipamento de biossegurança.
- Transmissão transfusional: realizar sorologia em bancos de sangue.
- Transmissão vertical: realizar sorologia em todas as gestantes.

4. DIFTERIA

Caso suspeito:

Toda pessoa que apresenta quadro agudo de infecção orofaríngea, com presença de pseudomembranas branco-acinzentadas aderentes, ocupando as amídalas e podendo invadir outras áreas da faringe ou outras mucosas e a pele, com comprometimento do estado geral e febre moderada.

Caso confirmado:

Todo caso suspeito, confirmado laboratorialmente por isolamento do agente etiológico, ou por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente.

Diagnóstico de laboratório:

Tipo de amostra	Nº e volume de amostra	Momento de coleta	Recipiente	Conservação	Transporte
Material de naso-	Uma amostra de	No momento da suspeita,	Colocar o pincelado	Temperatura	Se não é imediato, utilizar

faringe e orofaringe, pele ou outro	cada localização	antes de qualquer tratamento antibiótico	em tubo estéril, fechado e rotulado	ambiente	um meio de transporte adequado, à temperatura ambiente
-------------------------------------	------------------	------------------------------------------	-------------------------------------	----------	--------------------------------------------------------

Medidas de controle:

a) De todos os contatos se coletará uma amostra para cultura, da região faríngea (independente de seu estado vacinal).
b) Uma vez coletada a amostra, iniciar-se-á a quimioprofilaxia para todas as pessoas de qualquer idade que não estejam vacinadas, com estado vacinal desconhecido ou vacinação incompleta.

c) Esquema de quimioprofilaxia:

Deverá ser realizada com:

1) Penicilina benzatina por via intramuscular.

- em crianças com menos de 30 kg. : 600.000 U.I.

- em pessoas com mais de 30 kg. : 1.200.000 U.I.

2) Eritromicina por via oral

- em crianças: 40 - 50 mg/kg/dia divididos em 4 doses durante 7 dias

- em adultos: 500 mg cada 6 horas durante 7 dias

d) Observar-se-á durante 7 dias para a doença se evidenciar. Se o resultado da cultura do contato é positivo, deve-se realizar uma nova cultura ao término da quimioprofilaxia.

e) Vacinação de bloqueio:

Iniciar-se-á a vacinação com DT ou DPT, dependendo da idade do contato, das pessoas não vacinadas, com vacinação incompleta ou com estado vacinal desconhecido.

Dar-se-á um reforço às pessoas com esquema completo para a idade, cuja última dose tenha sido administrada há mais de 5 anos.

5. DOENÇA MENINGOCÓCICA

Caso suspeito:

Paciente maior de 1 ano de idade, com aparecimento súbito de febre (> 38° C), acompanhada de cefaléia e vômitos e ao menos um dos seguintes sintomas ou sinais:

- Rigidez da nuca

- Alteração da consciência

- Outros sinais de irritação meníngea (Kernig, Brudzinsk e Lassegue)

- Erupção cutânea petequiral ou purpúrica

Nos menores de 1 ano de idade, suspeita-se de meningite quando a febre está acompanhada de abaulamento de fontanela, vômitos, sonolência, irritabilidade, convulsões com ou sem erupção petequiral.

Caso confirmado:

Caso suspeito confirmado por uma destas duas técnicas:

1) Isolamento do agente etiológico por meio de cultura de Líquido Céfalorraquidiano (LCR), sangue ou outro fluido.

2) Contra Imunoelctroforese (CIE) ou a prova de Látex.

O Uruguai não aceita como confirmatória a prova de Látex.

Em situações especiais, aceita-se a confirmação por vínculo com um caso confirmado por laboratório.

Diagnóstico de laboratório (para cultura e CIE) :

Tipo de amostra	Nº e volume da amostra	Momento de coleta	Recipiente	Conservação	Transporte
L.C.R.	1 amostra preferentemente de 2 ml (20 a 30 gotas)	Perante a suspeita e antes do início da terapia antibiótica	Tubo estéril com tampa de rosca	Cultivo: Temperatura ambiente. Enviar dentro de 2 horas. Caso contrário, manter em estufa a 37° C	Temperatura ambiente
				C.I.E.: Temperatura ambiente. Enviar dentro de 2 horas. Caso contrário, refrigerar a 4° C.	Caixa térmica com gelo
Sangue	2 amostras de 1 a 5 ml dependendo da idade e da técnica	A 1º amostra ante a suspeita, a seguinte antes da terapia antibiótica, mas com o maior intervalo	Fracos de hemocultura comerciais, com meios adequados,	Cultivo: Temperatura ambiente. Enviar dentro de 2 horas. Caso contrário, manter em estufa a 37° C	Temperatura ambiente
				C.I.E.: Temperatura ambiente. Enviar dentro de 2 horas. Caso con-	Caixa térmica com gelo

		possível entre elas	inoculado no momento da extração	trário, refrigerar	
Soro ou LCR	Soro 2,0 ml LCR 1,0 a 2,0 ml	Preferencialmente na 1ª consulta	Tubo estéril com tampa de rosca sem anticoagulante	Látex: Temp. Ambiente até 1 hora ou refrigerar a 4 graus C	Caixa térmica com gelo

Medidas de controle

Gerais:

Evitar o confinamento nas habitações e nos locais de trabalho, promovendo a ventilação dos ambientes em lugares com alta concentração de pessoas.

Quimioprofilaxia:

Deve-se realizar preferencialmente dentro das primeiras 24 horas e até 10 dias do início dos sintomas. Administrar-se aos contatos íntimos, entendendo como tais os integrantes do núcleo familiar convivente e aqueles que, não sendo conviventes, comportam-se como tais em tempo e proximidade.

Quando se tratar de um escolar, a quimioprofilaxia será ministrada na sala de aula, somente aos companheiros que cumpram com o conceito de contato íntimo.

Nos jardins de infância e creches far-se-á quimioprofilaxia a todas as crianças e a todos os adultos que trabalhem com essas crianças.

Esquema profilático:

Medicamento de eleição: Rifampicina, de acordo com o seguinte esquema:

Adultos: 600 mg cada 12 horas durante 2 dias.

Crianças entre 1 mês e 12 anos: 10 mg/kg de peso/dose, sem ultrapassar 600 mg por dose a cada 12 horas durante 2 dias.

Crianças menores de 1 mês: 5 mg/kg de peso/dose a cada 12 horas durante 2 dias.

Vacinação de bloqueio:

Indica-se frente à ocorrência de surtos da doença por meningococo A ou C, em pessoas maiores de 2 anos de idade expostas ao risco de contrair a doença.

6. FEBRE AMARELA

Caso suspeito:

Paciente com quadro febril agudo de início súbito (até 7 dias), residente ou que esteve em área com circulação viral (ocorrência de casos humanos, epizootia ou isolamento viral em mosquitos), nos últimos 15 dias, sem antecedentes de vacinação anti-amarela ou com situação vacinal desconhecida.

Em situação epidemiológica de país com transmissão como o Brasil, considera-se também:

indivíduo com quadro febril agudo de início súbito, seguido de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas independente da situação vacinal para febre amarela.

Caso confirmado:

Caso suspeito confirmado por:

a) Laboratório por alguma das seguintes técnicas:

- Presença de IgM específica.
- Aumento quádruplo dos níveis de IgG sérica em pares de amostras de soro (fase aguda e convalescente).
- Detecção de antígeno específico nos tecidos por imuno-histoquímica.
- Detecção de seqüências genômicas do vírus (PCR) no sangue ou órgãos.

- Isolamento viral.

b) Por critério clínico - epidemiológico:

Caso suspeito que evoluiu para morte em menos de 10 dias desde o início dos sintomas, sem confirmação de laboratório, no curso de uma epidemia, em que outros casos foram confirmados por laboratório.

Em situação epidemiológica com transmissão, considera-se também indivíduo assintomático ou oligossintomático detectado em busca ativa que não tenha sido vacinado e que apresenta sorologia (MAC-ELISA) positiva para febre amarela.

Diagnóstico de laboratório:

Tipo de amostra	Nº e volume de amostra	Momento de coleta	Recipiente	Conserva-ção	Transporte
Sangue: Sorologia	2 amostras de soro de 5 ml cada uma	Fase aguda, a partir do 6º dia Fase convalescente 10-20 dias do início dos sintomas	Tubo de plástico hermeticamentefechado e rotulado. Não usar anticoagulantes	Congelamento a - 20o C	Caixa térmica c/ gelo
Sangue: Isolamento Viral	Uma amostra de soro de 5 ml	Fase aguda até o 5o dia do início dos sintomas	Tubo de plástico hermeticamentefechado e rotulado. Não usar anticoagulantes	Congelamento a - 70o C ou Nitrogênio líquido	Caixa térmica c/ gelo seco ou Balão para Nitrogênio líquido
Órgãos ou tecidos: Isolamento Viral	Fragmentos	Até 8 horas post mortem	Tubo de plástico hermeticamentefechado e rotulado	Congelar a - 70o C ou Nitrogênio líquido	Caixa térmica c/ gelo seco ou Balão para Nitrogênio líquido
Órgãos ou tecidos: Imuno-histoquímica	Fragmentos	Até 8 horas post mortem	Tubo de vidro c/ solução de formol10%	Temperatura ambiente	Temperatu-ra ambiente

Medidas de controle:

Adicionalmente às medidas de controle para a prevenção da febre amarela, harmonizadas pelos Estados Partes do MERCOSUL, indicam-se as seguintes medidas:

- Instituir programa de vacinação massiva para todas as pessoas maiores de 9 meses de idade que residem em área endemo-epidêmica de febre amarela. Frente à detecção de um caso suspeito nessas áreas, deve indicar vacinação de bloqueio em pessoas não vacinadas ou que se desconheça seu estado de vacinação.

- Em zonas não endêmicas frente à detecção de circulação do vírus amarelo em reservatórios ou vetores, ou à detecção de caso autóctone, deve-se indicar a vacinação de bloqueio a toda a população maior de 9 meses residente na zona de risco.

7. FEBRE DA DENGUE (FD) E DA DENGUE HEMORRÁGICA (FDH)

FEBRE DA DENGUE (FD)

Caso suspeito:

Paciente com doença febril aguda com duração máxima de 7 dias e com duas ou mais das seguintes manifestações: cefaléia, dor retro-orbitária, mialgias, artralgias, erupção cutânea, manifestações hemorrágicas e leucopenia, e que resida ou tenha estado nos últimos 15 dias em zona com circulação de vírus da dengue.

Caso confirmado:

Caso suspeito confirmado por:

a) Laboratório, por alguma das seguintes técnicas:

- detecção de IgM específica por Ensaio Imuno-Enzimático (ELISA) de captura;
- quadruplicação de títulos de IgG em soros pareados;
- reação em cadeia de polimerase (PCR);
- isolamento viral;
- imuno-histoquímica; e
- neutralização ou inibição de hemaglutinação (IH).

b) Nexa epidemiológico com um caso confirmado por laboratório ou no curso de uma epidemia por critério clínico-epidemiológico.

Diagnóstico de laboratório:

Tipo de amostra	Nº e volume da amostra	Momento de coleta	Recipiente	Conservação	Transporte
Sangue Sorologia	2 amostras de soro de 5 ml cada uma	Fase aguda, a partir do 6º dia Fase convalescente 10-20 dias do início dos sintomas	Tubo hermeticamente fechado e rotulado. Não usar anticoagulante	Congelamento a - 20o C	Caixa térmica c/ gelo
Sangue isolamento Viral	1 amostra de soro de 5 ml	Fase aguda até o 5º dia do início dos sintomas	Tubo hermeticamente fechado e rotulado. Não usar anticoagulante	Congelamento a - 70o C ou Nitrogênio líquido	Caixa térmica c/ gelo seco ou Balão para Nitrogênio líquido
Órgãos ou tecidos isolamento Viral	Fragmentos	Até 8 horas post mortem	Tubo hermeticamente fechado e rotulado	Congelamento a - 70o C ou Nitrogênio líquido	Caixa térmica c/ gelo seco ou Balão para Nitrogênio líquido
Órgãos ou tecidos	Fragmentos	Até 8 horas post mortem	Tubo de vidro c/ solução de formol 10%	Temperatura ambiente	Temperatura ambiente

Medidas de controle:

Nível individual: início de investigação epidemiológica dos casos suspeitos, para localizar o foco. Evitar o contato dos mosquitos com o paciente até que desapareça a febre por meio de mosquiteiros, repelentes, malhas metálicas. Se surge Dengue em áreas de foco de febre amarela silvestre, recomenda-se a imunização contra a febre amarela à população segundo normas, já que ambas as doenças urbanas compartilham o mesmo vetor.

Nível comunitário: as ações no terreno devem-se tomar de forma conjunta com a comunidade, membros organizados e responsáveis pelas ações de saneamento, controle de vetores, meio ambiente e equipe de saúde.

Deve-se fazer o bloqueio da transmissão assim que os primeiros casos forem notificados (dentro de 48 horas).

Informação, educação e comunicação à população sobre a biologia do mosquito, o modo de transmissão e os métodos de prevenção e controle.

Intensificação da vigilância dos casos febris em áreas de risco potencial. Intensificar as medidas de controle tendentes a eliminar potenciais sítios comunitários e domiciliares de criadouros de mosquito.

Eliminação de criadouros de mosquitos mediante a destruição, inversão de recipientes, aplicação de larvicidas (tratamento focal); e eliminação de adultos mediante a nebulização (tratamento espacial).

Campanhas de eliminação de objetos inservíveis e tratamento comunitário de lixo.
Medidas de controle segundo a situação epidemiológica:

Situação	Ordenamento do meio	Vigilância do vetor	Vigilância de Enfermidade	Trat. focal e perifocal	Trat. Espacial
Situação I Sem Aedes	+++++	Avaliação de moradias periodicamente	--	--	--
Situação II Com Aedes Sem Dengue	+++++	Avaliação para monitorar medidas de controle	+++	+++	Somente frente alta densidade de vetores
Situação III Epidemia de Dengue	+++++	Igual à Situação II	+++	+++	+++
Situação IV Endemia de Den-	+++++	Igual à Situação II	+++	+++	Somente frente alta densidade de vetores

FEBRE DA DENGUE HEMORRÁGICA

Caso suspeito:

Todo caso suspeito ou confirmado de dengue clássico com uma ou mais das seguintes manifestações:

- prova de torniquete positiva;
- petéquias, equimoses ou púrpura;
- hemorragia das mucosas, sítios de injeção ou outros locais;
- hematêmeses ou melena;
- trombocitopenia (100.000 células ou menos por mm³);
- indícios de perda de plasma devida ao aumento da permeabilidade vascular, com uma ou mais das seguintes manifestações:
- aumento de índice hematócrito em 20% ou mais de valor normal;
- diminuição de 20% ou mais de índice hematócrito depois de tratamento de reposição de perdas em comparação com o nível de base; e
- derrame pleural, hipoproteinemia e ascite.

Caso confirmado:

Todo caso suspeito de dengue hemorrágica com confirmação laboratorial por alguma destas técnicas:

- detecção de IgM específica por ensaio imunoenzimático (ELISA) de captura;
- quadruplicação de títulos de IgG em soros pareados;
- reação em cadeia de polimerase (PCR);
- isolamento viral;
- imuno-histoquímica; e
- neutralização ou inibição de hemaglutinação (IH).

Diagnóstico de laboratório: o mesmo indicado para o de dengue clássico

Medidas de controle: o mesmo indicado para o de dengue clássico

8. GRIPE HUMANA CAUSADA POR UM NOVO SUBTIPO DE VÍRUS

Foi incluída como patologia de notificação obrigatória pelo Regulamento Sanitário Internacional (2005), utilizando-se para notificação, entre os Estados Partes do MERCOSUL, a definição de caso proporcionada pela OMS, como se menciona no Anexo 2 ao citado Regulamento.

9. HANTAVIROSE (SCPH)

Caso suspeito:

Paciente com doença aguda febril, com temperatura igual ou maior que 38° C, mialgias acompanhadas de um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas: calafrios, astenia, dor abdominal, náuseas, vômito, cefaléia, tosse, insuficiência respiratória aguda de etiologia não-determinada ou edema de pulmão não-cardiogênico na primeira semana de doença, ou

Paciente com doença febril aguda que apresenta quadro de edema pulmonar não cardiogênico com evolução para óbito, ou com história de doença febril aguda, com exposição à mesma situação de risco nos últimos 60 dias, de um ou mais casos de hantavirose (confirmados laboratorialmente).

Caso Confirmado:

Caso suspeito confirmado com algum dos seguintes métodos diagnósticos:

- 1) sorologia reagente para IgM ou soroconversão de IgG; ou
- 2) RT - PCR positivo para hantavírus; ou
- 3) Imuno-histoquímica positiva.

Critério clínico epidemiológico:

Caso suspeito com evolução para morte e que não tenha sido submetido a exames laboratoriais específicos e complementares, e que tenha frequentado área com ocorrência recente de casos de hantavirose confirmados por laboratório, ou exposição à mesma situação de risco de casos confirmados por laboratório.

Diagnóstico de laboratório:

Tipo de amostra	Nº e volume da amostra	Momento de coleta	Recipiente	Conservação	Transporte
SangueCoáguloplasma ou soro	Uma ou duas amostras de 5,0a 10 ml (não usar anticoagulante)	Na notificação do casos (Su-peita diag.) independente do período da doença.Se neg., repetir em 10 dias.Em falecidos, extração de 5,0a 10 ml de sangue intracardí-	Tubos fecha-dos herméticamente e sem anticogulante	Refrigeradoaté 24 ho-ras. Apóseste período do conge-lar a - 20° C	Caixa térmica ou gelo seco

		co			
Te c i d o s de ne- cropsia	Fragmentos depulmão, rins,baço, fígado e outros 1 amostra de cada tecido com 1,5 a 2,0 cm2	Durante a necropsia até 8 ho-ras depois do falecimento	Frasco com formol tampo- nado a 10% ou peças deparafina	Te m p e r a t u -ra ambien- te	Te m p e r a t u r a ambiente (não refrige- rar)

Medidas de controle:

Em relação ao controle de roedores:

Medidas para o controle de roedores fora do domicílio:

Com a finalidade de reduzir a possibilidade de proliferação de roedores no entorno dos domicílios, deve-se tomar as medidas para eliminar os fatores que possibilitem sua colonização, reprodução e alimentação, entre as quais se destacam as seguintes:

- Manter limpo e livre de elementos que sirvam de alimento ou facilitem a colonização por roedores ao redor dos domicílios e edificações.
- Roçar e manter baixo o pasto em um perímetro de 30 metros ao redor do domicílio. Uma semana antes de roçar e limpar ao redor, desratizar o perímetro do domicílio. Lacrar previamente as possibilidades de entradas para o domicílio. Ambas as medidas têm por objetivo evitar que os roedores migrem para o interior da residência.
- No perímetro das edificações deve-se evitar o acúmulo de materiais inservíveis, deve-se colocar feixe de lenha, palha ou outros materiais, pelo menos a 30 m do domicílio e sobre suportes de 20 cm de altura que evitem a colonização ou refúgio, realizando-se a limpeza periodicamente.
- Os depósitos de grãos, lenha, palha, ferramentas ou outros elementos devem ser colocados a não menos de 30 metros dos domicílios. Guardar grãos em locais herméticos e resistentes a roedores. A estrutura dos depósitos deve evitar o ingresso de roedores e contar com dispositivos que facilitem sua permanente ventilação.
- Antes de entrar no depósito, este deve ser ventilado por pelo menos 30 minutos, abrindo-se portas e janelas.
- Manter o lixo doméstico em recipientes fechados resistentes a roedores. Se não existir coleta domiciliar, o lixo deve ser enterrado diariamente, em lugares arejados da residência e cobertos com, pelo menos, trinta centímetros de terra.
- Depois de alimentar os animais domésticos, guardar a comida fora do alcance dos roedores, especialmente à noite.
- Evitar deixar ao alcance dos roedores recipientes com água e manter protegidas as fontes de abastecimento de água.
- Incentivar a colonização e proteger a população de predadores naturais.

Medidas para o controle de roedores no interior dos domicílios

Para evitar a colonização e a proliferação de roedores dentro das residências e das edificações, deve-se tomar as seguintes medidas:

- Lacrar todas as frestas de mais de dois centímetros de abertura, tanto no interior como no exterior da estrutura da edificação, com materiais de malhas metálicas, cimento ou outro material resistente à ação dos roedores. Essa medida é de especial importância nos recintos em que se armazenam alimentos. Ademais, quando possível, as edificações devem ter uma base sólida de pelo menos 30 cm de altura e de uma profundidade de 20 cm.
- Eliminar no interior todos os elementos em desuso que possam servir para a colonização de roedores.
- Manter todos os alimentos armazenados em lugares ou recipientes à prova de roedores. Não manter restos de alimentos ao alcance dos roedores, lavando de imediato os pratos de comida usados, depositando-se os restos de comida em lixeiras tampadas, tanto no interior como no exterior do domicílio.

Medidas de controle para contatos íntimos

É sugestivo que haja risco de transmissão inter-humana com o vírus tipo Andes. Por isso, devem-se adotar as medidas de proteção pessoal em relação a sangue, secreções e fluidos corporais, investigar contatos (pessoas que vivem no mesmo domicílio e tem uma relação íntima e prolongada com o caso de hantavírus, independente da exposição ambiental) do caso.

10. MALÁRIA

Caso suspeito:

Todo indivíduo que apresenta quadro febril agudo e que reside ou procede de área onde haja transmissão de malária ou que tenha recebido transfusão sanguínea em zonas endêmicas, em período de 8 a 30 dias antes do início dos sintomas.

Caso confirmado:

Caso suspeito que tenha detecção de plasmódio em gota espessa de sangue.

Diagnóstico de laboratório:

Tipo de amostra	Nº e volume de amostra	Momento de coleta	Recipiente	Conservação	Transporte
Sangue	1 amostra de sangue desfibrinado (gota	Em período febril	Estendido em lâmina e se possível corado com Giemsa	Temperatura ambiente	Temperatura ambiente

Medidas de controle:

- Tratamento imediato de casos diagnosticados;
- Busca ativa de casos;
- Pesquisa entomológica;
- Nebulização residual e espacial;
- Manejo ambiental para evitar a proliferação do vetor;
- Orientação à população sobre a doença, uso de repelentes, mosquiteiros, uso de cortinas em portas e janelas, roupas protetoras, cortinados impregnados; e
- Investigação epidemiológica.

11. PESTE

Caso suspeito:

Todo paciente que reside ou visitou nos 10 dias prévios uma área endêmica ou próxima a um foco natural de transmissão de peste e que apresenta quadro agudo de febre e adenopatias (sintomático ganglionar), ou sintomas respiratórios (sintomático pneumônico), acompanhado ou não de manifestações clínicas gerais da enfermidade.

Caso confirmado:

Caso confirmado por:

a) Laboratório, com uma das seguintes provas:

- imunofluorescência indireta;
- hemaglutinação passiva (PHA);
- por isolamento de *Yersinia pestis*;
- Dot-ELISA; ou

b) Nexo epidemiológico com outro caso confirmado por laboratório.

Diagnóstico de laboratório:

Tipo de amostra		Nº e volume de amostra	Momento de coleta	Recipiente	Conservação	Transporte
Aspirado de bulbão		1 amostra de 3 - 5 ml de as-pirado	Fase aguda da enfermidade	Cary - Blair	Temperatura ambiente	Temperatura ambiente
Escarro		3 swabs de naso e oro faringe	Fase aguda da enfermidade	Cary - Blair	Temperatura ambiente	Temperatura ambiente
Sangue	Sorologia	2 amostras: fase aguda e con-valescente de 5 ml cada uma	1a amostra - até 5 dias 2a amostra - depois de 15 dias do início dos sintomas	Frasco com tampa de rosca	Refrigerar até 24 - 48 horas Depois congelar em freezer(- 20 ° C)	Caixa térmica com gelo
	Hemocultura	1 amostra de 20 ml	Na fase aguda	Frasco com meio de cultura	Temperatura ambiente	Temperatura ambiente

Medidas de controle:

- Desinfestação com inseticidas de grupo dos carbamatos e piretróides, de ambientes com roedores e pulgas contaminadas.
- Anti-ratização como medida preventiva. A fim de evitar a desratização, essa medida deve ser usada em último caso (diante de uma superpopulação de roedores).
- Ações educativas para evitar a proliferação de roedores próximo às residências.
- Evitar contato com roedores silvestres em áreas de foco de peste.
- Monitoramento e identificação precoce dos casos.
- Vigilância em áreas portuárias e aeroportuárias.
- Vigilância durante 7 dias de todo indivíduo que tenha ou que tenha tido contato com paciente de peste pneumônica.
- Monitoramento de roedores e pulgas contaminados por peste.

Esquema terapêutico para profilaxia

a) Forma bubônica.

Não se recomenda terapêutica profilática.

b) Forma pneumônica.

A quimioprofilaxia está indicada nos contatos diretos dos casos confirmados.

c) Nos expostos a pulgas infectadas em zonas endêmicas.

Drogas indicadas:

Sulfadiazina: 2 -3 gramas por dia divididos em 4 - 6 ingestões durante 6 dias.

Sulfametoxazol + Trimetopim: 400 mg e 80 mg, respectivamente, cada 12 horas durante 6 dias.

Tetraciclina: 1 grama por dia durante 6 dias.

12. POLIOMIELITE

Caso suspeito:

Qualquer caso de Paralisia Flácida Aguda (PFA), incluindo Síndrome de Guillain-Barre, em indivíduos menores de 15 anos sem antecedentes de trauma recente ou todo indivíduo de qualquer idade que se suspeite de poliomielite.

Caso confirmado:

Caso suspeito com ou sem paralisia residual e confirmado isolamento do poliovírus selvagem das fezes do caso ou de seus contatos.

Caso compatível:

Quando não se obteve uma amostra adequada de fezes de um caso suspeito durante as duas semanas seguintes ao início da paralisia, e apresenta paralisia residual compatível com poliomielite ao fim de 60 dias de início da PFA; ou sobrevém a morte dentro de 60 dias de início da PFA; ou não se realizou seguimento do caso.

Caso de Poliomielite Parálitica relacionada com a vacina:

Caso de PFA cuja origem se atribui ao vírus da vacina e que cumpre os quatro requisitos seguintes:

- Poliomielite clinicamente típica, incluindo as seqüelas;
- Ter recebido VPO entre 4-40 dias antes do início da paralisia;
- Isolou-se o vírus pólio vacinal em uma amostra de fezes; e
- A dose implicada deve ser de preferência a primeira.

Caso descartado:

Caso de PFA com amostras adequadamente coletadas 14 dias antes do início da deficiência motora, na qual não houve isolamento do poliovírus selvagem.

Caso PFA de poliovírus derivado da vacina (PVDV):

Poliovírus isolado que apresenta mais de 1% de diferença genética em relação ao vírus vacinal correspondente.

Diagnóstico de laboratório:

Tipo de amostra		Nº e volume da amostra	Momento de coleta	Recipiente	Conservação	Transporte
VIVOS	Fezes	1 amostra de 10 g(1 colherada)	Até 14 dias depois do início da paralisia	Frasco seco com tampa de rosca	Sob refrigeração até 3 dias. Depois deste período congelar a - 20º C	Frascos acondicionados individualmente em saco plástico lacrado. Caixa térmica com gelo em temperatura de 4-8º C
MORTOS	Fezes	1 amostra de swab retal	No momento da morte	Tubo seco com tampa de rosca	Sob refrigeração até 3 dias. Depois deste período congelar a - 20º C	Frascos acondicionados individualmente em saco plástico lacrado. Caixa térmica com gelo em temperatura de 4-8º C
	Tecidos (cérebro, medula espi-nhal)	1 amostra de cada localização (20 g)	No momento da necropsia	Histopatologia: tubos separados com solução de formol a 10% Isolamento viral: tubos separados com solução salina	Temperatura ambiente Em refrigeração até três dias. Após	Caixa de transporte Caixa térmica com gelo em temperatura de 4-8º C

Observação:

Todo caso conhecido tardiamente deve ter uma amostra de fezes coletadas até 60 dias após o início da deficiência motora.

Medidas de controle:

Segundo normativa da OPAS/OMS em cumprimento ao compromisso dos Estados Partes nos Programas de Erradicação.

13 - RAIVA HUMANA

Caso suspeito:

Toda pessoa que apresenta, como quadro clínico, síndrome neurológica aguda (encefalites) com predomínio de sinais de hiperatividade (raiva furiosa), ou síndrome parálitica (raiva muda), geralmente seguida de insuficiência respiratória, que progride para o coma e a morte, com antecedentes ou não de exposição ao vírus rábico.

Caso confirmado:

a) Laboratorial

Caso suspeito, em que se demonstre infecção por vírus rábico por meio de estudo por laboratório ou

Caso suspeito com antecedentes de exposição a animal raivoso confirmado por laboratório, com alguma das seguintes técnicas:

b) Diagnóstico ante-mortem:

- Detecção de antígeno rábico por imunofluorescência em impressão corneal ou bulbos pilosos da nuca.
- Detecção de antígeno rábico por imunofluorescência depois da inoculação de saliva em camundongos lactentes ou em cultivo celular.
- Detecção de anticorpos neutralizantes específicos para raiva em soro e/ou em LCR de uma pessoa sem antecedentes de vacinação.
- Detecção de ácido nucléico do vírus rábico por PCR em amostras de saliva ou imunofluorescência em bulbos pilosos da nuca

c) Diagnóstico post mortem:

- Detecção de antígeno rábico por imunofluorescência em amostras de tecido cerebral.
- Detecção de antígeno rábico por imunofluorescência depois da inoculação de amostras de tecido cerebral em camundongos lactentes ou em cultivo celular.

d) Clínico-epidemiológico

Todo caso suspeito, sem possibilidade de confirmação laboratorial, com antecedente de exposição a uma provável fonte de infecção, em uma zona com comprovada circulação viral.

Diagnóstico de laboratório

Tipo de amostra animal	Nº e volume de amostra	Momento de coleta	Recipiente	Conservação	Transporte
Cérebro (cabeça) do animal. Se o animal é pequeno, a amostra é o animal inteiro	Uma amostra de cada animal morto	Ao momento de morrer ou eutanásia	Duplo recipiente de metal ou plástico fechado hermeticamente	Refrigerar dentro de 24 horas; congelar se for necessária a conservação por período maior de 24 horas	Caixa térmica com gelo
Ante mortem: esfregaço corneal	1 lâmina para cada olho	Ao momento da suspeita	Porta lâmina adequada	Congelado	Caixa térmica com gelo
Biópsia cutânea	6 mm de diâmetro com 10 folículos pilosos.	Ao momento da suspeita	Gase estéril úmida em recipiente fechado hermeticamente	Refrigerado	Caixa térmica com gelo
Soro (de não vacinado) ou LCR	1 amostra de 2 ml	Ao momento da suspeita	Tubo ou frasco com tampa de rosca hermeticamente fechados; sem conservantes	Refrigerado Conservar	Caixa térmica com gelo
Post mortem Cérebro	Fragmento	Ao momento da autópsia	Recipiente duplo de metal ou	Conservar congelado	Caixa térmica com gelo seco

- Nenhuma amostra deve ser fixada em formol

Medidas de controle:

A profilaxia de raiva humana realiza-se com vacina e soro quando os indivíduos são expostos ou estão em risco de exposição ao vírus rábico por meio de mordedura, lambida de mucosa, arranhão e, excepcionalmente, por exposição respiratória a ambientes com aerossóis de vírus rábico.

Pré-exposição: indicada a pessoas que por suas atividades se expõem permanentemente ao risco de infecção pelo vírus rábico, tais como pessoal que trabalha em laboratórios de diagnóstico, produção e investigação de vírus rábico, pessoal que exerce atividade de campo, capturando, vacinando, identificando e classificando animais suscetíveis de portar o vírus.

Pós-exposição: para a indicação da profilaxia é importante considerar:

- espécie de animal envolvido
- natureza da exposição
- circunstâncias da exposição
- observação do animal
- as condições ou antecedentes do animal agressor

A profilaxia realiza-se com vacina anti-rábica, podendo utilizar-se Fuenzalida Palácios (F.P.) ou cultivo celular. A indicação do esquema profilático far-se-á de acordo com a situação epidemiológica de cada país.

14. RUBÉOLA E SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÊNITA (SRC)

RUBÉOLA

Caso suspeito:

Todo indivíduo com doença aguda febril e erupção morbiliforme habitualmente acompanhada por adenomegalias, independentemente da situação vacinal.

Caso confirmado:

a) Por laboratório:

Caso suspeito confirmado por alguma das seguintes determinações:

- Presença de IgM específica;
- Aumento de título de IgG em amostras pareadas;
- Isolamento viral; ou

b) Por nexa epidemiológico com caso confirmado por laboratório.

SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÊNITA (SRC)

Caso suspeito:

Todo recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito ou confirmado de rubéola ou contato de caso confirmado de rubéola durante a gestação, ou toda criança até 12 meses de idade que apresenta sinais clínicos compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola, independentemente da história materna.

Caso confirmado:

Por laboratório:

Todo caso suspeito confirmado laboratorialmente por prova sorológica ou isolamento viral e que apresente sinais clínicos específicos da síndrome.

Por clínica:

Um caso clinicamente confirmado, é aquele que apresenta pelo menos duas das complicações mencionadas no item "a" ou pelo menos uma do item "b" e para o qual não se obteve amostra biológica para confirmação de laboratório.

a) Catarata e/ou glaucoma congênito, enfermidade cardíaca congênita, perda da audição, retinopatia pigmentária.

b) Púrpura, esplenomegalia, microcefalia, retardo mental, meningoencefalite, radiotransparência óssea nas metáfises, icterícia nas 24 horas depois do parto.

Diagnóstico de laboratório:

Tipo de amostra	Nº e volume de amostra	Momento de coleta	Recipiente	Conservação	Transporte
Sangue(sorologia)	1 amostra de 5 - 10 ml	No momento da primeira consulta (se for negativo repetirem uma semana) e até 28 dias.	Tubo sem anticoagulante	Depois da separação do soro, refrigerar até 48 horas. Depois a - 20º C	Em caixa térmica com gelo

Secreção nasofaríngea	3 swabs de secreção nasofaríngeas ou 3	Até o 5º dia de início dos sin-tomas	Frasco com meio de cultivo apro-	Até 48 horas refrigerar, depois conservar em freezer a - 70°C	Caixa térmica com gelo seco
-----------------------	----------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------------------------------	-----------------------------

Medidas de controle

- Vacinação universal no primeiro ano de idade e reforço quando do ingresso es c o l a r.

15. SARAMPO

Caso suspeito:

Toda pessoa que apresenta febre e exantema máculo-papular, acompanhado por uma ou mais das seguintes manifestações: tosse, coriza, conjuntivite.

Caso confirmado:

Caso suspeito confirmado por:

a) Laboratório por algumas das seguintes técnicas:

- Detecção de IgM por ELISA de captura;
- Quaduplicação de títulos de IgG em soros pareados;
- Isolamento viral; ou
- PCR.

b) Nexo epidemiológico com um caso confirmado por laboratório.

Diagnóstico de laboratório:

Tipo de amostra	No e volume da amostra	Momento de coleta	Recipiente	Conservação	Transporte
1. Sanguea) Sorologia	2 amostras de 5 ml	Depois do 5o dia do início dos sin-tomas e 15 a 20 dias para 2a amostra	Tubo ou frasco com tampa de rosca hermeticamente fechado sem anticoagulante	Refrigerado	Caixa térmica com gelo comum
b) Isolamento Viral	Uma amostra de 4 a 10 ml	Antes do 5o dia do início dos sintomas	Tubo ou frasco com tampa de rosca hermeticamente fechado sem anticoagulante	Refrigerado	Caixa térmica c/ gelo seco ou Balão para Nitrogênio líquido
2. Urina	Uma amostra de 15 a 100 ml	Antes do 5o dia do início dos sintomas	Tubo ou frasco estéril	Centrifugar e congelar a - 70o C	Caixa térmica c/ gelo seco ou Balão para Nitrogênio líquido
3. Secreção nasofaríngea	Swab de garganta	Até 3 dias depois do início dos sin-tomas	Tubo que contém o meio de transporte viral	Refrigerar	Caixa térmica com gelo seco

Medidas de controle:

Conforme a normativa da OPAS/OMS em cumprimento do compromisso dos Estados Partes nos Programas de Eliminação/Erradicação.

16. SÍFILIS CONGÊNITA

Caso suspeito:

a) Toda criança nascida de mãe com sífilis confirmada e/ou

b) Toda criança com alterações de ossos longos e/ou deformidades dentárias e/ou coriza sero-sanguinolenta e/ou hepatoesplenomegalia e/ou lesões típicas de pele, sempre que se tenha descartado abuso sexual e/ou atividade sexual.

Caso confirmado:

- a) Todo aborto ou natimorto de mãe com sífilis e/ou
- b) Todo recém-nascido de mãe com sorologia não-treponêmica reativa para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizado no pré-natal no momento do parto, que não tenha sido tratado ou tenha recebido tratamento inadequado.
- c) Todo recém-nascido com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não-treponêmicos e/ou testes não-treponêmicos reativos até 6 meses e/ou testes treponêmicos maiores que os da mãe.
- d) Toda criança com mais de 18 meses de idade, com teste não-treponêmico reativo e evidência clínica, em líquido cefalorraquidiano ou radiológico de sífilis congênita; em caso de evidência somente sorológica, deve-se descartar a possibilidade de atividade sexual.
- e) Toda situação de evidência de *T. pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão de pele, biópsia ou necropsia da criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

Diagnóstico de laboratório:

- Microscopia direta:

A identificação do *T. pallidum* confirma o diagnóstico. A microscopia de campo escuro é a maneira mais rápida e eficaz para identificar o treponema, que se apresenta móvel.

- Provas sorológicas em sangue ou no líquido cefalorraquidiano (LCR):

O diagnóstico sorológico baseia-se fundamentalmente em reações não-treponêmicas ou cardiolipínicas e reações treponêmicas.

A prova de eleição para a rotina é a reação de VDRL. Rotineiramente, é utilizada a FTA-abs, que tem alta sensibilidade e especificidade, sendo o primeiro a positivar na infecção.

Medidas de Controle:

- Tratamento para sífilis congênita no período neonatal ou pós neonatal: em presença ou não de alterações, no líquido cefalorraquidiano, clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, indicar tratamento com penicilina, de acordo com o consenso de especialistas de cada Estado Parte e Associados.

- Interromper a cadeia de transmissão por meio de procedimentos padronizados (estudos de contato, diagnóstico e tratamento adequados etc.)

- Definir protocolos de vigilância e controle, juntamente com os programas de saúde da mulher, da criança e das DST, e desenvolver os sistemas de vigilância locais.

- Definir protocolos de vigilância e controle, juntamente com todos os programas para realizar investigação de toda pessoa com DST/HIV/AIDS.

- Promover o uso de preservativos.

17. SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA SEVERA

Foi incluída como patologia de notificação obrigatória pelo Regulamento Sanitário Internacional (SRI) de 2005, utilizando-se para notificação entre os Estados Partes do MERCOSUL a definição de caso proporcionada pela OMS, como se menciona no Anexo 2 ao citado Regulamento

18. TÉTANO NEONATAL

Caso suspeito:

- Todo recém-nascido que nasce bem e suga a mama normalmente e que entre o 2º e o 28º dia de vida apresenta dificuldades para sugar, choro constante e irritabilidade; ou - Morte por causa desconhecida em recém nascido entre o 2º e o 28º dia de vida.

Caso confirmado:

Todo caso suspeito, associado a manifestações clínicas, como:

trisma, riso sardônico, opistótonos, crises de contraturas, rigidez de nuca. Nem sempre se observam sinais inflamatórios no cordão umbilical.

O diagnóstico é eminentemente clínico, não havendo necessidade de confirmação laboratorial.

Medidas de controle:

Vacinação de 100 % das mulheres em idade fértil, gestantes ou não.

19. VARÍOLA

Foi incluída como patologia de notificação obrigatória pelo Regulamento Sanitário Internacional (2005), utilizando-se para a notificação entre os Estados Partes do MERCOSUL a definição de caso proporcionada pela OMS, como se menciona no Anexo 2 ao citado Regulamento. Diagnóstico laboratorial

Foi incluída como patologia de notificação obrigatória pelo Regulamento Sanitário Internacional (2005), utilizando-se para a notificação entre os Estados Partes do MERCOSUL a definição de caso da OMS como se encontra no Anexo 2 ao referido Regulamento.

Existem vários métodos para a confirmação diagnóstica da varíola; alguns são específicos para a identificação do vírus da varíola; outros, para a identificação de Orthopoxvirus em geral. Podem ser submetidos a exame, raspado de lesões de pele (pápulas, vesículas, pústulas e crostas) e amostras de sangue coletadas pelo profissional da saúde, vacinado contra a varíola e devidamente protegido com equipamento de proteção individual (jalecos, máscara, óculos e luvas) e manipulados em ambiente de controle de risco biológico.

As amostras podem ser examinadas por microscopia eletrônica, para a identificação de vírions, e o antígeno viral pode ser identificado por imuno-histoquímica. A reação em cadeia da polimerase (PCR) para o gênero Orthopoxvirus pode detectar o vírus variólico antes do início dos sintomas.

As provas sorológicas (Elisa, IFI), não identificarão a espécie do vírus e o pareamento das amostras está indicado para diferenciar uma infecção recente de uma vacinação passada. Os métodos sorológicos, para detecção de IgM específica, estão sendo aprimorados de forma a aumentar a sensibilidade e especificidade. O isolamento viral em cultivo celular ou em membranas corioalantóicas são considerados padrão-ouro (gold standard) para a identificação do vírus.

IV. Periodicidade da notificação - Imediata: aqueles casos confirmados com maior potencial epidêmico (cólera, peste, SARS, varíola, gripe humana por novos subtipos, pólio, sarampo) e todo surto de enfermidade ou síndrome ou evento de saúde pública de importância internacional.

- Mensal: consolidação dos eventos prioritários do MERCOSUL.

V. Formatos de notificação

- Para os eventos de notificação imediata (ENI) a informação deve conter as seguintes variáveis:

1. Evento, enfermidade ou síndrome;
2. Agente e variação genética, em caso que se tenha identificado;
3. Lugar (município) e data de início do surto;
4. Número de casos e falecidos;
5. Caracterização dos afetados (sexo, idade, outros de interesse epidemiológico);
6. Fonte e modo de transmissão ou mecanismo de propagação (em casos de agente não-biológico);
7. Fatores relacionados ou associados a ocorrência do evento; e
8. Medidas de controle adotadas.

- Para o intercâmbio entre os países e para a consolidação mensal de dados de cada país, a informação deve conter as seguintes variáveis:

1. Frequência de casos mensais de cada doença por Estados/Províncias/Departamentos/ Regiões e total do país.
2. Frequência de casos mensais de cada doença dos Municípios priorizados.

Observação: os países deverão enviar os dados anualmente de população dos Estados/Províncias/Departamentos/Regiões e Municípios priorizados.

VI. Modelos de formatos de notificação

MERCOSUL

FORMATO DE INFORME DE SURTO OU EVENTO DE SAÚDE DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL

PAÍS:

Surto de [EVENTO DE SAÚDE] na localidade [LOCALIDADE],

Província/Dpto, Estado/Região de [PROVINCIA/ DPTO/

ESTADO/ REGIÃO], [MÊS e ANO ou PERÍODO DE TEMPO].

Na data [DATA do INFORME] notifica-se a ocorrência de

[NÚMERO de CASOS] de [EVENTO DE SAÚDE] com apresentação de [SINAIS E SINTOMAS PRINCIPAIS], nas localidades, unidades

e/ou dependência(s) de [LOCALIDADE/UNIDADE/DEPENDÊNCIA] com uma população de [POPULAÇÃO] na localidade de

[LOCALIDADE] de [Nº HABITANTES] habitantes. Os casos ocorreram entre a [DATA INÍCIO, SEMANA EPIDEMIOLÓGICA] e

[DATA FIM ou HOJE PARA SURTOS EM CURSO]. A zona é predominantemente [URBANO/RURAL/E OUTROS] e anteriormente

ocorreram surtos ocasionalmente de [SURTOS PRÉVIOS].

A característica mais importante dos casos é [CARACTERÍSTICA DE PESSOA].

Destes casos, [Nº ÓBITOS] morreram e [Nº HOSPITALIZADOS] precisaram de hospitalização, os casos foram tratados com

[TERAPÊUTICA], depois do que evoluíram [EVOLUÇÃO]

Coletaram-se [Nº AMOSTRAS] amostras de [TIPO DE AMOSTRAS] que foram enviadas ao [LABORATORIO] para processamento.

Confirmou-se ou se suspeita de [ETIOLOGIA, CARACTERIZACAO GENÉTICA].

A investigação epidemiológica indica que o surto foi causado por [POSSÍVEL MECANISMO, FONTE, FATORES DE EXPOSIÇÃO].

As ações de controle adotadas foram [AÇÕES]

VII. Análise da informação

a) Segundo lugar e tempo:

- Mapas de áreas com desagregação, definidos até o nível de Província/Estado/Departamento/Região.

- Cartograma com os casos de todos os eventos prioritários para o MERCOSUL ocorridos nos Estados fronteiriços e nos Municípios priorizados.

b) Análise de tendências.

- Um gráfico de linha (taxas segundo o ano-desde 1999-) para cada doença que contenha todos os países e a região do MERCOSUL.

- Um gráfico de linha para o ano atual (taxa mensal) para cada doença que contenha todos os países e a região.

- Tabela de comparação das taxas com anos anteriores por patologia e país segundo a freqüência da doença para se observar mudanças estatisticamente significativas.

c) Análise dos Eventos de Notificação Imediata (ENI):

- Cartograma para localização dos eventos de notificação imediata ou de importância internacional de saúde pública com breve descrição epidemiológica.

VIII. Atualização da informação

- Mensal e

- Imediata para os ENI.

IX. Divulgação da informação

a) POR MEIO DA PÁGINA WEB DE ACESSO LIVRE:

1. Boletim mensal: situação dos eventos prioritários para o MERCOSUL.

2. Boletim anual sobre a situação dos eventos prioritários para o MERCOSUL.

3. Informes técnicos sobre os ENI ou de saúde pública de importância internacional.

4. Informes técnicos sobre os eventos relevantes para a região do MERCOSUL.

5. Apresentações com mapas, tabelas, gráficos.

b) POR MEIO DE CORREIOS ELETRÔNICOS PARA OS COORDENADORES DA COMISSAO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE CADA PAÍS:

1. Boletim mensal: situação dos eventos prioritários para o MERCOSUL.
2. Informes técnicos sobre os ENI ou de saúde pública de importância internacional.
3. Informes técnicos sobre os eventos relevantes para a região do MERCOSUL.

X. Gerenciamento da informação

- Será definido a cada dois anos o país responsável pelo gerenciamento da informação.