



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/SP
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS - CCD
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - CVE
DIVISÃO DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR – DDTHA
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar – sala 607
São Paulo, SP CEP 01246-001

Telefone (0XX11) 3081.9804 Fax (0XX11) 3066.8258 / 3082.9359 / 3082.9395

DOCUMENTO TÉCNICO

Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Água e Alimentos – ROTINA OPERACIONAL

BOTULISMO (A05.1) – DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA

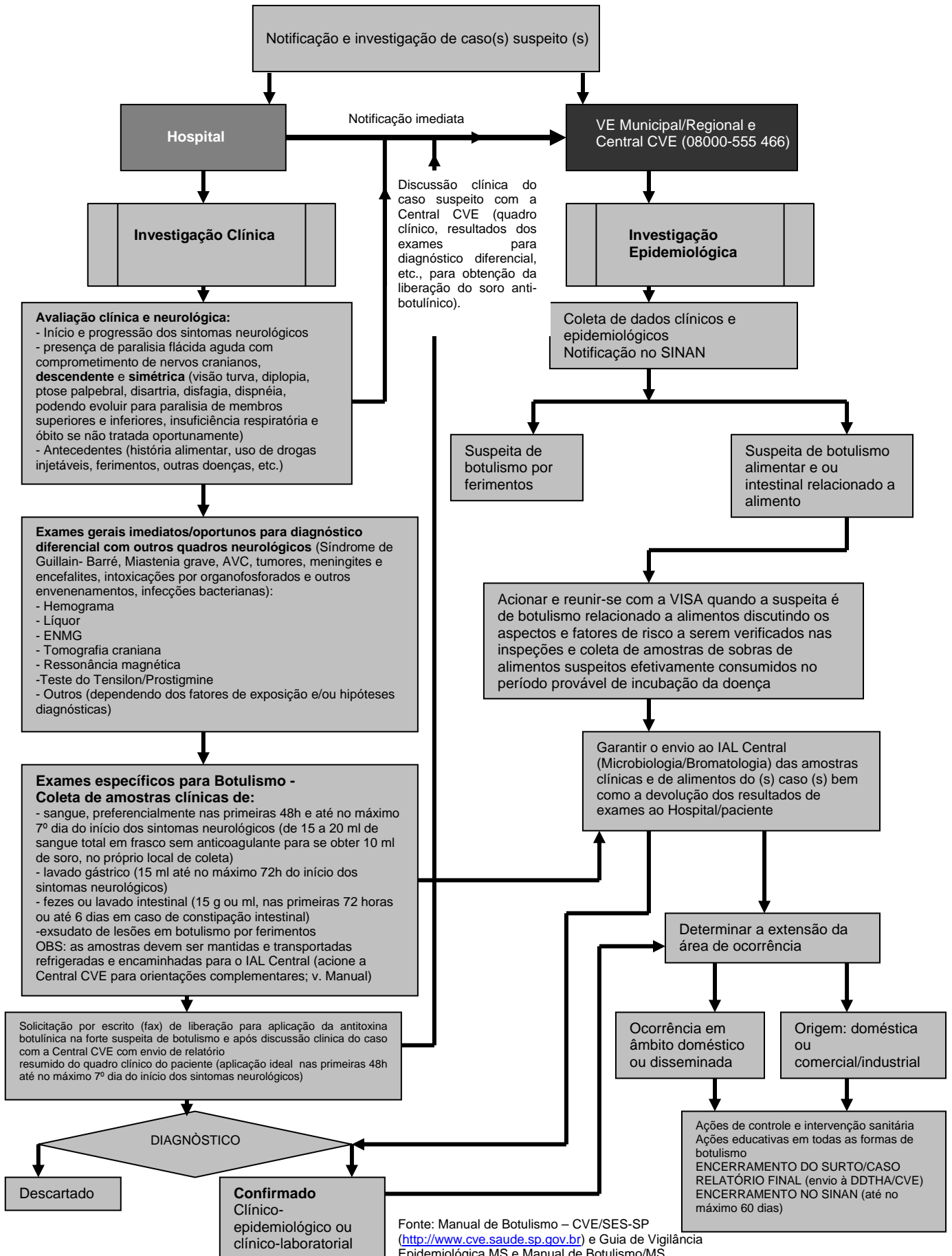
(Portaria MS Nº 5, 21 de fevereiro de 2006 e Resolução SS-20, 22 de fevereiro de 2006)

- DOENÇA DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA -

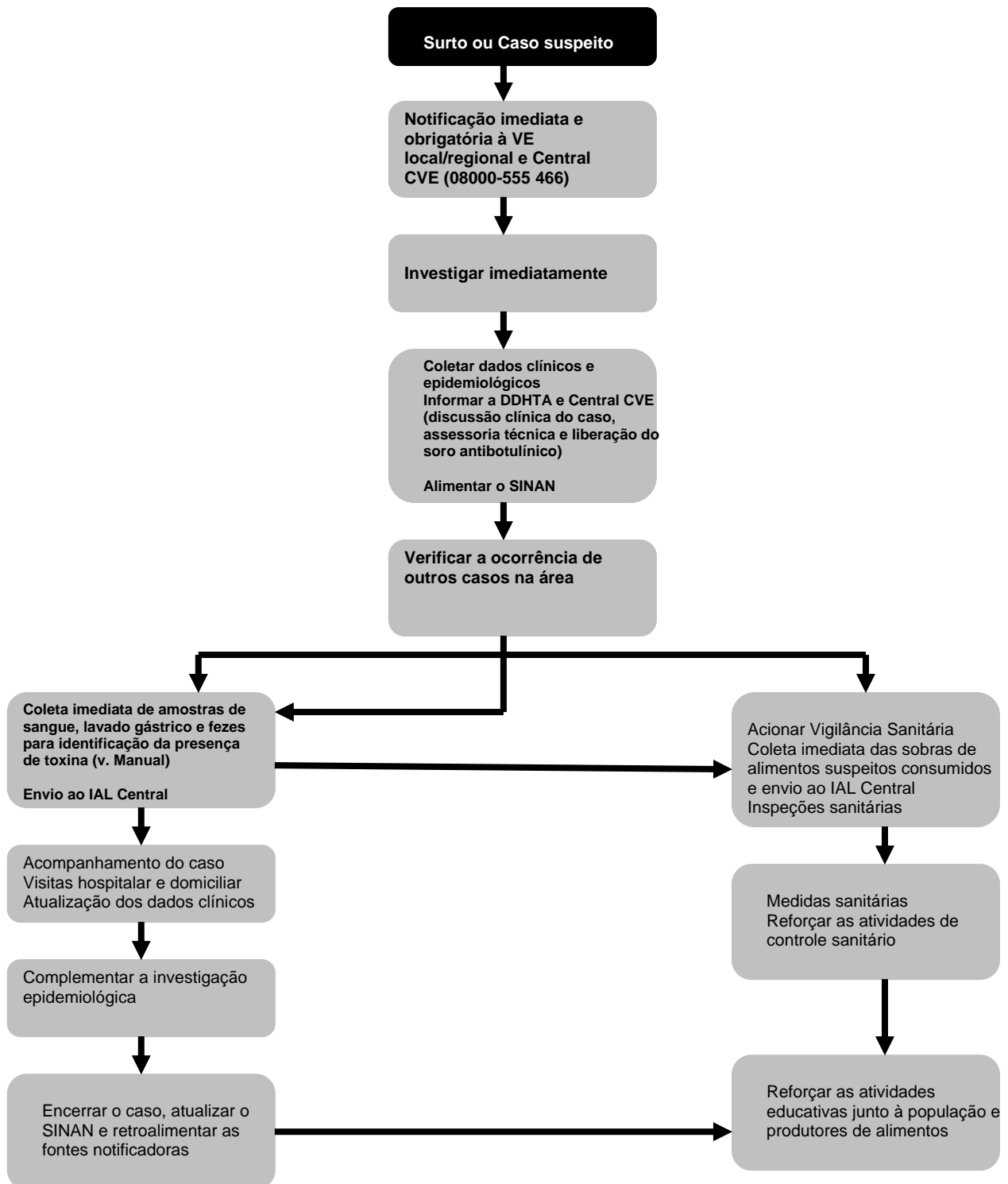
Última atualização em maio de 2008

São Paulo
Janeiro 2008

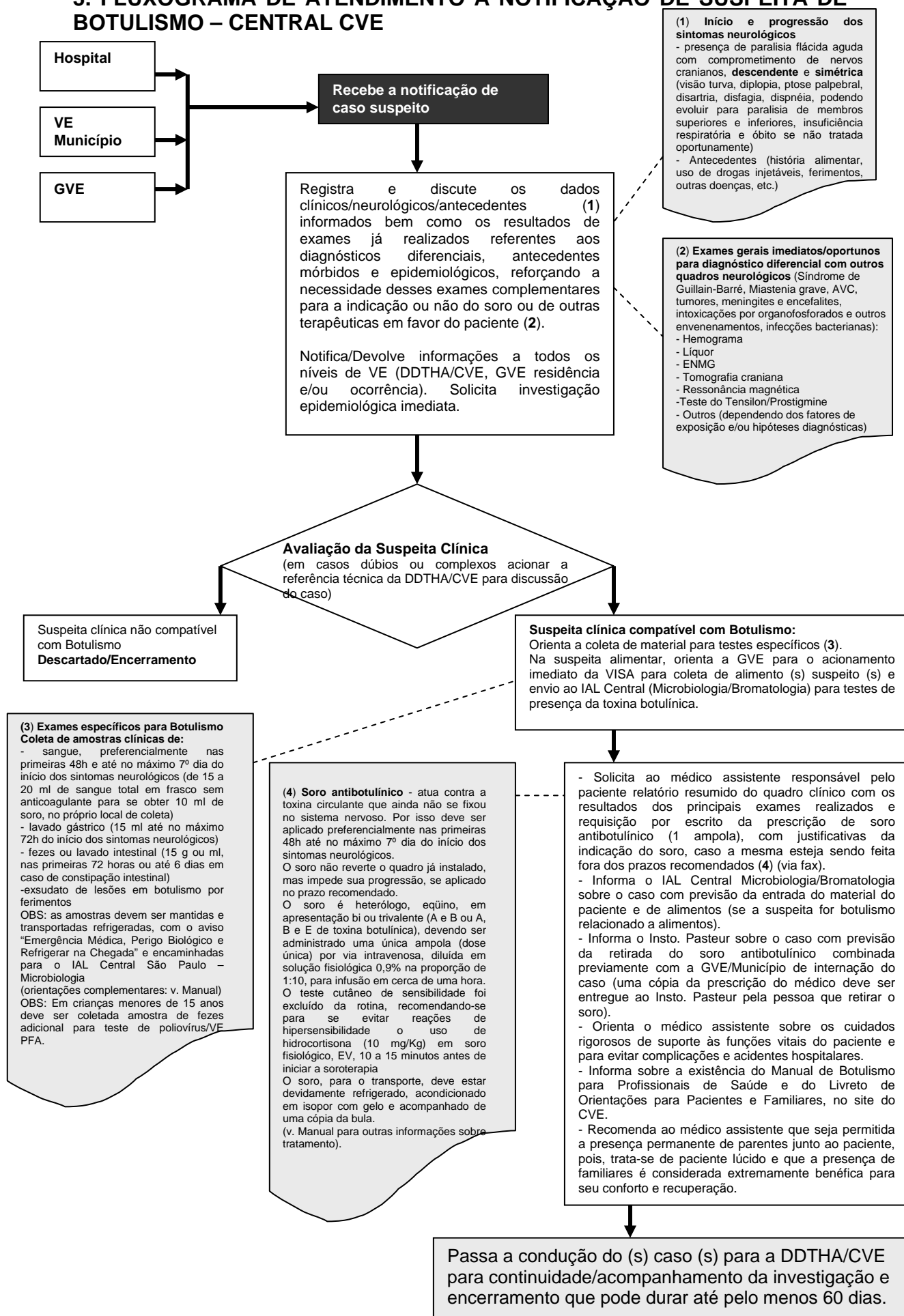
1. ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA E ACOMPANHAMENTO DE CASO DE BOTULISMO (NVE HOSPITALAR/VE MUNICIPAL/GVE)



2. RESUMO DA INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS/SURTO DE BOTULISMO

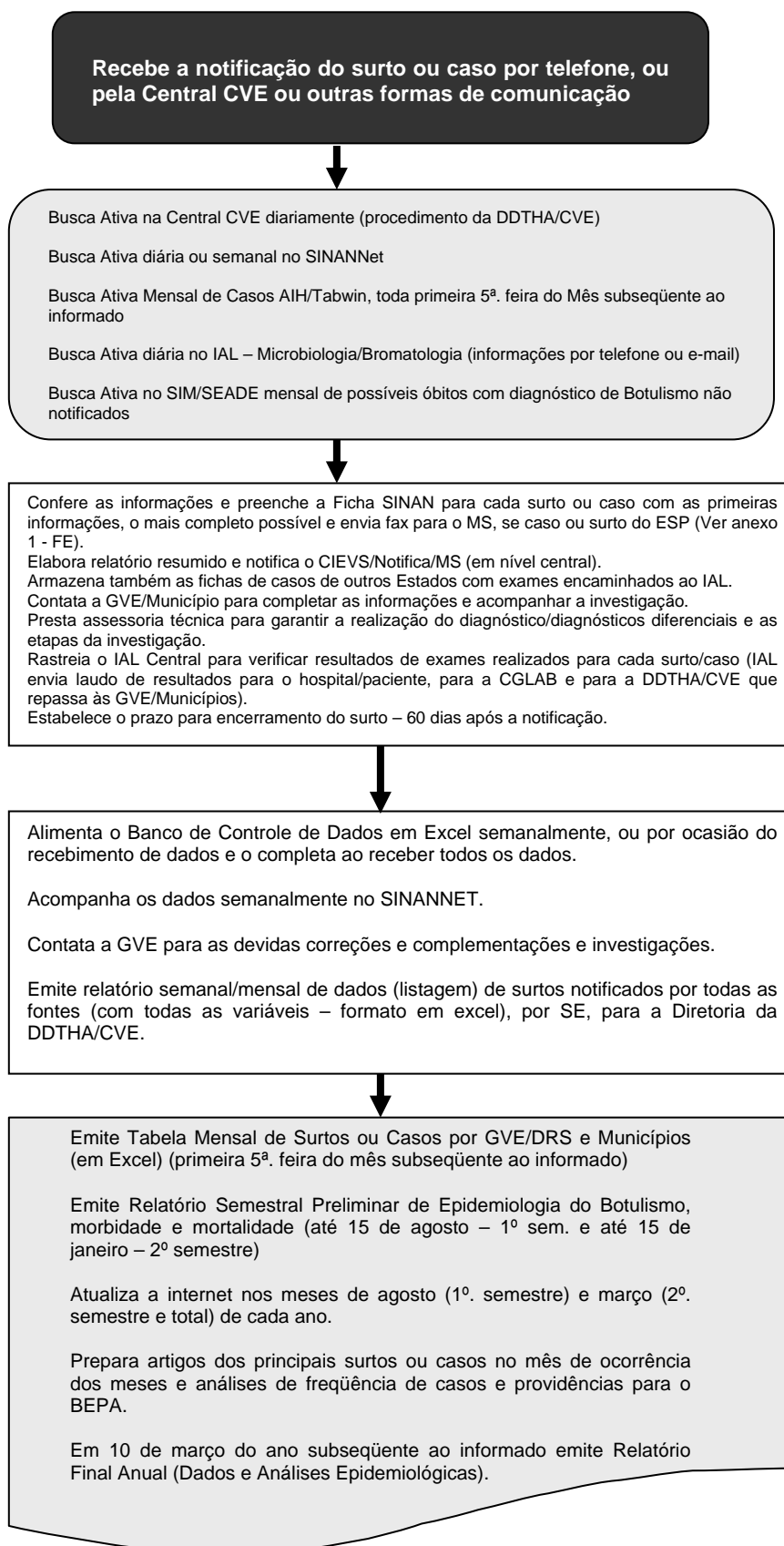


3. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE BOTULISMO – CENTRAL CVE



4. PROCEDIMENTOS DE ROTINA PARA CAPTAÇÃO DE CASOS E ARMAZENAMENTO DE DADOS EM NÍVEL REGIONAL E CENTRAL DE VE

a. Da Notificação de Surtos e Casos e Buscas Ativas



b. Armazenamento de documentos do sistema (em nível central, com sugestão para que os níveis regionais e locais assim organizem o armazenamento de dados)

- Guardar os documentos sobre os fluxos, atividades e impressos – documentação do sistema, entrada dos dados (Banco EpiInfo ou excel), comandos de busca no SINAN NET, etc..
- Guardar as Fichas Epidemiológicas de Botulismo, por ordem numérica de entrada no BD de Controle de Casos (Registro Seqüencial Geral e por ano) e ficha de digitação completa do surto/caso encerrado, com documentos, relatórios, laudos do IAI, da Vigilância Sanitária, etc.. Solicitar a correção no SINANNet, quando necessário por meio de Alerta à GVE.
- Armazenar as FE em Caixas Arquivos identificadas pelo Ano e respectivos documentos.
- Armazenar os relatórios de dados e análises mês e ano em pasta, além dos armazenamentos em computador/CDs/Disquetes, etc..

Maiores informações sobre botulismo são encontradas nos Manuais para Profissionais de Saúde e Livreto para pacientes e familiares no site do CVE: <http://www.cve.saude.sp.gov.br>, em Doenças Transmitidas por Água e Alimentos. Consultar também o Guia de Vigilância Epidemiológica e o Manual de Botulismo do MS.

Documento elaborado pela Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar em Janeiro de 2008, e atualizado em 28/maio/2008.

Anexo 1 – Ficha Epidemiológica de Botulismo (SINAN Net)



Nº _____

CASO SUSPEITO DE BOTULISMO ALIMENTAR E/ OU POR FERIMENTOS: Paralisia flácida aguda, simétrica, descendente, com preservação do nível de consciência, caracterizado por um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: visão turva, diplopia, ptose palpebral, boca seca, disartria, disfagia ou dispnéia. A exposição a alimentos potencialmente suspeitos para presença da toxina botulínica nos últimos dez dias ou história de ferimentos nos últimos 21 dias reforça a suspeita.

CASO SUSPEITO DE BOTULISMO INTESTINAL: Criança < 1 ano com paralisia flácida aguda de evolução insidiosa e progressiva que apresente um ou mais dos seguintes sintomas: constipação, sucção fraca, disfgia, choro fraco, dificuldade de controle dos movimentos da cabeça. Adulto que apresente paralisia flácida aguda, simétrica, descendente, com preservação do nível de consciência, caracterizado por um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: visão turva, diplopia, ptose palpebral, boca seca, disartria, disfagia ou dispnéia na ausência de fontes prováveis de toxina botulínica como: alimentos contaminados, ferimentos ou uso de drogas.

NOTA: A exposição a alimentos com risco para presença de esporo de C. botulinum (ex. mel, xaropes de milho), reforça a suspeita em menores de um ano de idade.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual																										
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação																									
	BOTULISMO		A 05.1																											
Dados Gerais	4	5	Município de Notificação		Código (IBGE)																									
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas																									
	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento																										
Notificação Individual	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor																						
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 9 - Ignorado	5 - Não 6 - Não se aplica	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado																								
	14	Escolaridade																												
	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica																													
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe																										
	17	18	Município de Residência		Código (IBGE)	19	Distrito																							
	20	Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código																								
	22	23	Número Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1																									
	25	Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP																								
	28	(DDD) Telefone		29	Zona	30 País (se residente fora do Brasil)																								
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado																													
Dados Complementares do Caso																														
Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da Investigação		32	Ocupação	33	Data do 1º Atendimento																							
	34	Nº Total de Atendimentos até a Suspeição Clínica				35	Data da Suspeição Clínica																							
	36	Ocorreu Hospitalização		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		37	Data da Internação	38	Data da Alta Hospitalar																					
	39	40	Município do Hospital		Código (IBGE)	41	Nome do Hospital																							
Dados Clínicos	42	Sinais e Sintomas			43			Exame Neurológico																						
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado																									
	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Tontura	<input type="checkbox"/> Visão Turva	<input type="checkbox"/> Diplopia	<input type="checkbox"/> Disartria	<input type="checkbox"/> Disfonia	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Boca Seca	<input type="checkbox"/> Ferimento	<input type="checkbox"/> Flacidez de Pescoço	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória	<input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Parestesia, onde: _____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Ptose Palpebral	<input type="checkbox"/> Oftalmoparesia / Oftalmoplegia	<input type="checkbox"/> Midríase	<input type="checkbox"/> Paralisia Facial	<input type="checkbox"/> Comprometimento da Musculatura Bulbar	<input type="checkbox"/> Fraqueza em Membros Sup.	<input type="checkbox"/> Fraqueza em Membros Inf.	<input type="checkbox"/> Fraqueza Descendente	<input type="checkbox"/> Fraqueza Simétrica
44	Reflexos Neurológicos																													
1 - Normais 2 - Aumentados 3 - Reduzidos/Ausentes 9 - Ignorado																														

Fonte de Transmissão

45 Suspeita de Transmissão Alimentar? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

46 Se Sim, qual Alimento Suspeito _____

47 Produção do Alimento Suspeito Industrial/Comercial Caseira

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

48 Se Industrial/Comercial, Especificar: Marca, Data de Validade e Lote _____

49 Exposição ao Alimento 1 - Única 2 - Múltipla 9 - Ignorado

50 Se Única, tempo decorrido entre ingestão e início dos sintomas _____ Horas

51 Se Múltipla, tempo decorrido entre a primeira ingestão e o início dos sintomas _____ Horas

52 Se Múltipla, tempo decorrido entre a última ingestão e o início dos sintomas _____ Horas

53 Local da Ingestão 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Domicílio Creche/Escola Trabalho Restaurante/Bar/Lanchonete Festa Outro: _____

54 UF _____ 55 Município onde Ingeriu o Alimento suspeito _____ Código (IBGE) _____

56 Número de Pessoas (comensais) que Consumiram o Alimento Suspeito _____

Tratamento

57 Tratamento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Assistência Ventilatória Antibioticoterapia

Soro Antibotulínico Outro _____

58 Se Recebeu Soro Antitoxinico, Data da Administração _____

59 Se Recebeu Soro Antitoxinico, foi após a Coleta de Material Clínico?

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

D: dos do Laboratório

60 Pesquisa de Toxina Botulínica

Material	Coletou Material? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Data da Coleta	Resultado	Tipo de Toxina
Soro	<input type="checkbox"/>	_____	1- Presença de toxina 2- Ausência de toxina 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	(1-A,2-B,3-AB,4-E,5-F,6-G,7-Outra, 9-Ign)
Fezes	<input type="checkbox"/>	_____		
Alimento 1: _____	<input type="checkbox"/>	_____		
Alimento 2: _____	<input type="checkbox"/>	_____		
Outros: _____	<input type="checkbox"/>	_____		

Exames Complementares

61 Líquor 1 - Realizado 2 - Não Realizado

62 Data da Coleta _____

63 Número de células / mm³ _____

64 Proteínas mg% _____

Eletroneuromiografia

65 Eletroneuromiografia 1 - Realizada 2 - Não Realizada

66 Data da Realização _____

67 Neurocondução Sensitiva

1 - Normal 2 - Diminuição de Amplitude 3 - Lentificações

68 Neurocondução Motora

1 - Normal 2 - Diminuição de Amplitude 3 - Lentificações

69 Estimulação Repetitiva

1 - Normal 2 - Decremento (freq baixa) 3 - Incremento (freq alta)

Conclusão

70 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado (especificar outro agente) _____

71 Critério de Confirmação / Descarte

1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico

72 Forma de Botulismo 1 - Alimentar 2 - Intestinal 3 - Por ferimento 4 - Outra _____

73 Presença de Toxina Botulínica na Amostra: Clínica Bromatológica

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

74 Tipo de Toxina Isolada na Amostra Clínica Bromatológica

1 - A 3 - AB 5 - F 7 - Outra
2 - B 4 - E 6 - G 9 - Ignorado

75 Qual a causa / Alimento Incriminado / Alimento Potencialmente Suspeito _____

76 Doença Relacionada ao Trabalho

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

77 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito por botulismo 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

78 Data do Óbito _____

79 Data do Encerramento _____

Informações complementares e observações

Descrever alimentos potencialmente suspeitos para botulismo, ingeridos nos últimos 10 dias anteriores ao início dos sintomas

Tipo de Alimento _____ Local de Consumo _____

Observações Adicionais _____

Investigador

Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____