

DIP | SCIH | SANTA CASA | UFCSPA

em parceria com SCIH/HCC

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE [www.santacasa.tche.br](http://www.santacasa.tche.br)

Rua Prof. Annes Dias, 135. Porto Alegre, RS. Fone: 3214-8080

UNIV. FED. CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE [www.ufcspa.edu.br](http://www.ufcspa.edu.br)

Rua Sarmento Leite, 245. Porto Alegre, RS. Fone: 3303-9000

SCIH & DISCIPLINA E SERVIÇO DE INFECTOLOGIA

# Doenças Tropicais

durante a Copa do Mundo da FIFA 2014



Irmandade da Santa Casa  
de Misericórdia de Porto Alegre

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE & UFCSPA  
em parceria com SCIH/HCC

Porto Alegre, maio de 2014

Ana Sandri, Marília Santos Severo, Teresa Sukiennik, Alessandro Pasqualotto, Ronaldo Hallal, Paulo Behar  
O documento original, do Serviço de Controle de Infecção do Hospital da Criança Conceição (SCIH/HCC), coordenado por Márcia Marquesan, foi revisado pela Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis. EVDT/CGVS/SMS/POA

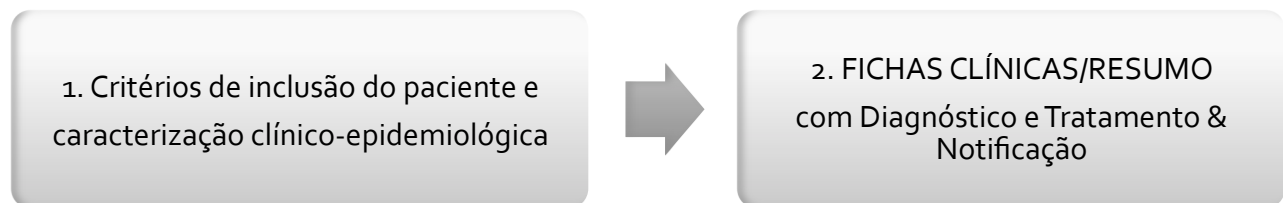
## Tábua de Conteúdos

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Atendimento de paciente de contexto vinculado à copa do mundo FIFA 2014 .....</b>                            | <b>2</b>  |
| Países envolvidos com a Copa 2014 no RS e suas doenças transmissíveis principais.....                           | 2         |
| Outras Doenças e Agravos possíveis em pacientes procedentes de outros países.....                               | 3         |
| Doenças e Agravos possíveis em pacientes procedentes de outros estados do Brasil. Error! Bookmark not defined.  |           |
| Doenças e Agravos possíveis em pacientes procedentes do RS.....   | 3         |
| Período de tempo previsto para a aplicação deste plano .....  | 3         |
| Fluxos da SMS para doenças exantemáticas, SRAG, influenza, dengue e malária .....                               | 4         |
| <b>1. Plantão de sobreaviso por telefone dos Professores da DIP e Notificação ao SCIH.....</b>                  | <b>7</b>  |
| <b>2. Critérios de inclusão do paciente no contexto deste plano e sua caracterização clínico-epidemiológica</b> | <b>8</b>  |
| Critério por sinais e sintomas + dado epidemiológico.....   | 8         |
| Critério por síndrome clínica + dado epidemiológico.....  | 9         |
| <b>3. Fichas clínicas de resumo sobre diagnóstico e tratamento e sobre precauções .....</b>                     | <b>10</b> |
| cólera.....   | 11        |
| dengue.....   | 12        |
| febre amarela.....  | 13        |
| febre chinkungunya .....  | 14        |
| febre do oeste do Nilo .....  | 15        |
| febre hemorrágica Ebola.....  | 16        |
| febre Zika.....   | 17        |
| infecção aguda pelo HIV / síndrome retroviral aguda: profilaxia pré-exposição.....                              | 18        |
| exposição de risco ao HIV: profilaxia pós-exposição .....   | 19        |
| influenza .....   | 20        |
| A(H1N1), A(H3N2) e B: atualmente em circulação global.....  | 20        |
| A(H1N1)pdm09 [pandemia 2009-2010] .....   | 20        |
| malária.....  | 21        |
| poliomielite.....   | 22        |
| sarampo.....  | 23        |
| síndrome respiratória por coronavírus do Oriente Médio (MERS-CoV) .....   | 24        |

## Atendimento de paciente de contexto vinculado à copa do mundo FIFA 2014

Em parceria com o Serviço de Controle de Infecção do Hospital da Criança Conceição (SCIH/HCC) que já estava trabalhando em cooperação com a Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis da Secretaria Municipal da Saúde do Porto Alegre (EVDT / CGVS / SMS / POA), a Disciplina e Serviço de Infectologia da UFCSPA e Santa Casa, **trabalhou sobre o documento original do HCC**, como parte do seu Plano de Contingência de Atendimento de Múltiplas Vítimas, no que diz respeito às Doenças Infecciosas Transmissíveis, para, adaptado ao contexto da Santa Casa, poder também ser útil nesta instituição.

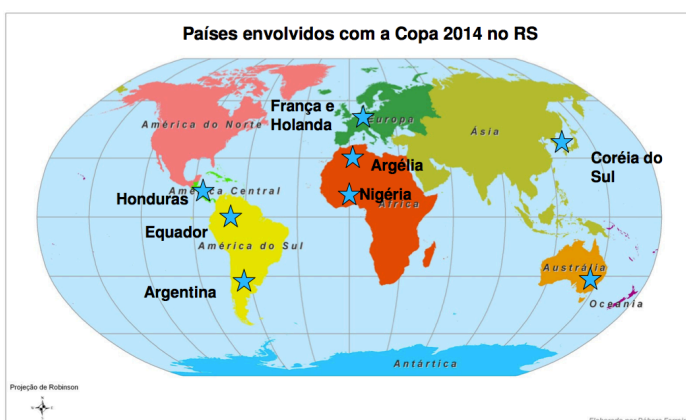
O objetivo deste documento é disponibilizar uma ferramenta prática de caracterização do paciente como pertencendo a este contexto de risco de aquisição de doença transmissível aos profissionais da saúde do Hospital, para em um segundo passo contar com elementos clínicos e epidemiológicos que o ajudem a fazer hipóteses diagnósticas das doenças elencadas pela SMS como sendo as mais prováveis, segundo os países de origem e segundo a epidemiologia do seu território<sup>1</sup>. Por fim, o documento dá orientações do encaminhamentos do ponto de vista diagnóstico, terapêutico e de notificação destes pacientes.



O início da aplicação deste plano se relaciona à data do início da Copa no Brasil, 12/06/2014, particularmente à data do início em Porto Alegre, 15/06/2014. Nesta capital, os locais de maior probabilidade de ocorrência de transmissão são aeroporto, rodoviária, hotéis, o Estádio Beira-Rio, o Anfiteatro Pôr do Sol por ocasião do Fan Fest e o Acampamento Farroupilha no Parque Harmonia e demais locais de encontro social. Todo o período da Copa do Mundo, até 15/07/2014 além do período de mais um mês, por segurança, e com base nos períodos de incubação das doenças elencadas pela SMS, fica estabelecido como o período de aplicação deste Plano de Contingência.

**Nenhuma rotina, plano, protocolo ou manual substitui a avaliação minuciosa e apropriada do paciente nem tampouco o raciocínio clínico. O presente texto se propõe a servir de ferramenta, lembrete, resumo que junto à avaliação apropriada do paciente auxilie no manejo diagnóstico e terapêutico, assim também como no fluxo de encaminhamento da notificação à Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis.**

### Países envolvidos com a Copa 2014 no RS e suas doenças transmissíveis principais



### Outras Doenças e Agravos possíveis em pacientes procedentes de outros países

Além das Doenças Infecciosas descritas acima, há potencial risco também para **FEBRE HEMORRÁGICA EBOLA**, **SÍNDROME RESPIRATÓRIA PELO CORONAVÍRUS DO ORIENTE MÉDIO (MERS-CoV)**, **INFLUENZA AVIÁRIA A(H7N9)**, **INFLUENZA AVIÁRIA A(H5N1)**, **FEBRE ZIKA** e **FEBRE DO OESTE DO NILO**.

### Doenças e Agravos possíveis em pacientes procedentes de outros estados do Brasil

Em relação a torcedores procedentes de outros estados brasileiro, pode-se esperar **INFLUENZA**, **MALÁRIA**, **FEBRE AMARELA**, **DENGUE**, **DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR**, **DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**, **ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS** e **SARAMPO** (atualmente presente em Pernambuco e Ceará).

### Doenças e Agravos possíveis em pacientes procedentes do RS

Por conta de fatores associados à estação do Inverno, há risco aumentado para doenças de transmissão respiratória por gotículas como as viroses respiratórias: **INFLUENZA** e **MENINGITE** em pacientes adultos e **INFLUENZA**, **MENINGITE**, **VIROSES RESPIRATÓRIAS POR ADENOVÍRUS** e **VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO** em crianças. Doenças de transmissão respiratória por aerossol como **SARAMPO** (importado) e **VARICELA**, assim também como tuberculose podem acontecer, esta última em quem permanecer por tempo mais prolongado na cidade. E, pela sua importância clínica e epidemiológica, sendo Porto Alegre a cidade de maior número de casos de **AIDS** e de **TUBERCULOSE** do país, essas duas doenças devem ser também consideradas. Em relação à Infecção pelo HIV, o que pode acontecer de doença neste curto espaço de tempo é a Síndrome Retroviral Aguda.

### Período de tempo previsto para a aplicação deste plano

1ª. Semana: 15-21/06



Honduras x França  
Austrália x Holanda

**MALÁRIA**  
**INFLUENZA**  
**DENGUE**  
**SARAMPO**  
**CHIKUNGUNYA**

2ª. Semana: 22-28/06



Argélia x Coreia do Sul  
Nigéria x Argentina

**MALÁRIA**  
**INFLUENZA**  
**DENGUE**  
**FEBRE AMARELA**  
**POLIOMIELITE**  
**CÓLERA**  
**MENINGITE**  
**MENINGOCÓCICA**

3ª. Semana: 29/06-5/07

| GRUPO G  | GRUPO H       |
|----------|---------------|
| Alemanha | Bélgica       |
| Portugal | Argélia       |
| Gana     | Rússia        |
| EUA      | Coreia do Sul |

1G x 2H

**possibilidade de doença depende da classificação dos times dos grupos G e H no torneio**

4ª. Semana



sem jogo em Porto Alegre

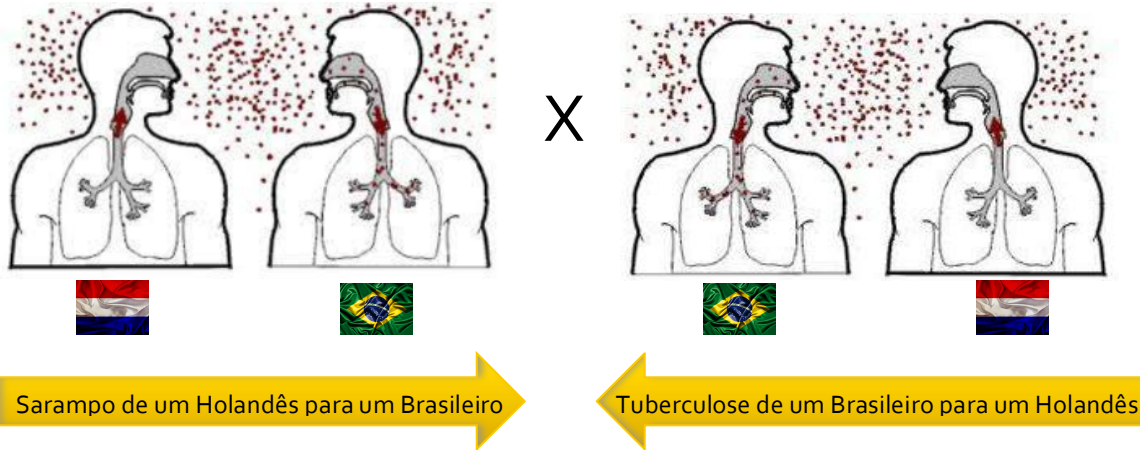
5ª. Semana



sem jogo em Porto Alegre

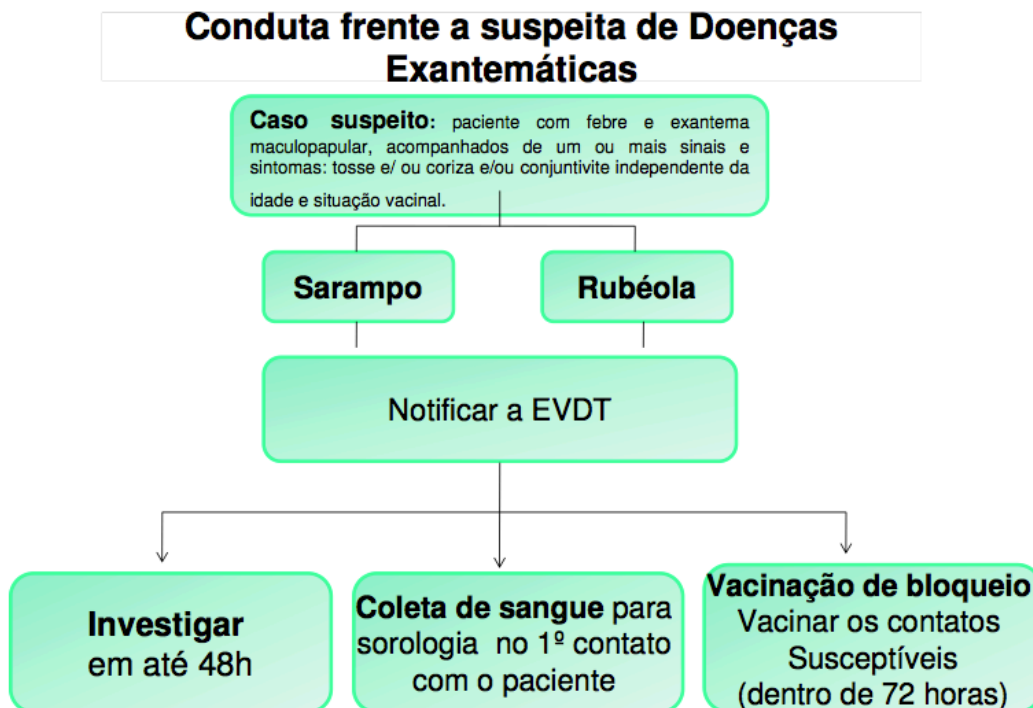
Eventualmente podem ficar estrangeiros por mais tempo, e mesmo pessoas procedentes de Porto Alegre ou do Estado podem ser incluídas até o período de até um mês depois do final da Copa, ou seja, até 15/08/2014.

LEMBRAR QUE A TRANSMISSÃO PODE OCORRER TANTO NO SENTIDO DE "IMPORTAR" UMA DOENÇA COMO TAMBÉM O CONTRÁRIO, COMO ILUSTRA A FIGURA ABAIXO



### Fluxos da SMS para doenças exantemáticas, SRAG, influenza, dengue e malária

A Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (SMS), através da Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis (CGVS/EVDT) apresentou em reunião com os hospitais em 29/04/2014, apresentou também os fluxos de processo decisório tanto diagnóstico e terapêutico quanto de notificação à SMS. Esses fluxos são replicados abaixo. **Por se tratar de doenças de saúde pública, o fluxo de diagnóstico é orientado e conduzido pela SMS.**



Fonte: Brasil,2009.

\*EVDT: Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis

## SINDROME RESPIRATORIA AGUDA GRAVE(SRAG) HOSPITALIZADOS

**Indivíduos com SG E que apresentam dispnéia OU saturação de O<sub>2</sub> < 95% em ar ambiente OU sinais de desconforto respiratório E/OU:**  
**\*Aumento da frequência respiratória de acordo com a idade ou piora nas condições clínicas de base em cardiopatias e pneumopatias crônicas;**  
**\*Hipotensão em relação a PA do paciente;**  
**\*Crianças: além dos itens observar tbm: batimentos de asa do nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência**

**NOTIFICA E COLETA MATERIAL**  
**PA 24 DE INTERNAÇÃO**  
**OU AGUARDANDO TRANSFERENCIA**  
**PARA INTERNAÇÃO**

## INFLUENZA

### SINDROME GRIPAL

**<6m – febre E sintomas respiratórios**  
**>6m – febre E tosse ou dor de garganta E pelo menos um dos sintomas: cefaléia, artralgia ou mialgia**

INDIVIDUAL

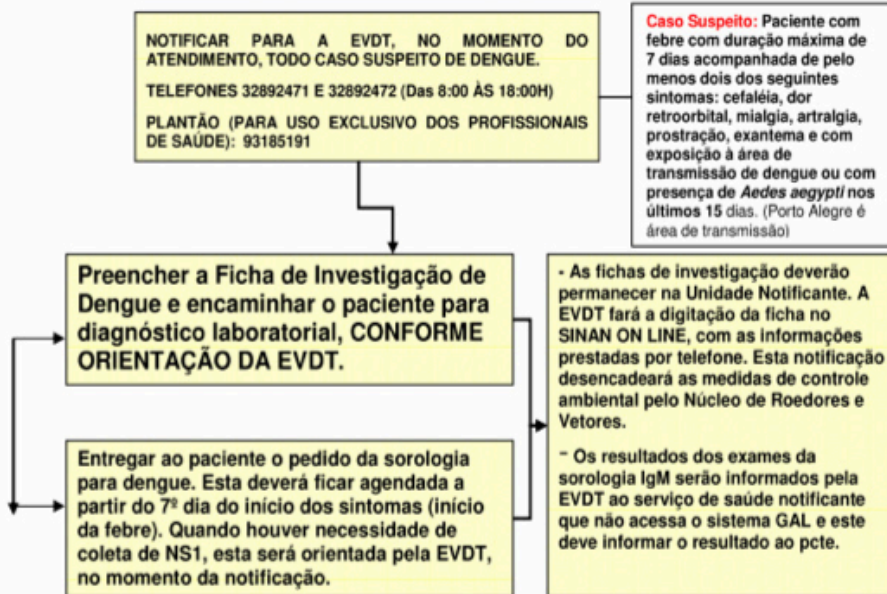
USO DE  
 OSELTAMIVIR

NÃO NOTIFICA

**SURTO (2 CASOS AMBIENTES**  
**FECHADOS INTERVALO DE 5**  
**DIAS ENTRE AS DATAS DO**  
**INICIO DOS SINTOMAS)**

NOTIFICA

## FLUXOGRAMA PARA NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE DENGUE



OBS: AS FICHAS DE INVESTIGAÇÃO DE DENGUE MOD. S-744 DEVEM SER SOLICITADAS PELA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E PRONTO ATENDIMENTOS AO ALMOXARIFADO. OS HOSPITAIS DEVEM SOLICITÁ-LAS PARA A EVDT.

### Notificação:

**Por ser uma doença de notificação compulsória, todo caso suspeito e/ou confirmado deve ser comunicado à Vigilância Epidemiológica, já durante o atendimento. Esta deverá informar, imediatamente, à equipe de controle vetorial para a adoção das medidas necessárias ao combate do vetor.**

## Fluxos para Malária

**Definição:** Toda pessoa residente ou que tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, e que apresente febre acompanhada ou não dos seguintes sintomas: cefaléia, calafrios, sudorese, cansaço, mialgia.

### Notificar para o plantão EVDT para as orientações quanto:

- material a ser coletado (sangue total com EDTA);
- Tratamento específico;

\* o sangue total deve ser coletado preferencialmente durante o pico febril

## 1. Plantão de sobreaviso por telefone dos Professores da DIP e Notificação ao SCIH

### PLANTÃO DA DIP DURANTE A COPA

A Disciplina e Serviço de Infectologia fica à disposição do Serviço de Emergência da Santa Casa à qualquer horário e dia para consultoria sobre o diagnóstico clínico, avaliação clínica e diagnóstico diferencial de doenças infecciosas transmissíveis autóctones e também importadas de outros estados e de outros países. A Equipe da Infectologia fica também à disposição para orientações a cerca do manejo terapêutico.

# 9968-6076

é o telefone de plantão durante o período da copa mais os 30 dias que se seguem, ou seja, de 12/06/2014 a 15/07/2014 mais o período até 15/08/2014. O celular é da Profa. Marília Severo, que discutirá o caso ou passará imediatamente a outro Professor da Equipe.

### NOTIFICAÇÃO AO SCIH E PRECAUÇÕES RECOMENDADAS POR DOENÇA/AGRAVO

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da Santa Casa (SCIH) descreve neste documento as precauções recomendadas para cada doença ou agravo e fica como habitualmente à disposição para qualquer outro esclarecimento complementar que o médico da Emergência ache necessário.

Quanto à notificação, o profissional de saúde telefona para o SCIH, **ramal 8645**, no horário comercial; caso contrário telefona diretamente para a Secretaria Municipal de Saúde, **fone 9318-5191**, para notificar. A notificação é fundamental para que a Saúde Pública possa ser trabalhada. Recomenda-se notificação imediata. O endereço da Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis é: Av. Padre Cacique, 372. 4o andar. Telefones: 3289-2471, 3289-2472, Celular de plantão somente para profissionais da saúde: 9318-5191. E-mail: [epidemio@sms.prefpoa.com.br](mailto:epidemio@sms.prefpoa.com.br). Não deixe entretanto de comunicar o SCIH, que é o primeiro elo.



## 2. Critérios de inclusão do paciente no contexto deste plano e sua caracterização clínico-epidemiológica

A distribuição dos jogos da Copa no Estádio Beira Rio e dos times e torcedores que estarão por aqui permitem estimar a possibilidade de risco para as doenças transmissíveis listadas abaixo.

### PRINCIPAIS DOENÇAS TROPICAIS E OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E AGRAVOS POSSÍVEIS NO PERÍODO, NO RS, 2014

| doença/agravo  | não endêmica no Brasil |
|--|------------------------|
| acidentes por animais peçonhentos                                  |                        |
| aids (profilaxia pós-exposição)                                    |                        |
| cólera   | não endêmica no Brasil |
| dengue   |                        |
| diarreia aguda   |                        |
| doença exantemática  |                        |
| doença que pode cursar com exantema                                |                        |
| doenças de transmissão hídrica e alimentar                         |                        |
| doenças sexualmente transmissíveis                                 |                        |
| febre amarela  |                        |
| febre Chikungunya  | não endêmica no Brasil |
| febre do oeste do Nilo   | não endêmica no Brasil |
| febre hemorrágica  |                        |
| febre hemorrágica Ebola  | não endêmica no Brasil |
| febre Zika   | não endêmica no Brasil |
| infecção pelo HIV (infecção aguda)                                 |                        |
| infecção por adenovírus  |                        |
| infecção por parainfluenza   |                        |
| infecção por vírus sincicial respiratório (VSR)                    |                        |
| influenza  |                        |
| influenza A(H1N1)2009  |                        |
| influenza A(H3N2)  |                        |
| influenza aviária A(H5N1)  | não endêmica no Brasil |
| influenza aviária A(H7N9)  | não endêmica no Brasil |
| influenza B  |                        |
| malária  |                        |
| meningite meningocócica  |                        |
| meningoencefalite  |                        |
| poliomielite   | não endêmica no Brasil |
| sarampo  | não endêmica no Brasil |
| síndrome gripal  |                        |
| síndrome respiratória aguda grave (SRAG)                           |                        |
| síndrome respiratória pelo coronavírus do Oriente Médio (MERS-CoV) | não endêmica no Brasil |
| tuberculose pulmonar   |                        |
| virose respiratória  |                        |

### Critério por sinais e sintomas + dado epidemiológico

– Paciente participante presencial do ambiente direto da copa como assistir jogos em campo e estada nos demais locais de convivência com outros participantes do campeonato mundial, independentemente da procedência, mas principalmente dos países destacados neste documento

+

– Que se apresente em consulta com doença aguda incluindo quaisquer destes sintomas, isoladamente ou em associação: **febre, cefaléia, exantema, artralgias, mialgias, tosse, náusea, vômito** ou **diarreia**.

Podem também ocorrer **prostração, sudorese, calafrios, icterícia, oligúria, tosse**. **Fenômenos hemorrágicos** são também sintomas comuns a estas doenças, mas aqui são utilizadas como critério apenas quando associadas a um ou mais dos sinais/sintomas descritos acima.

### Critério por síndrome clínica + dado epidemiológico

– Paciente participante presencial do ambiente direto da copa como assistir jogos em campo e estada nos demais locais de convivência com outros participantes do campeonato mundial, independentemente da procedência, mas principalmente dos países destacados neste documento

+

– Que se apresente em consulta com doença aguda incluindo quaisquer das síndromes clínicas do quadro abaixo:

| <b>DOENÇA FEBRIL AGUDA</b> | <b>FEBRE HEMORRÁGICA</b> | <b>SÍNDROME GRIPAL SRAG VIROSE RESPIRATÓRIA</b> | <b>MENINGOENCEFALITE</b> | <b>DIARREIA AGUDA</b> | <b>DST</b>              | <b>PARALISIA FLÁCIDA</b> |
|----------------------------|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|
| dengue                     | dengue                   | infecções por adenovírus                        | dengue                   | cólera                | infecção aguda pelo HIV | poliomielite             |
| febre amarela              | febre amarela            | influenza                                       | meningite meningocócica  |                       |                         | febre do oeste do Nilo   |
| febre Chikungunya          | febre hemorrágica Ebola  | infecções por parainfluenza                     |                          |                       |                         |                          |
| febre do oeste do Nilo     |                          | infecções por vírus sincicial respiratório      |                          |                       |                         |                          |
| febre Zika                 |                          | MERS-CoV  |                          |                       |                         |                          |
| infecção aguda pelo HIV    |                          |   |                          |                       |                         |                          |
| malária                    |                          |   |                          |                       |                         |                          |
| meningite meningocócica    |                          |   |                          |                       |                         |                          |
| febre do oeste do Nilo     |                          |   |                          |                       |                         |                          |

SRAG: síndrome respiratória aguda grave; MERS-CoV: síndrome respiratória pelo coronavírus do Oriente Médio

| <b>DOENÇA EXANTEMÁTICA</b> | <b>DOENÇA QUE PODE CURSAR COM EXANTEMA</b>  |
|----------------------------|---|
| sarampo                    | dengue<br>febre amarela<br>febre Chikungunya<br>febre do oeste do Nilo<br>febre Zika<br>infecção aguda pelo HIV |

| <b>INFLUENZA</b>  |
|---|
| influenza A(H1N1)2009<br>influenza A(H3N2)<br>influenza aviária A(H5N1)<br>influenza aviária A(H7N9)<br>influenza B |

### 3. Fichas clínicas de resumo sobre diagnóstico e tratamento e sobre precauções

Este documento pretende ser um instrumento prático principalmente para o médico da Emergência mas, eventualmente também para o médico de Ambulatório e de Enfermaria, apresentando informação rápida e útil sobre as principais doenças e síndromes clínicas que poderão acontecer no período da Copa, aqui na cidade de Porto Alegre e no nosso Hospital. Assim, exceto para dengue, infecção aguda pelo HIV (e profilaxia pós-exposição), malária, sarampo e SRAG, que já sabemos manejar ou para as quais podemos contar com colegas com experiência, provemos informação sobre os achados clínicos e dados epidemiológicos que permitam elaborar hipóteses diagnósticas com manejo diagnóstico e terapêutico inicial para as doenças para as quais não temos experiência clínica.

Para fins de proteção do próprio profissional da saúde assim também como das demais pessoas que porventura tiveram contato, assim também como os demais pacientes, incluímos as precauções recomendadas para cada doença ou agravo. As doenças então incluídas nos resumos clínicos feitos em forma de fichas clínicas são as listadas abaixo.

#### DOENÇAS INFECCIOSAS / AGRAVOS COM RESUMO NESTE DOCUMENTO EM FORMA DE FICHA CLÍNICA

| <b>doença/agravo</b>   | <b>CID</b>  |
|--|-------------|
| cólera   | A00.9       |
| dengue   | A90         |
| febre amarela  | A95.9       |
| febre Chikungunya  | A92.0       |
| febre do oeste do Nilo   |             |
| febre hemorrágica Ebola  | A98.4       |
| febre Zika   |             |
| infecção aguda pelo HIV e profilaxia pós-exposição                 | B23.0       |
| influenza  | J09 a J11.8 |
| malária  | B50.0 a B54 |
| poliomielite   | A80.1       |
| sarampo  | B05.9       |
| síndrome respiratória pelo coronavírus do Oriente Médio (MERS-CoV) |             |
| <b>não endêmica no Brasil</b>                                      |             |

| <b>DOENÇA<br/>AGRAVO</b>                         | <b>cólera</b>  |
|--|--|
| <b>CID</b>                                       | A00.9  |
| <b>TRANSMISSÃO</b>                               | ingesta de água e de alimentos contaminados (peixes e frutos do mar) contaminada; pessoa a pessoa infrequentemente durante epidemias   |
| <b>PRECAUÇÕES DE<br/>CONTROLE DE<br/>INFEÇÃO</b> | precauções padrão; se paciente incontinente ou em uso de fraldas, utilizar precaução de contato. Manter as precauções de contato durante todo o período da doença  |
| <b>PERÍODO DE<br/>INCUBAÇÃO</b>                  | < 1 dia a 5 dias   |
| <b>APRESENTAÇÃO<br/>CLÍNICA</b>                  | diarreia aguda, aquosa, abundante, tipo "água de arroz"; frequentemente associada a náuseas e vômitos, levando à depleção de volume; taquicardia, diminuição do turgor, mucosas secas, hipotensão, sede, câibras musculares; podendo evoluir para desidratação grave, choque hipovolêmico e óbito em horas |
| <b>DURAÇÃO DA<br/>DOENÇA</b>                     | a recuperação ocorre em 7 dias para a maior parte dos pacientes  |
| <b>DIAGNÓSTICO<br/>DIFERENCIAL</b>               | outras diarreias agudas  |
| <b>DIAGNÓSTICO<br/>LABORATORIAL</b>              | coprocultura ou cultura de swab retal  |
| <b>PRESENÇA DE<br/>ANTICORPOS</b>                | -  |
| <b>DETECÇÃO DE<br/>RNA OU DNA</b>                | -  |
| <b>TRATAMENTO<br/>ADULTOS</b>                    | reidratação oral e, se necessária, intravenosa; doxiciclina, tetraciclina, eritromicina, azitromicina ou ciprofloxacina  |
| <b>TRATAMENTO<br/>CRIANÇAS</b>                   | eritromicina ou azitromicina, administrar suplemento com zinco   |
| <b>PROFILAXIA<br/>PÓS-EXPOSIÇÃO</b>              | -  |
| <b>NOTIFICAÇÃO</b>                               | compulsória, imediata  |

| DOENÇA<br>AGRAVO                         | <b>dengue</b>  |
|--|--|
| CID                                      | Ago  |
| TRANSMISSÃO                              | picada de mosquito <i>Aedes</i> fêmea infectado, <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i>  |
| PRECAUÇÕES DE<br>CONTROLE DE<br>INFECÇÃO | precauções padrão; pacientes infectados devem ser protegidos da exposição a mosquitos para não contribuir com o ciclo de transmissão da doença; recomenda-se a utilização de repelente durante a internação  |
| PERÍODO DE<br>INCUBAÇÃO                  | 4 a 7 dias (3 a 14 dias)   |
| APRESENTAÇÃO<br>CLÍNICA                  | <p><b>FASE FEBRIL:</b> início abrupto de febre, cefaléia importante, dor retroocular, mialgias, artralguas e dor óssea. Pode ocorrer exantema maculopapular e hemorragias como petéquias, equimoses, púrpura, epistaxe, gengivorragia, hematúria ou prova do laço positiva. Pode haver eritema facial e de orofaringe nas primeiras 48 h de doença. Sinais de alerta para dengue grave ocorrem entre o 3<sup>o</sup>. e o 4<sup>o</sup>. dias e incluem vômitos persistentes, dor abdominal importante, sangramento de mucosa, dificuldade respiratória, sinais de choque hipovolêmico e rápido declínio da contagem de plaquetas com aumento do hematócrito.</p> <p><b>FASE CRÍTICA:</b> dura tipicamente 24 a 48 horas. Na doença bifásica inicia com a defervescência e a aparente melhora do paciente. Mas o aumento difuso da permeabilidade capilar leva ao extravasamento de líquidos para o interstício determinando hemoconcentração e choque. O óbito ocorre nesta fase.</p> <p>No <b>Dengue Grave</b> pode ocorrer ainda derrame pleural, ascite, hipoproteinemia, hematêmese, diarreia com sangue, melena ou menorragia, hepatite, insuficiência hepática com transaminases &gt; 1.000 UI/L, miocardite, insuficiência cardíaca, pancreatite, letargia, diminuição da consciência e encefalite. Leucopenia e trombocitopenia são achados comuns.</p> <p><b>FASE CONVALESCENTE:</b> assim que o extravasamento de plasma diminui, o paciente começa a reabsorver os fluidos. O status hemodinâmico vai se estabilizando e a diurese reinicia. O hematócrito estabiliza ou pode diminuir pelo efeito dilucional. O número de leucócitos começa a subir, seguindo-se lenta recuperação das plaquetas. O exantema pode descamar e ser pruriginoso.</p> |
| DURAÇÃO DA<br>DOENÇA                     | 2 a 7 dias   |
| DIAGNÓSTICO<br>DIFERENCIAL               | dengue, febre amarela, febre Chikungunya, febre Zika, malária  |
| DIAGNÓSTICO<br>LABORATORIAL              | <p><b>até o 5<sup>o</sup>. dia de doença:</b> confirmação pode ser feita pela detecção de sequências genômicas DENV com PCR em Tempo Real ou teste de antígeno de proteína 1 (NS1) não estrutural DENV. (Preferentemente em 3 dias)</p> <p><b>após o 5<sup>o</sup>. dia de doença:</b> IgM anti-DENV pode ser detectado por ELISA. A positividade deste teste sugere uma provável infecção recente. A soroconversão de IgM anti-DENV de fase aguda para fase convalescente significa confirmação laboratorial. A pesquisa de IgG em amostra única não é útil no diagnóstico porque o resultado pode ser falso positivo por reação cruzada com outros flavivírus ou memória imunológica para infecções antigas pelo vírus da dengue. (Preferentemente após 7 dias)</p>  |
| PRESENÇA DE<br>ANTICORPOS                | mais tardiamente: $\geq 4$ dias depois do início da febre<br>a coleta de IgM deve ser feita a partir do 7 <sup>o</sup> . dia segundo recomendação do MS  |
| DETECÇÃO DE<br>RNA OU DNA                | precocemente: $\leq 3$ dias depois do início da febre segundo recomendação do MS   |
| TRATAMENTO<br>ADULTOS                    | hidratação; evitar aspirina e outros antiinflamatórios não esteroides (ibuprofeno) pelas propriedades anticoagulantes. Usar medidas não farmacológicas como banhos tépidos e acetaminofen  |
| TRATAMENTO<br>CRIANÇAS                   | idem acima   |
| PROFILAXIA<br>PÓS-EXPOSIÇÃO              | -  |
| NOTIFICAÇÃO                              | compulsória  |

| DOENÇA<br>AGRAVO                          | <b>febre amarela</b>   |
|---|--|
| <b>CID</b>                                | A95.9  |
| <b>TRANSMISSÃO</b>                        | picada de mosquito infectado, <i>Aedes</i> ou <i>Haemagogus</i> spp. Humanos infectados pelo vírus da febre amarela fazem viremia de níveis muito elevados logo antes do início da febre e pelos primeiros 3-5 dias de doença, o que teoricamente pode levar a se pensar em transmissão via transfusão ou por agulhas.   |
| <b>PRECAUÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO</b> | precauções padrão; infectados devem ser protegidos da exposição a mosquitos para não contribuir com o ciclo de transmissão da doença; recomenda-se a utilização de repelente durante a internação  |
| <b>PERÍODO DE INCUBAÇÃO</b>               | 3 a 6 dias   |
| <b>APRESENTAÇÃO CLÍNICA</b>               | a doença inicial se apresenta como uma síndrome febril inespecífica tipo influenza com início súbito de febre, calafrios, cefaléia, dor lombar e dorsal, mialgias, prostração, náusea e vômito. Após uma breve remissão de horas a um dia, aproximadamente 15% dos pacientes progride pra uma forma mais tóxica e grave da doença, caracterizada por icterícia, sintomas hemorrágicos e finalmente choque e falência de múltiplos órgãos. O óbito ocorre em 20% a 50% dos casos graves.                                |
| <b>DURAÇÃO DA DOENÇA</b>                  | no máximo 10 dias  |
| <b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>            | influenza, dengue, malária, leptospirose, outras febres hemorrágicas, febre do Oeste do Nilo, hepatite viral especialmente as formas fulminantes, febre tifoide, sepsé   |
| <b>DIAGNÓSTICO LABORATORIAL</b>           | detecção de anticorpos IgM e IgG. E, por causa da reatividade cruzada com outros flavivírus, testes mais específicos de anticorpos como teste de neutralização e redução em placa, devem ser realizados para fins de confirmação. Isolamento do vírus ou testes de amplificação de ácido nucleico feitos precocemente na doença; entretanto por volta da abertura dos sintomas, o vírus ou o RNA viral já não são mais detectáveis, de modo que estes testes não servem para descartar o diagnóstico de febre amarela. |
| <b>PRESENÇA DE ANTICORPOS</b>             | IgM-Elisa a partir do 5 <sup>o</sup> . dia de doença e dura 2 a 3 meses; aumento de 4x no título de anticorpos da fase aguda para a convalescente  |
| <b>DETECÇÃO DE RNA OU DNA</b>             | coincide com o período de viremia varia de acordo com a apresentação clínica, sendo de algumas horas até 2 dias nas formas frustras e leves respectivamente e de 5 até 7 dias nas formas mais graves   |
| <b>TRATAMENTO ADULTOS</b>                 | sintomáticos, repouso, hidratação, analgésicos e antipiréticos. Evitar aspirina e antiinflamatórios não esteroides que aumentam o risco de sangramento.  |
| <b>TRATAMENTO CRIANÇAS</b>                | idem acima   |
| <b>PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO</b>           | -  |
| <b>NOTIFICAÇÃO</b>                        | compulsória, imediata  |

| DOENÇA AGRAVO                             | <b>febre chikungunya</b>  |
|---|---|
| <b>CID</b>                                | A92.0   |
| <b>TRANSMISSÃO</b>                        | pela picada de <i>Aedes aegyti</i> e <i>Aedes albopictus</i> (vetores principais) infectado. O risco de uma pessoa transmitir o vírus ao mosquito que está picando ou de transmitir através do sangue é alto quando o paciente está virêmico durante os primeiros 2 a 6 dias de doença.   |
| <b>PRECAUÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO</b> | precauções padrão; infectados devem ser protegidos da exposição a mosquitos para não contribuir com o ciclo de transmissão da doença; recomenda-se a utilização de repelente durante a internação   |
| <b>PERÍODO DE INCUBAÇÃO</b>               | 3 a 7 dias (faixa de 2 a 12 dias)   |
| <b>APRESENTAÇÃO CLÍNICA*</b>              | início súbito de febre alta, tipicamente maiores do que 39°C e artralgias muito importantes. Outros sintomas incluem exantema (erupções cutâneas e nas conjuntivas), cefaléia, fadiga, náusea, vômitos e mialgias com dor difusa nas costas e poliartrite. A febre dura de vários dias até 1 semana e pode ser bifásica. Os sintomas articulares são graves e frequentemente incapacitantes, geralmente simétricos e ocorrem mais comumente nas mãos e nos pés, mas podem afetar articulações proximais. O exantema usualmente ocorre depois do início da febre e costuma ser maculopapular envolvendo tronco e extremidades, mas pode incluir regiões palmares e plantares e face. Achados laboratoriais anormais incluem trombocitopenia, linfopenia, elevação de creatinina e alteração das provas de função hepática. Complicações raras, porém graves podem ocorrer como miocardite, uveíte, retinite, hepatite, doença aguda renal, lesões bolhosas graves, doença neuroinvasiva como meningoencefalite e Síndrome de Guillain-Barré, paresias ou paralisias. Óbito é raro, mas HAS, DM, doença cardíaca são prováveis fatores de risco para desfechos pobres. Após a doença aguda, alguns pacientes tem fadiga prolongada durando várias semanas. Adicionalmente, alguns pacientes tem dor articular incapacitante, rigidez, tenossinovite que podem durar por semanas ou meses. Alguns estudos relatam sintomas articulares durando mais de um ano. |
| <b>DURAÇÃO DA DOENÇA</b>                  | alguns dias exceto alguns sintomas que podem persistir por semanas, como descrito acima   |
| <b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>            | inclui doenças febris tanto com ou sem artralgias, assim como também artrites pós-infecciosas. E, dependendo do dado epidemiológico, entram no diagnóstico diferencial: dengue, malária, leptospirose, eritema infeccioso ou outras infecções por alfavírus (vírus Mayaro, Ross River, Barmah Forest, O'nyong-nyong e Sindbis). Pode também co-existir com dengue e malária.  |
| <b>DIAGNÓSTICO LABORATORIAL</b>           | teste sorológico para detectar o vírus, o ácido nucleico viral ou IgM e anticorpos neutralizantes. Durante a 1ª. Semana de doença, mais ainda até o 5º. dia, o vírus pode ser diagnosticado por cultura viral ou por amplificação do seu ácido nucleico no soro. A IgM e anticorpos neutralizantes se desenvolvem normalmente pelo fim da 1ª. Semana de doença; assim, para definitivamente descartar o diagnóstico, amostras da fase convalescente devem ser obtidas de pacientes cujas amostras da fase aguda foram negativas.  |
| <b>PRESENÇA DE ANTICORPOS</b>             | > 11 dias. O MS recomenda que a coleta da amostra para IgM seja realizada a partir do 11º. dia dos sintomas.  |
| <b>DETECÇÃO DE RNA OU DNA</b>             | 1º. ao 5º. dia; outras fontes informam viremia até o 4º. dia  |
| <b>TRATAMENTO ADULTOS</b>                 | repouso, hidratação, analgésicos e antipiréticos. Infectados devem ser protegidos da exposição a mosquitos para não contribuir com o ciclo de transmissão da doença.  |
| <b>TRATAMENTO CRIANÇAS</b>                | idem acima  |
| <b>PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO</b>           | -   |
| <b>NOTIFICAÇÃO</b>                        | compulsória, imediata   |

\* **DEFINIÇÃO DE CASO** (SEGUNDO O PLANO DE CONTINGÊNCIA DE CHIKUNGUNYA DO MS): paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicada por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas endêmicas até 2 semanas antes do início dos sintomas.

| <b>DOENÇA AGRAVO</b>                      | <b>febre do oeste do Nilo</b>   |
|---|---|
| <b>CID</b>                                |   |
| <b>TRANSMISSÃO</b>                        | comumente por picada de mosquitos culicídeos, não se sabe precisar a espécie; rotas adicionais numa pequena proporção de pacientes: transfusão de sangue, transplante de órgãos, exposição ao ambiente de laboratório, de mãe para filho durante a gestação, parto ou amamentação   |
| <b>PRECAUÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO</b> | precauções padrão; recomenda-se a utilização de repelente durante a internação  |
| <b>PERÍODO DE INCUBAÇÃO</b>               | 2 a 6 dias, mas varia de 2 a 14 dias e pode ser de várias semanas em pessoas imunocomprometidas   |
| <b>APRESENTAÇÃO CLÍNICA</b>               | doença sistêmica febril aguda que inclui cefaleia, fraqueza, mialgias, artralgias, sintomas gastrointestinais e um exantema maculopapular transitório também pode ocorrer. Menos de 1% das pessoas infectadas desenvolve doença neuroinvasiva: meningite, encefalite ou paralisia flácida aguda. A meningite é clinicamente indistinguível de outras meningites (febre, cefaleia e rigidez de nuca). A encefalite consiste de uma síndrome clínica mais grave com febre, estado mental alterado, convulsões, déficits neurológicos focais ou desordens do movimento tais como tremor ou parkinsonismo. A paralisia aguda flácida é clínica e patologicamente idêntica a da poliomielite associada a poliovírus, com dano nas células do corno anterior, podendo progredir para paralisia respiratória requerendo ventilação mecânica. A poliomielite pelo vírus do oeste do Nilo frequentemente se apresenta como paresia de membro isolado ou paralisia e pode ocorrer sem febre ou sem pródromo viral aparente. Há relatos de Síndrome de Guillain-Barré e radiculopatia. Raramente, disritmias cardíacas, miocardite, rabdomiólise, neurite óptica, uveíte, coriorretinite, orquite, pancreatite e hepatite. Exames laboratoriais de rotina são inespecíficos. Quando há envolvimento do SNC, o LCR mostra pleocitose linfocítica, mas neutrófilos podem predominar precocemente no curso da doença. RM de encéfalo é frequentemente normal. A maioria dos pacientes com febre do oeste do Nilo sem doença neuroinvasiva se recupera completamente, mas fadiga, mal estar e fraqueza pode permanecer por semanas ou meses. Pacientes que se recuperam de encefalite ou poliomielite frequentemente ficam com déficits neurológicos residuais. A taxa geral de caso-fatalidade em doença neuroinvasiva por este vírus é de aproximadamente 10%, sendo maior em encefalite e poliomielite do que em meningite. |
| <b>DURAÇÃO DA DOENÇA</b>                  | poucos dias a várias semanas, dependendo da gravidade da doença, efeitos neurológicos graves podem continuar por um longo período da vida   |
| <b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>            | em adição a outras causas comuns de encefalite e meningite asséptica, como por vírus herpes simplex e por enterovírus, outras arboviroses, na dependência dos dados epidemiológicos podem ser pensadas como pelos vírus La Crosse, Saint Louis, da encefalite equina e Powassan.  |
| <b>DIAGNÓSTICO LABORATORIAL</b>           | a doença deve ser considerada em qualquer pessoa com doença febril ou com sintomas neurológicos agudos com exposição recente a mosquitos, transfusão de sangue, transplante de órgão, especialmente durante o verão nas áreas endêmicas ou com casos relatados. A hipótese deve ser também ser considerada em qualquer criança nascida de mãe infectada durante a gestação ou durante a amamentação.  |
| <b>PRESENÇA DE ANTICORPOS</b>             | IgM é detectável entre 3 a 8 dias após o início da doença podendo persistir por 30 a 90 dias; e também por mais tempo ainda. Pode haver reação cruzada com outros flavivírus.   |
| <b>DETECÇÃO DE RNA OU DNA</b>             | precocemente no início da doença (cultura de vírus ou detecção do RNA viral)  |
| <b>TRATAMENTO ADULTOS</b>                 | -   |
| <b>TRATAMENTO CRIANÇAS</b>                | -   |
| <b>PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO</b>           | -   |
| <b>NOTIFICAÇÃO</b>                        | compulsória, imediata   |



| <b>DOENÇA AGRAVO</b>                      | <b>febre hemorrágica Ebola</b>   |
|---|--|
| <b>CID</b>                                | A98.4  |
| <b>TRANSMISSÃO</b>                        | como o reservatório natural do vírus não é conhecido, o modo pelo qual o vírus primeiro aparece em humanos não é conhecido; entretanto a hipótese de que o primeiro paciente se torna infectado a partir de um animal infectado. Quando a infecção ocorre em humanos, o vírus pode ser transmitido para outras pessoas por contato direto com sangue ou secreções de uma pessoa infectada; exposição a objetos (como agulhas) que foram contaminados com secreções infectadas. O vírus Ebola é frequentemente disseminado a familiares e amigos que estiveram em contato próximo com o paciente e suas secreções quando cuidaram de pessoas doentes. Durante epidemias, a doença pode se disseminar rapidamente no ambiente de cuidado à saúde (tal como clínica ou hospital). Exposição profissional pode ocorrer quando não são utilizados os equipamentos de proteção individual, tais como máscaras, gorros e luvas. |
| <b>PRECAUÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO</b> | precauções padrão, precauções de contato, precauções por gotículas. Recomenda-se a manutenção das medidas de precaução durante toda a duração da doença. Preferivelmente internação em quarto privativo. As barreiras de precaução devem incluir avental impermeável, luvas, máscara, óculos de proteção ou protetor facial. Usar máscara N95 quando procedimentos geradores de aerossóis. Quando hemorragia (maior carga viral), adicionar o uso de luvas duplas, <b>cobertura para pernas e sapatos fechados.</b>  |
| <b>PERÍODO DE INCUBAÇÃO</b>               | 8 a 10 dias mais frequentemente, podendo ser de 2 a 21 dias  |
| <b>APRESENTAÇÃO CLÍNICA</b>               | o início da doença é abrupto e caracterizado por febre, cefaléia, artralgias e mialgias, angina (dor de garganta) e fraqueza seguidos de diarreia, vômitos e dor epigástrica. Exantema, conjuntivite, soluços e hemorragias internas e externas podem ser vistos em alguns pacientes. É desconhecido o motivo pelo qual alguns pacientes se recuperam da doença enquanto outros não. Sabe-se entretanto que os pacientes que morreram, não desenvolveram ainda uma resposta imune significativa.   |
| <b>DURAÇÃO DA DOENÇA</b>                  | 3 a 15 dias, com média de 10 dias para pacientes que foram a óbito; dentre os sobreviventes: 10 a 25 dias, com média de 15 dias  |
| <b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>            | outras febres hemorrágicas   |
| <b>DIAGNÓSTICO LABORATORIAL</b>           | IgM ELISA, PCR e isolamento do vírus podem ser usados para diagnosticar um caso de Febre Hemorrágica Ebola dentro de poucos dias do início dos sintomas. Pessoas testadas mais tarde no curso da doença ou após a recuperação podem ser testadas para os anticorpos IgM e IgG. O diagnóstico pode também ser realizado pós-mortem por imuno-histoquímica, isolamento do vírus ou PCR.  |
| <b>PRESENÇA DE ANTICORPOS</b>             | poucos dias do início dos sintomas   |
| <b>DETECÇÃO DE RNA OU DNA</b>             | do início dos sintomas a poucos dias depois  |
| <b>TRATAMENTO ADULTOS</b>                 | tratamento de suporte, controlando balanço hídrico e eletrólitos, mantendo o status de oxigênio e de pressão arterial e tratando qualquer complicação infecciosa   |
| <b>TRATAMENTO CRIANÇAS</b>                | idem acima   |
| <b>PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO</b>           | -  |
| <b>NOTIFICAÇÃO</b>                        | compulsória, imediata  |

| <b>DOENÇA<br/>AGRAVO</b>                         | <b>febre Zika</b>   |
|--|---|
| <b>CID</b>                                       |   |
| <b>TRANSMISSÃO</b>                               | picada de <i>Aedes</i> spp. (várias espécies) infectado   |
| <b>PRECAUÇÕES DE<br/>CONTROLE DE<br/>INFEÇÃO</b> | precauções padrão; infectados devem ser protegidos da exposição a mosquitos para não contribuir com o ciclo de transmissão da doença; recomenda-se a utilização de repelente durante a internação.  |
| <b>PERÍODO DE<br/>INCUBAÇÃO</b>                  | 3 a 12 dias   |
| <b>APRESENTAÇÃO<br/>CLÍNICA</b>                  | febre, cefaleia, mal estar, dor lombar, conjuntivite, exantema maculopapular na face, pescoço, tronco e membros superiores se espalhando ao resto do corpo e incluindo palmas e solas, mialgias e artralgias. A doença geralmente é amena. Outras manifestações incluem anorexia, diarreia, constipação, dor abdominal e tontura. Pode não haver exantema. Manifestações menos frequentes: artralgias, mialgias, cefaleia, dor retroorbital, edema e vômitos. |
| <b>DURAÇÃO DA<br/>DOENÇA</b>                     | 4 a 7 dias  |
| <b>DIAGNÓSTICO<br/>DIFERENCIAL</b>               | dengue, febre amarela, febre do oeste do Nilo,  |
| <b>DIAGNÓSTICO<br/>LABORATORIAL</b>              | testes de PCR em amostras de soro da fase aguda, para detectar o RNA viral e também anticorpos específicos. Pode haver reação cruzada com outros flavivírus de infecções prévias. Em geral, para infecções por flavivírus testa-se o soro da fase aguda coletada tão precocemente quanto possível após o início dos sintomas assim também como uma segunda amostra de soro coletada 2 a 3 semanas depois do 1.º teste.  |
| <b>PRESENÇA DE<br/>ANTICORPOS</b>                | IgM a partir do 7 comumente por picada de mosquitos culicídeos, não se sabe precisar a espécie.º dia de doença; anticorpo neutralizante no 5.º dia de doença  |
| <b>DETECÇÃO DE<br/>RNA OU DNA</b>                | < 10 dias do início dos sintomas  |
| <b>TRATAMENTO<br/>ADULTOS</b>                    | sintomáticos  |
| <b>TRATAMENTO<br/>CRIANÇAS</b>                   | idem acima  |
| <b>PROFILAXIA<br/>PÓS-EXPOSIÇÃO</b>              | -   |
| <b>NOTIFICAÇÃO</b>                               | compulsória, imediata   |

| DOENÇA AGRAVO                             | infecção aguda pelo HIV / síndrome retroviral aguda: profilaxia pré-exposição  |
|---|--|
| <b>CID</b>                                | B23.0  |
| <b>TRANSMISSÃO</b>                        | contato sexual desprotegido, compartilhamento de agulhas ou seringas   |
| <b>PRECAUÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO</b> | precauções padrão em ambientes de saúde; para a comunidade: abstinência temporária de relação sexual ou uso de preservativo; não compartilhar agulhas nem seringas   |
| <b>PERÍODO DE INCUBAÇÃO</b>               | 1 a 3 semanas  |
| <b>APRESENTAÇÃO CLÍNICA</b>               | febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia e cefaleia. A febre pode ser alta. Pode haver sudorese e linfadenomegalia, comprometendo principalmente as cadeias cervicais anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar. Podem ocorrer, ainda, esplenomegalia, letargia, astenia, anorexia e depressão. Alguns pacientes desenvolvem exantema de curta duração após o início da febre (frequentemente < 3 dias), afetando geralmente a face, pescoço e/ou tórax superior, mas podendo se disseminar para braços, pernas, regiões palmares e plantares. Outros sintomas: náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso e úlceras orais podem estar presentes. Cefaleia e dor ocular, meningite asséptica, neurite periférica sensitiva ou motora, paralisia do nervo facial ou síndrome de Guillan-Barré |
| <b>DURAÇÃO DA DOENÇA</b>                  | A síndrome retroviral aguda (SRA) é autolimitada e dura 3 a 4 semanas. Linfadenopatia, letargia e astenia podem persistir por meses  |
| <b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>            | Infecções agudas que cursam com ou sem exantema  |
| <b>DIAGNÓSTICO LABORATORIAL</b>           | Viragem sorológica do algoritmo dos testes anti-HIV de não-reagente ou inconclusivo para reagente com PCR HIV qualitativo positivo ou quantitativo com carga viral detectável, geralmente elevada  |
| <b>PRESENÇA DE ANTICORPOS</b>             | 2 a 8 semanas, média 25 dias; geralmente os testes de anticorpos são negativos na SRA  |
| <b>DETECÇÃO DE RNA OU DNA</b>             | 9 dias no mínimo; importante para o diagnóstico laboratorial da SRA  |
| <b>TRATAMENTO ADULTOS</b>                 | SRA: não há consenso que recomende o tratamento, entretanto no contexto atual Brasileiro (MS) de "Testar e tratar" de 01/12/2013, pode-se recomendar o tratamento  |
| <b>TRATAMENTO CRIANÇAS</b>                | vide PEP abaixo  |
| <b>PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO</b>           | <b>PEP</b> (profilaxia pós-exposição): é o uso de ARVs após um evento único de alto risco. O evento pode ser relacionado ao trabalho (acidente do trabalho) ou não (sexo desprotegido, compartilhamento de agulhas ou seringas, ou abuso sexual). Iniciar tão logo quanto possível até 72 horas após a exposição; 2 a 3 ARVs por 28 dias; e não é um substituto para PrEP. Retornar para acompanhamento sorológico. ARVs: AZT/3TC/LPV-r para adultos e crianças.<br><b>PrEP</b> (profilaxia pré-exposição): somente para quem é exposto a risco substancial e continuado à infecção pelo HIV (aguarda consolidação de fluxo para ser utilizado na rede pública)  |
| <b>NOTIFICAÇÃO</b>                        | Recomendada a notificação sempre que algoritmo de teste anti-HIV Reagente, atualmente em Porto Alegre  |

TARV: Terapia Antirretroviral; ARVs: Antirretrovirais

VIDE PRÓXIMA PÁGINA QUE ABORDA ESPECIFICAMENTE A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO

| DOENÇA AGRADO   |  | exposição de risco ao HIV: profilaxia pós-exposição  |                   |                               |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
|---|--|--|-------------------|-------------------------------|--|-------------|--|--|-------------------|----------------|---------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------------|------------|------------|------------|------------|--|------------|------------|------------|------------|--|------------|----------------|----------------|----------------|
| CID   | B23.0  |  |                   |                               |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
| TRANSMISSÃO   | contato sexual desprotegido  |  |                   |                               |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
| PRECAUÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO  | precauções padrão  |  |                   |                               |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
| APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA  | Relato de exposição sexual desprotegida, seja pela não utilização ou utilização de preservativo com ruptura  |  |                   |                               |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
| ABORDAGEM INICIAL   | <p>Testagem da pessoa exposta e, caso possível, da parceria sexual preferencialmente com algoritmo de testagem rápida.</p> <p>- Caso teste da pessoa exposta positivo: indica que a pessoa já esta infectada pelo HIV. Encaminhar a um serviço para acompanhamento da infecção do HIV</p> <p>- Caso teste da pessoa exposta negativo: indicar profilaxia, conforme critérios de avaliação de risco</p> |  |                   |                               |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
| AVALIAÇÃO DE RISCO  | Relação penetrativa vaginal ou anal (receptiva ou insertiva) com parceria sabidamente soropositiva para HIV ou com parceiro (a) pertencente a segmentos de maior prevalência: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis, usuários de drogas e profissionais do sexo  |  |                   |                               |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
| <p><b>Tabela 1.</b> Indicação de quimioprofilaxia segundo tipo de exposição e parceria*</p> |  |  |                   |                               |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
|   |  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Maior risco</th> <th colspan="3" style="text-align: right;">Menor risco</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Tipo de exposição</th> <th style="text-align: center;">Anal receptiva</th> <th style="text-align: center;">Anal ou vaginal insertiva</th> <th style="text-align: center;">Vaginal receptiva</th> <th style="text-align: center;">Oral receptiva com ejaculação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Status sorológico do parceiro</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Parceiro sabidamente HIV positivo</td> <td style="text-align: center;">Recomendar</td> <td style="text-align: center;">Recomendar</td> <td style="text-align: center;">Recomendar</td> <td style="text-align: center;">Considerar</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Parceiro de sorologia desconhecida, mas de população de alta prevalência</td> <td style="text-align: center;">Recomendar</td> <td style="text-align: center;">Considerar</td> <td style="text-align: center;">Considerar</td> <td style="text-align: center;">Considerar</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Parceiro de sorologia desconhecida e de população de baixa prevalência</td> <td style="text-align: center;">Considerar</td> <td style="text-align: center;">Não recomendar</td> <td style="text-align: center;">Não recomendar</td> <td style="text-align: center;">Não recomendar</td> </tr> </tbody> </table> |                   | Maior risco                   |  | Menor risco |  |  | Tipo de exposição | Anal receptiva | Anal ou vaginal insertiva | Vaginal receptiva | Oral receptiva com ejaculação | Status sorológico do parceiro |  |  |  |  | Parceiro sabidamente HIV positivo | Recomendar | Recomendar | Recomendar | Considerar | Parceiro de sorologia desconhecida, mas de população de alta prevalência | Recomendar | Considerar | Considerar | Considerar | Parceiro de sorologia desconhecida e de população de baixa prevalência | Considerar | Não recomendar | Não recomendar | Não recomendar |
| Maior risco   |  | Menor risco  |                   |                               |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
| Tipo de exposição   | Anal receptiva   | Anal ou vaginal insertiva  | Vaginal receptiva | Oral receptiva com ejaculação |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
| Status sorológico do parceiro   |  |  |                   |                               |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
| Parceiro sabidamente HIV positivo   | Recomendar   | Recomendar   | Recomendar        | Considerar                    |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
| Parceiro de sorologia desconhecida, mas de população de alta prevalência                    | Recomendar   | Considerar   | Considerar        | Considerar                    |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
| Parceiro de sorologia desconhecida e de população de baixa prevalência                      | Considerar   | Não recomendar   | Não recomendar    | Não recomendar                |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
|   |  | <p>* Adaptado de: FISHER, M et al. UK Guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. <i>International Journal of STD &amp; AIDS</i>, [S.l.], v. 17, p. 81-92, 2006.</p>   |                   |                               |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
| ESQUEMA DE PROFILAXIA   | - zidovudina 300mg + lamivudina 150mg em comprimidos coformulados associados ao tenofovir 300mg<br>- Referenciar a um serviço especializado para seguimento do caso  |  |                   |                               |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
| DOSE  | - zidovudina 300mg + lamivudina 150mg 1 comprimido<br>- tenofovir 300mg 1 comprimido   |  |                   |                               |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |
| TEMPO DE USO  | 4 semanas  |  |                   |                               |  |             |  |  |                   |                |                           |                   |                               |                               |  |  |  |  |                                   |            |            |            |            |  |            |            |            |            |  |            |                |                |                |

| <b>DOENÇA AGRAVO</b> <b>influenza</b><br><b>A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>), A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) e B: atualmente em circulação global</b><br><b>A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)pdmog [pandemia 2009-2010]</b> |  |
|---|--|
| <b>CID</b>  | Jog a J11.8  |
| <b>TRANSMISSÃO</b>  | INFLUENZA SAZONAL (A e B): pessoa a pessoa, transmissão por gotículas (por aerossol apenas em situações específicas*) e por contato com as mãos. A maioria dos adultos saudáveis que adquiriram influenza disseminam o vírus pelo trato respiratório desde um dia antes do surgimento dos sintomas até 5 a 7 dias de sintomas, sendo maior o contágio nos primeiros 3 dias de doença. Crianças e imunocomprometidos ou com doença grave incluindo os hospitalizados podem disseminar o vírus por 10 dias ou mais a contar do início dos sintomas.<br>INFLUENZA ZOONÓTICA (somente A): por contato direto ou indireto com animais infectados, com posterior contato pessoa a pessoa limitado e não sustentado |
| <b>PRECAUÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO</b>   | precauções padrão, precauções de contato, precauções por gotículas; manutenção das medidas de precaução recomendadas durante 5 dias, exceto durante toda a duração da doença quando paciente imunossuprimido.  |
| <b>PERÍODO DE INCUBAÇÃO</b>   | 1 a 4 dias   |
| <b>APRESENTAÇÃO CLÍNICA</b>   | influenza não complicada é caracterizada por início abrupto de febre, mialgias, cefaléia, mal estar, tosse não produtiva, angina (dor de garganta), vômitos e rinite. Pode não ocorrer doença afebril em idosos. Crianças apresentam mais frequentemente náusea, vômito ou diarreia. Achados do exame físico incluem coriza, inflamação faríngea sem exsudatos, e estertores crepitantes ocasionais à ausculta. Complicações: pneumonia viral primária por influenza, pneumonia bacteriana secundária, exacerbação de condições médicas subjacentes com doença pulmonar ou cardíaca, encefalopatia, miocardite, miosite.   |
| <b>DURAÇÃO DA DOENÇA</b>  | 1 semana, podendo persistir tosse e mal estar em adultos que não receberam antivirais, especialmente idosos  |
| <b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>  | influenza e outras infecções respiratórias agudas  |
| <b>DIAGNÓSTICO LABORATORIAL</b>   | cultura de vírus, testes diagnósticos rápidos, imunofluorescência, PCR em Tempo Real. Pacientes que devem ser considerados para testes diagnósticos de influenza: pacientes hospitalizados com suspeita clínica de influenza, pacientes nos quais o diagnóstico de influenza influencia em decisões clínicas como em pacientes de risco elevado para gravidade, pacientes com implicações em controle de infecção ou manejo de contatos próximos como em surtos em instituições ou em outros ambientes como o de cruzeiros, grupos de turismo, além de outras particularidades em epidemia e pandemia.   |
| <b>PRESENÇA DE ANTICORPOS</b>   | testagem sorológica para influenza requer soro pareado da fase aguda e da convalescença, portanto não ajuda no processo de decisão clínica; não sendo portanto recomendada   |
| <b>DETECÇÃO DE RNA OU DNA</b>   | precocemente no início do quadro clínico, nos primeiros 4 dias de doença   |
| <b>TRATAMENTO ADULTOS</b>   | oseltamivir 75 mg 2x/dia para $\geq 13$ anos<br>iniciar até 48 horas do início dos sintomas  |
| <b>TRATAMENTO CRIANÇAS</b>  | oseltamivir – $\geq 1$ ano com peso $\leq 15$ kg: 30 mg 2xdia; peso $>15$ kg e $\leq 23$ kg: 45 mg 2xdia; peso $>23$ kg e $\leq 40$ kg: 60 mg 2xdia; peso $>40$ kg: 75 mg 2xdia  |
| <b>PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO</b>   | oseltamivir – adultos: 75 mg 1x/dia; crianças $\geq 1$ ano com peso $\leq 15$ kg: 30 mg 1xdia; peso $>15$ kg e $\leq 23$ kg: 45 mg 1xdia; peso $>23$ kg e $\leq 40$ kg: 60 mg 1xdia; peso $>40$ kg: 75 mg 1xdia  |
| <b>NOTIFICAÇÃO</b>  | compulsória  |

\* situações específicas: aspiração de secreção com cateter

| DOENÇA AGRAVO                      | <b>malária</b>  |
|------------------------------------|---|
| CID                                | B50.0 a B54 (B50.9: malária não especificada por <i>P. falciparum</i> ; B51.9: por <i>P. vivax</i> sem complicações)  |
| TRANSMISSÃO                        | via picada de mosquito Anopheles fêmea infectado  |
| PRECAUÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO | precauções padrão; recomenda-se a utilização de repelente durante a internação.   |
| PERÍODO DE INCUBAÇÃO               | 7 a 30 dias, sendo os períodos mais curtos observados na malária falciparum e os mais longos na malária malariae. Viajantes em uso de quimioprofilaxia podem apresentar a doença semanas ou meses depois contágio, principalmente com <i>P. vivax</i> e <i>P. ovale</i> . Por isso considerar o diagnóstico até 12 meses depois da exposição.   |
| APRESENTAÇÃO CLÍNICA               | <p><b>malária não complicada</b></p> <p>o clássico, mas incomum ataque de malária dura 6 a 10 horas e consistindo de: estágio frio – sensação de frio, arrepios, calafrios; estágio quente – febre, cefaléia, vômitos e, em crianças pequenas, convulsões; estágio de sudorese – suor e retorno à temperatura normal, com cansaço. Classicamente, mas infrequentemente observado os ataques ou crises ocorrem a cada segundo dia com os parasitas “terçã” (<i>P. falciparum</i>, <i>P. vivax</i> e <i>P. ovale</i>) e a cada terceiro dia com o parasita “quartã” (<i>P. malariae</i>). Em geral, os pacientes apresentam uma combinação dos sintomas febre, calafrios, sudorese, cefaléia, náusea e vômito, mialgias e mal estar. No intervalo das crises, o paciente sente-se bem. Achados do exame físico podem incluir: temperaturas elevadas, perspiração, fraqueza, icterícia leve, hepatosplenomegalia, taquipnéia. Alterações laboratoriais: anemia, plaquetopenia, elevação de bilirrubinas e de aminotransferases.</p> <p><b>malária grave</b></p> <p>complicada por falências orgânicas graves ou por anormalidades sanguíneas ou metabólicas. Hiperparasitemia é considerada quando mais que 5% das hemácias estão parasitadas, o que é um sinal de alerta de gravidade. Malária cerebral com alteração do comportamento, diminuição do nível de consciência, coma, convulsões ou outras alterações neurológicas. Anemia grave e hemoglobinúria por hemólise. Síndrome da Distrição Respiratória do Adulto (SDRA), uma reação inflamatória nos pulmões que inibe a troca de oxigênio e que pode ocorrer mesmo depois que o parasita teve sua contagem diminuída em resposta ao tratamento. Anormalidades da coagulação. Hipotensão por colapso cardiovascular. Falência renal aguda. Acidose metabólica, frequentemente em associação à hipoglicemia (hipoglicemia também pode aparecer em malária não complicada em gestantes ou após uso de quinino).</p> |
| DURAÇÃO DA DOENÇA                  | dias a semanas, dependendo da gravidade do caso; pode haver recidivas na malárias por <i>P. vivax</i> e <i>P. ovale</i>   |
| DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL            | influenza, dengue, leptospirose, sepsis   |
| DIAGNÓSTICO LABORATORIAL           | visualização dos parasitas dentro das hemácias de sangue periférico à microscopia, pelo esfregaço de sangue periférico corado pelo Giemsa ou por gota espessa   |
| PRESENÇA DE ANTICORPOS             | para fins clínicos não é útil; mas a coleta de sangue está recomendada pela SMS, para fins epidemiológicos, junto com a coleta inicial do atendimento para a realização da pesquisa de Plasmodium   |
| DETECÇÃO DE RNA OU DNA             | PCR é pouco disponível sendo mais útil para a confirmação da espécie  |
| TRATAMENTO ADULTOS                 | <p>depende da malária (espécie do Plasmodium), da área onde o parasita foi adquirido por causa da resistência a medicamentos, do estado clínico do paciente e da sua parasitemia, de presença de doença subjacente, gestação, alergia, outros medicamentos em uso</p> <p><b>NOTIFICAR O PLANTÃO EVDT (9318-5191) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES QUANTO AO MATERIAL A SER COLETADO (SANGUE TOTAL COM EDTA) E SOBRE O TRATAMENTO ESPECÍFICO FAÇA TAMBÉM CONTATO COM O PLANTÃO DA DIP DURANTE A COPA: 9968-6076.</b></p>   |
| TRATAMENTO CRIANÇAS                | idem acima  |
| PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO           | -   |
| NOTIFICAÇÃO                        | compulsória, imediata   |

| DOENÇA AGRAVO                             | <b>poliomielite</b>  |
|---|--|
| <b>CID</b>                                | A80.1  |
| <b>TRANSMISSÃO</b>                        | fecal-oral ou oral<br>infecção aguda envolve orofaringe, trato gastrointestinal e, ocasionalmente, o SNC   |
| <b>PRECAUÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO</b> | precauções padrão; precaução de contato durante toda a internação  |
| <b>PERÍODO DE INCUBAÇÃO</b>               | geralmente 6 a 20 dias, podendo ser de 3 a 35 dias   |
| <b>APRESENTAÇÃO CLÍNICA</b>               | varia de assintomática (maioria das infecções) a sintomática com paralisia flácida aguda de um único membro até quadriplegia, insuficiência respiratória e raramente óbito   |
| <b>DURAÇÃO DA DOENÇA</b>                  | - < 1 semana para a forma "poliomielite abortiva" que cursa com doença menor inespecífica, podendo ocorrer sob 3 síndromes: infecção do trato respiratório superior (angina e febre); distúrbios gastrintestinais (náusea, vômito, dor abdominal, constipação, ou raramente diarreia); e síndrome semelhante à influenza.<br>- 2 a 10 dias para a forma "meningite asséptica não-paralítica": sinais de irritação meningorradicular vários dias após um pródromo semelhante à doença menor<br>- 1 a 10 dias na paralisia flácida (<1% das infecções por pólio), após um pródromo de 2 a 3 dias |
| <b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>            | febre do Oeste do Nilo, influenza, anginas, meningite  |
| <b>DIAGNÓSTICO LABORATORIAL</b>           | identificação do poliovírus em espécimes clínicos (geralmente fezes) obtidos de paciente agudamente doente. Pode ser detectado por cultura de linhagens celulares seguida de identificação usando testes de neutralização ou PCR. Poliovírus pode ser também identificado por amplificação direta a partir das fezes seguida de sequenciamento genômico.   |
| <b>PRESENÇA DE ANTICORPOS</b>             | anticorpos neutralizantes aparecem precocemente e podem estar em níveis elevados no momento em que o paciente está hospitalizado; aumento de 4x no título de anticorpos pode ser demonstrado   |
| <b>DETECÇÃO DE RNA OU DNA</b>             | o poliovírus pode ser isolado a partir das fezes ou do orofaringe, raramente do LCR; quando isolado de paciente com paralisia flácida aguda, deve proceder também mapeamento de oligonucleotídeos ( <i>fingerprinting</i> ) ou sequenciamento genômico para determinar se a cepa é selvagem ou vacinal   |
| <b>TRATAMENTO ADULTOS</b>                 | -  |
| <b>TRATAMENTO CRIANÇAS</b>                | -  |
| <b>PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO</b>           | -  |
| <b>NOTIFICAÇÃO</b>                        | compulsória, imediata  |

| DOENÇA<br>AGRAVO                          | <b>sarampo</b>   |
|---|--|
| <b>CID</b>                                | B05.9  |
| <b>TRANSMISSÃO</b>                        | por aerossóis eliminados por outro paciente com sarampo  |
| <b>PRECAUÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO</b> | precauções padrão, precauções aéreas; manter as precauções por 4 dias após o início das lesões. Em imunocomprometidos as precauções deverão ser mantidas durante toda a internação.  |
| <b>PERÍODO DE INCUBAÇÃO</b>               | 7 a 21 dias  |
| <b>APRESENTAÇÃO CLÍNICA</b>               | febre prodrômica elevada (até 40,6 °C), conjuntivite (com olhos vermelhos e lacrimejantes), coriza (com secreção escorrendo), tosse, pequenas manchas na forma e tamanho de pontos de centro esbranquiçado ou azul-esbranquiçado sobre uma base eritematosa na mucosa oral (Sinal de Koplik). O exantema típico maculopapular avermelhado, com máculas coalescentes aparece do terceiro ao sétimo dia depois do aparecimento dos sinais prodômicos. O exantema começa na face, se torna generalizado e dura 4 a 7 dias. Pode haver também otite média, diarreia, pneumonia, encefalite (com edema cerebral podendo evoluir para morte encefálica). <b>Definição clínica de caso:</b> exantema maculopapular $\geq 3$ dias; temperatura $\geq 38,3$ °C; tosse, coriza e conjuntivite.<br>Questionar sobre vacinação prévia. |
| <b>DURAÇÃO DA DOENÇA</b>                  | período prodrômico ou catarral: $\pm 6$ dias<br>período exantemático: $\pm 8$ dias<br>período de convalescença: $\pm 6-10$ dias  |
| <b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>            | rubéola, mononucleose infecciosa por Epstein Barr Vírus, escarlatina estreptocócica e estafilocócica, sífilis secundária, entre outras   |
| <b>DIAGNÓSTICO LABORATORIAL</b>           | sorologia para sarampo: IgM<br>PCR<br>swab de orofaringe   |
| <b>PRESENÇA DE ANTICORPOS</b>             | os anticorpos IgM podem ser detectados na fase aguda da doença. Os do tipo IgG têm início após a fase aguda e persistem por vários anos.   |
| <b>DETECÇÃO DE RNA OU DNA</b>             | coletar espécimes (orofaringe/nasofaringe) tão logo quanto possível após o início do exantema  |
| <b>TRATAMENTO ADULTOS</b>                 | suporte; considerar uso de antimicrobianos se evidência de complicações bacterianas  |
| <b>TRATAMENTO CRIANÇAS</b>                | idem acima mais vitamina A 1x/dia por 2 dias nas seguintes doses: 50.000 UI para < 6 meses; 100.000 UI entre 6 a 11 meses; 200.000 UI para $\geq 12$ meses   |
| <b>PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO</b>           | pode ser oferecida para pessoas com exposição ao sarampo e sem evidência de imunidade. Vacina MMR nas primeiras 72h após a exposição ao sarampo. Imunoglobulina nos primeiros 6 dias após a exposição: pacientes com risco elevado de complicações (crianças < 12 meses, gestantes, pacientes com HIV/AIDS) r. Devem ser monitorados sinais/sintomas compatíveis com sarampo nos próximos 7-21 dias após recebimento da profilaxia. Dose: IG IM 0,5 mL/Kg (dose máxima= 15 mL) (crianças < 12 meses); IG EV 400 mg/Kg (gestantes e pacientes com HIV/AIDS)   |
| <b>NOTIFICAÇÃO</b>                        | compulsória, imediata  |



| <b>DOENÇA<br/>AGRAVO</b>                          | <b>síndrome respiratória por coronavírus do Oriente<br/>Médio (MERS-CoV)</b>   |
|---|--|
| <b>CID</b>  |  |
| <b>TRANSMISSÃO</b>                                | contato e aerossóis, mas o conhecimento aqui ainda não é completo  |
| <b>PRECAUÇÕES DE<br/>CONTROLE DE<br/>INFECÇÃO</b> | precauções padrão, de contato e aérea para os pacientes hospitalizados com infecção comprovada ou suspeita. Recomendações do CDC podem ser encontradas pelo link <a href="#">Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Hospitalized Patients with Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV)</a> e inclui como recomendação chave colocar o paciente em isolamento respiratório assim que possível. Os profissionais de saúde devem usar EPIs: luvas, gorro, proteção ocular e proteção respiratória (máscara Ng5). Outros links úteis: <a href="#">Healthcare Provider Preparedness Checklist for MERS-CoV</a> e <a href="#">Healthcare Facility Preparedness Checklist</a> |
| <b>PERÍODO DE<br/>INCUBAÇÃO</b>                   | 2 a 14 dias  |
| <b>APRESENTAÇÃO<br/>CLÍNICA</b>                   | febre e sintomas de doença respiratória tais como tosse ou taquipnéia, dentro de 14 dias depois de viajar por países da Península Arábica ou da sua proximidade (Bahrain, Iran, Iraque, Israel, Jordânia, Kuwait, Líbano, territórios Palestinos, Oman, Qatar, Arábia Saudita, Síria, Emirados Árabes Unidos e Yemen). Adicionalmente, avaliar pacientes com sintomas respiratórios e febre que tiveram contato com viajantes sintomáticos dessas áreas.   |
| <b>DURAÇÃO DA<br/>DOENÇA</b>                      | é necessário o melhor entendimento da história natural da doença   |
| <b>DIAGNÓSTICO<br/>DIFERENCIAL</b>                | influenza  |
| <b>DIAGNÓSTICO<br/>LABORATORIAL</b>               | coletar múltiplos espécimes de diferentes sítios em momentos distintos após o início dos sintomas. Preferir espécimes respiratórios baixos, mas recomenda-se também coletar espécimes de nasofaringe e orofaringe, assim também como de fezes e de sangue dependendo do tempo entre o início dos sintomas e a coleta do espécime clínico. Para obter mais detalhes, consulte as Recomendações do CDC: <a href="#">Interim Guidelines for Collecting, Handling, and Testing Clinical Specimens from PUIs for MERS-CoV</a> .   |
| <b>PRESENÇA DE<br/>ANTICORPOS</b>                 | para caso suspeito, se os sintomas do paciente com infecção respiratória baixa em andamento iniciaram há 14 dias ou mais, uma amostra única de soro para detecção de anticorpos é suficiente   |
| <b>DETECÇÃO DE<br/>RNA OU DNA</b>                 | coletar espécime respiratório dentro dos primeiros 7 dias de sintomas, preferencialmente nos dias 3-4  |
| <b>TRATAMENTO<br/>ADULTOS</b>                     | suporte  |
| <b>TRATAMENTO<br/>CRIANÇAS</b>                    | idem acima   |
| <b>PROFILAXIA<br/>PÓS-EXPOSIÇÃO</b>               | -  |
| <b>NOTIFICAÇÃO</b>                                | compulsória, imediata  |

## Links úteis

Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre

<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>

POA app

<https://itunes.apple.com/us/app/poa-app/id871936284?mt=8>

Ministério da Saúde do Brasil

<http://portalsaude.saude.gov.br>

Yellow Book

<http://wwwnc.cdc.gov/travel/page/yellowbook-home-2014>

European Centre for Disease Prevention and Control (ecdc)

<http://www.ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>

ecdc factsheet

<http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Pages/AZIndex.aspx>

## Referências

Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis. EVDT/CGVS/SMS/POA. Reunião Preparatória para a Copa. 29/04/2014.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). Infectious diseases related to travel. Chapter 3. Traveler's Health. Disponível em URL: <http://wwwnc.cdc.gov>

Center for Disease Control and Prevention (CDC). West Nile Virus. <http://www.cdc.gov/westnile/healthCareProviders/>

MERS-CoV. [http://www.medscape.com/viewarticle/824588?src=wnl\\_edit\\_specol&uac=36019BK](http://www.medscape.com/viewarticle/824588?src=wnl_edit_specol&uac=36019BK)

MERS-CoV. <http://www.medscape.com/viewarticle/802881>

Ebola. <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/fact-sheet.pdf>

Zika fever. <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/15/9/09-0442-f1.htm>

Malaria. <http://www.cdc.gov/malaria/about/disease.html#uncomplicated>

Malaria. [http://www.cdc.gov/malaria/diagnosis\\_treatment/treatment.html](http://www.cdc.gov/malaria/diagnosis_treatment/treatment.html)

Profilaxia da infecção pelo HIV em crianças que sofreram abuso sexual.

[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)

PEP. Brasil, 2010. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectado pelo HIV suplemento 3, Ministério da Saúde.

Chikungunya. Plano de Contingência de Chikungunya 2014 do MS e Norma Técnica do MS sobre o mesmo assunto.