

Preconização de condutas para o enfrentamento de casos suspeitos de Febre Maculosa em Lagoa Santa

Secretaria Municipal de Saúde - Gabinete do Gestor - Lagoa Santa/MG - Brasil

Grupo de Diretrizes Clínicas – GDC/SMS/SUS/LSMG - Nota técnica: nº 003/17-08-2017

Às Unidades Básicas de Saúde de Lagoa Santa:

A Secretaria Municipal de Saúde, através do GDC – Grupo de Diretrizes Clínicas - e homologado pelo seu gestor, considerando o Parecer Técnico/01-2017 emitido pela EPAMIG - Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais - emitido em 1º de agosto de 2017 acerca do risco de ocorrência de casos de Febre Maculosa Brasileira (FMB) em função do rápido aumento da população de capivaras (*Hydrochoerus hydrochaeris*) que habita a orla da Lagoa Central do Município de Lagoa Santa/MG, com base em estudos científicos elaborados e disponibilizados pelos pesquisadores abaixo:

- **Dr. Daniel Sobreira Rodrigues:** graduado e mestre em medicina veterinária pela UFMG, doutor em Ciência Animal também pela escola de veterinária da UFMG, pesquisador da área de Controle de Ecto e Endoparasitoses da Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais (EPAMIG). Responsável técnico do sistema de produção de leite - rebanho 3/4 holandês x zebu, da Fazenda Experimental Santa Rita - FESR/EPAMIG;

- **Dr. Gustavo Fontes Paz:** graduado e mestre em medicina veterinária pela UFMG, doutor em Ciências da Saúde (Área de concentração em Doenças Infecciosas e Parasitárias) pela Fundação Oswaldo Cruz/centro de Pesquisas René Rachou. Pesquisador em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisas René Rachou. Tem experiência na área de Medicina Veterinária Preventiva, Doenças Parasitárias, com ênfase em leishmaniose;

- **Dr. Ricardo Nascimento Araújo:** graduado em medicina veterinária pela UFMG, doutor em Parasitologia pela UFMG, programa de doutorado com estágio no exterior pelo *United States Department of Agriculture*. Atualmente é professor adjunto I na UFMG. Tem experiência na área de Parasitologia atuando principalmente nos seguintes temas:

comportamento alimentar de artrópodes hematófagos, moléculas salivares e intestinais que influenciam na hematofagia e epidemiologia de ectoparasitos;

- **Dr. Romário Cerqueira Leite:** doutor em Ciências Veterinárias pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, atualmente é professor titular da Escola de Veterinária da UFMG. Tem experiência na área de Doenças Parasitárias, com ênfase em controle estratégico integrado de parasitos, atuando principalmente nos seguintes temas: *Boophilus microplus*, *Amblyomma*, *Dermatobia hominis*, *Haematobia irritans* e verminoses;

E com base nas considerações abaixo apresentadas no referido parecer, a saber:

- a. A orla da Lagoa Central apresenta condições epidemiológicas favoráveis para a circulação e amplificação da *Rickettsia rickettsii*, agente etiológico da FMB, e ocorrência de casos clínicos em humanos, com altas taxas de letalidade e de seqüelas graves;
- b. Essas condições são: proximidade de região endêmica (Região Metropolitana de Belo Horizonte) e presença, em ambiente urbano, de grande quantidade de hospedeiros (capivaras) e vetores (carrapatos) com capacidade de se contaminar e transmitir o agente;
- c. Não foram observados indícios de outra população de animais silvestres ou domésticos, em grande quantidade no local, com potencial semelhante ao da população de capivaras em relação à ocorrência de casos clínicos de FMB;
- d. Foram observados durante a inspeção, que a população de carrapatos, ninfas de *Amblyomma sp.* está suficientemente alta para oferecer risco às pessoas que freqüentam o local;
- e. O tamanho da população humana exposta ao risco de ocorrência de FMB é elevado e extrapola os limites do município.
- f. Recomenda a adoção de medidas preventivas pela Prefeitura de Lagoa Santa frente ao exposto.

Considerando ainda que, a Febre Maculosa Brasileira (FMB) é uma doença de importância para a saúde pública, pois acomete a população economicamente ativa; é uma doença infecciosa, febril aguda, de gravidade variável, cuja apresentação clínica pode variar desde

formas leves e atípicas até formas graves, com elevada taxa de letalidade. No Brasil, a febre maculosa apresenta-se de forma endêmica em alguns estados com destaque para São Paulo, Santa Catarina e Minas Gerais (MSBR, 2017).

Vem, respeitosamente, esclarecer e definir condutas para o enfrentamento de casos suspeitos de Febre Maculosa Brasileira (FMB) no município de Lagoa Santa, sendo:

Agente etiológico e modo de transmissão: A Febre Maculosa Brasileira (FMB) é uma doença causada por uma bactéria do gênero *Rickettsia* (*Rickettsia rickettsii*). Os carrapatos (*Amblyomma sp.*) que são parasitas hematófagos, isto é, alimentam-se do sangue de seus hospedeiros, podem se contaminar com a bactéria causadora da Febre Maculosa durante o seu repasto nos ambientes silvestres (Ex: ao picar capivaras, equinos, bovinos, outros). Uma vez infectado, um carrapato permanece na condição de transmissor da doença por toda a vida que dura, em média, 18 meses. Para que a infecção de humanos ocorra, um carrapato infectado precisa ficar aderido à pele, em média, por 4 a 6 horas; se houver lesões na pele, o contágio pode ocorrer no momento da coçadura/esmagamento do inseto. De modo geral, não há risco de transmissão pessoa a pessoa.

Surto: Diferentemente da Dengue, Malária e Leishmaniose, por exemplo, na maioria das vezes a Febre Maculosa apresenta-se como casos isolados ou como pequenos surtos, geralmente, entre membros de uma mesma família ou grupos de indivíduos com atividades em comum. Surtos com dezenas ou centenas de casos não ocorrem na Febre Maculosa e, assim, outras doenças precisam ser consideradas.

Letalidade: Apesar de ser considerada uma doença de baixa frequência, a taxa de mortalidade é elevada devido à falta de diagnóstico adequado e de tratamento precoce. De acordo com informações da FIOCRUZ no Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, nos últimos 20 anos praticamente todos os casos de óbito por febre maculosa tiveram o diagnóstico inicial de Dengue.

Aspectos clínicos: Por ser uma doença sistêmica a febre maculosa pode apresentar um curso clínico variável, desde quadros clássicos a formas atípicas sem exantema. Em sua fase

inicial, a FMB apresenta-se com sintomas clínicos inespecíficos, incluindo febre alta, cefaléia, mialgia, mal estar generalizado e hiperemia das conjuntivas; sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal) ocorrem em um número significativo de pacientes. Exantema maculopapular, embora tenha grande importância na identificação de casos suspeitos, pode vir a ser um evento tardio, podendo se manifestar até o 6º dia de início dos sintomas; esse retardo pode, eventualmente, resultar em atraso no diagnóstico. A suspeita clínica tardia determina o início atrasado do tratamento específico e, conseqüentemente, risco maior de um prognóstico desfavorável. Por outro lado, embora seja o sinal clínico mais importante, o exantema pode estar ausente, dificultando ainda mais o diagnóstico e tratamento precoces, determinando uma maior letalidade. Com a progressão da doença o exantema pode evoluir nos casos mais graves para hemorragia e icterícia. A ausência da introdução da terapêutica antimicrobiana específica em tempo oportuno, pode resultar na progressão do quadro clínico com complicações que incluem acometimento neurológico, insuficiência respiratória, insuficiência renal, hipotensão e choque.

Diagnóstico: Diante da suspeita clínica de febre maculosa e dos antecedentes epidemiológicos, deve-se solicitar os exames laboratoriais para confirmação diagnóstica:

- a) Reação de imunofluorescência indireta (IFI) – padrão ouro: possui alta sensibilidade e especificidade e permite identificar a presença de anticorpos anti-*Rickettsia* no sangue do paciente (MSBR, 2017). A IFI é disponibilizada pela Fundação Ezequiel Dias - FUNED.
- b) Em geral, os anticorpos são detectados a partir do 7º até o 10º dia de doença. Os anticorpos IgM podem apresentar reação cruzada com outras doenças (dengue, leptospirose, entre outras) e, portanto, devem ser analisados com critério. Já os anticorpos IgG aparecem pouco tempo depois dos IgM e são os mais específicos e indicados para interpretação diagnóstica. O diagnóstico laboratorial por IFI é estabelecido pelo aparecimento de anticorpos específicos, que aumentam em título com a evolução da doença, no soro de pacientes. Deve-se coletar a primeira amostra de soro nos primeiros dias da doença (fase aguda) e a segunda amostra de 14 a 21 dias após a primeira coleta. A presença de um aumento de quatro vezes nos títulos de anticorpos, observado em amostras pareadas de soro, é o requisito para confirmação diagnóstica pela sorologia. Cabe ressaltar, entretanto, que em alguns casos de febre maculosa - entre o 7º

e 10º dia - alguns indivíduos não tem anticorpos em níveis detectáveis e o resultado da análise preliminar de sangue pode ser falso negativo.

- c) Técnicas de biologia molecular – reação da polimerase em cadeia (PCR): permite detectar a presença do material genético da bactéria. O PCR é recomendado em casos graves e óbitos, devendo ser realizado na fase inicial da doença, quando anticorpos anti-*Rickettsia* ainda não são detectados;
- d) Imuno-histoquímica: reagente para antígenos específicos de *Rickettsia sp.*; e isolamento em cultura do agente etiológico; são menos utilizados.

Diagnóstico diferencial: Em virtude da sintomatologia extremamente inespecífica, em sua fase inicial, a FMB é frequentemente confundida com outros agravos, incluindo-se, entre outras doenças, a leptospirose, a dengue, as salmoneloses, as enteroviroses e a malária. Com a progressão da doença e o surgimento do exantema, e nos casos mais graves, hemorragia e icterícia, outros diagnósticos diferenciais passam a ser considerados, como meningococemia, febre amarela, formas graves de malária e leptospirose, doenças exantemáticas, ou ainda outras doenças transmitidas por carrapatos, como as do grupo do tifo, erliquioses e borreliose.

Definição de caso: Na avaliação de casos de FMB é necessário considerar os aspectos clínicos (sinais e sintomas) da doença, os antecedentes epidemiológicos e os resultados laboratoriais.

Caso suspeito: Indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaléia, e que tenha relatado história de picada de carrapatos e/ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou ter frequentado área sabidamente de transmissão de febre maculosa, nos últimos 15 dias; e/ou indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaléia e mialgia, seguidas de aparecimento de exantema maculopapular, entre o 2º e o 5º dias de evolução, e/ou manifestações hemorrágicas.

Caso confirmado:

- a) Critério laboratorial: Indivíduo cujos sinais, sintomas e antecedentes epidemiológicos atendam à definição de caso suspeito e no qual tenha sido confirmada laboratorialmente infecção por *Rickettsia* do grupo febre maculosa.
- b) Critério clínico-epidemiológico: Utilizado para o encerramento de casos que foram a óbito e que tenham apresentado sinais e sintomas compatíveis com a doença, além de antecedentes epidemiológicos.

Caso descartado:

- a) Caso suspeito com diagnóstico confirmado para outra doença.
- b) Caso suspeito sem dados suficientes para confirmar o diagnóstico de febre maculosa.

Tratamento: O sucesso do tratamento - redução de danos e da letalidade potencialmente associada à febre maculosa - está diretamente relacionado à precocidade de sua introdução e à especificidade do antimicrobiano prescrito. Em geral, quando a terapêutica apropriada é iniciada nos primeiros 5 dias da doença, a febre tende a desaparecer entre 24 e 72 horas após o início da terapia e a evolução tende a ser benigna. ***A partir da suspeita de febre maculosa, a terapêutica com antibióticos deve ser iniciada imediatamente, não se devendo esperar a confirmação laboratorial do caso.*** De acordo com o Ministério da Saúde (MSBR, 2017), as evidências clínicas, microbiológicas e epidemiológicas atuais, estabelecem que a doxiciclina é o antimicrobiano de primeira escolha para terapêutica de todos os casos suspeitos de infecção pela *Rickettsia rickettsii* e de outras riquetsioses, independentemente da faixa etária e da gravidade da doença. Na impossibilidade de utilização da doxiciclina, oral ou injetável, preconiza-se o cloranfenicol como droga alternativa.

Tabela 1: Tratamento para FMB

Adultos	
Doxiciclina (1ª opção)	– 100 mg de 12 em 12 horas, por via oral ou endovenosa, a depender da gravidade do caso, o tempo de tratamento padrão é de 7 dias, mas pode ser optado por uma duração que inclua 3 dias adicionais após o término da febre. Sempre que possível a doxiciclina deve ser priorizada.
Cloranfenicol (2ª opção)	– 500 mg de 6 em 6 horas, por via oral, o tempo de tratamento padrão é de 7 dias, mas pode ser optado por uma duração que inclua 3 dias adicionais após o término da febre. Em casos graves, recomenda-se 1,0 g (um grama), por via endovenosa, a cada 6 horas, até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, mantendo-se o medicamento por mais de 7 dias, por via oral, na dose de 500 mg, de 6 em 6 horas.
Crianças	
Doxiciclina (1ª opção)	– para crianças com peso inferior a 45 kg, a dose recomendada é 2,2 mg/kg de 12 em 12 horas, por via oral ou endovenosa, a depender da gravidade do caso, o tempo de tratamento padrão é de 7 dias, mas pode ser optado por uma duração que inclua 3 dias adicionais após o término da febre. Sempre que possível seu uso deve ser priorizado.
Cloranfenicol (2ª opção)	– 50 a 100 mg/kg/dia, de 6 em 6 horas, até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, nunca ultrapassando 2,0 g por dia, por via oral ou endovenosa, dependendo das condições do paciente. O tempo de tratamento padrão é de 7 dias, mas pode ser optado por uma duração que inclua 3 dias adicionais após o término da febre.

- a) Situações especiais: Abordagem em casos que necessitam de uma criteriosa avaliação da relação risco-benefício:
- a. Em caso de situações de imunossupressão (pacientes oncológicos, soropositivos, etc), deverá ser avaliada a necessidade de testes diagnósticos e tratamento distintos dos utilizados em indivíduos imunocompetentes;

- b. A definição da conduta em gestantes/lactantes deverá incluir análise da indicação de tratamento e recomendações terapêuticas, a depender do período em que a gestante/nutriz se encontre;
 - c. A definição da conduta em crianças deverá incluir análise da indicação de tratamento.
- b) Para fins de tratamento com medicamento endovenoso, orienta-se:
- a. Seu uso será condicionado ao envio da notificação do caso suspeito no SINAN e da prescrição médica à Farmácia Municipal, obedecendo-se o esquema terapêutico recomendado.
 - b. Tratamento será realizado no Pronto Atendimento Municipal (PAM) ou Santa Casa de Lagoa Santa, pois a administração deste medicamento endovenoso deve ser realizada em ambiente hospitalar sob supervisão médica (Vide Fluxograma - Anexo I).
- c) Para fins de avaliação e dispensação dos medicamentos orais (Doxiciclina ou Cloranfenicol) pela Farmácia Municipal de Saúde, orienta-se:
- a. Seu uso será condicionado ao envio da notificação do caso suspeito no SINAN e da prescrição médica à Farmácia Municipal, obedecendo-se o esquema terapêutico recomendado (Vide Fluxograma - Anexo I).
- d) Conduta da Assistência Farmacêutica frente à prescrição do Cloranfenicol suspensão:
- a. O medicamento Cloranfenicol suspensão é disponibilizado pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da Superintendência Regional de Saúde de BH (SRS/BH). No caso de prescrição deste medicamento para o tratamento da FMB, após o recebimento da ficha de notificação e a prescrição médica, a Farmácia Municipal deve seguir o seguinte fluxo:
 - b. A ficha de notificação preenchida e a prescrição médica deverão ser encaminhadas pela Farmácia Municipal à epidemiologia da SRS/BH para avaliação e autorização da liberação do tratamento. E-mails de envio: epidemi.bh@saude.mg.gov.br e talita.chamone@saude.mg.gov.br;
 - c. O medicamento será dispensado pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica – NAF, da Superintendência Regional de Saúde de BH – SRS/BH, sendo obrigatório o registro da dispensação no SIGAF.

- d. Após a dispensação do medicamento à Farmácia Municipal, esta disponibilizará o medicamento ao paciente para prosseguimento do tratamento.
- e) **Alerta:** *Não é recomendada a antibioticoterapia profilática para indivíduos assintomáticos que tenham sido recentemente picados por carrapatos, uma vez que dados da literatura apontam que tal conduta poderia, dentre outras consequências, prolongar o período de incubação da doença.*

Notificação: A Notificação de Febre Maculosa Brasileira é de caráter compulsório, devendo ser realizada de acordo com os seguintes prazos:

- a) De acordo com a Portaria Nº 1.271, de 06 de junho de 2014, um caso de febre maculosa deve ser notificado em até 24 horas às autoridades sanitárias competentes, por telefone, fax, e-mail ou qualquer outro meio de comunicação.
- b) Caso a Secretaria Municipal de Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde não disponham de infraestrutura, principalmente nos fins de semana, feriados e período noturno, a notificação deverá ser feita à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS pelo Disque-Notifica (Tel: 0800-644-6645), por meio de mensagem de correio eletrônico enviada ao endereço notifica@saude.gov.br ou, diretamente, pelo sítio eletrônico da Secretaria de Vigilância em Saúde, no endereço www.saude.gov.br/svs.

Educação em saúde: Caberá ao Núcleo de Vigilância em Saúde (NUVISA) em parceria com o Grupo de Estudos e Pesquisa, Trabalho, Educação e Sociedade (GETES) e ao Serviço de Comunicação da Prefeitura Municipal de Lagoa Santa:

- a) Recomendar e/ou disponibilizar curso de capacitação em diagnóstico e tratamento da febre maculosa para os profissionais da rede de saúde pública e privada;
- b) Capacitação da rede será realizada entre os dias 04/09/2017 a 15/08/2017, para os públicos: Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos da rede de Atenção Primária à Saúde, com cronograma específico para cada categoria profissional;
- c) Elaborar campanha publicitária de teor informativo e educacional, direcionado ao público que frequenta a orla da Lagoa Central;

d) Emitir alerta para os profissionais da rede de saúde pública e privada para a possibilidade de ocorrência de casos de FMB, dentre os grupos das febres hemorrágicas.

Considerações acerca das ações referentes ao manejo ambiental das capivaras e cuidados específicos com o entorno da Lagoa Central, tais como as descritas abaixo:

- a) Manter as margens da orla da lagoa constantemente roçadas e uma altura de 3cm, com o objetivo de reduzir ao máximo, a oferta de gramíneas, principal constituinte da dieta das capivaras e principal determinante do sucesso reprodutivo da espécie;
- b) Realizar a pulverização ambiental das margens da orla da lagoa com acaricida específico, mensalmente, entre os meses de abril e setembro, período de maior risco de transmissão da FMB, durante 03 anos;
- c) Proceder à captura e remoção de todas as capivaras, e realizar a soltura dos animais em área de Reserva Legal, em local o mais distante possível do ponto de captura, com disponibilidade de água e alimento, dentro do próprio município;
- d) Monitorar regularmente a orla da lagoa para proceder à captura e soltura de novos indivíduos e evitar a reintrodução da espécie no ambiente;
- e) Cercar a orla da lagoa com material específico que não impeça a visibilidade da lâmina de água, e que impeça o acesso da espécie ao ambiente líquido, fator esse determinante para a permanência da espécie no local, utilizando para isso, projeto de urbanização e paisagismo;
- f) Plantar na orla da lagoa árvores de alto porte e capacidade de sombreamento, com objetivo de inibir o crescimento de gramíneas e a disponibilidade de alimento para as capivaras;
- g) Contratar empresas especializadas para cada ação e observar a legislação vigente, de forma a realizar um trabalho eficiente e seguro para todos os envolvidos;

Serão de responsabilidade dos órgãos municipais competentes, seguindo as recomendações propostas pelo Parecer Técnico/01-2017 emitido pela EPAMIG - Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais.

Deliberações conjuntas:

- a) Criação do Comitê de Prevenção, Promoção e Enfrentamento para Febre Maculosa Brasileira;
- b) Decreto de Utilização do Espaço da Lagoa Central de emissão pelo Prefeito Municipal;
- c) Estudo da Infestação de carrapatos a ser realizado pela Vigilância Sanitária Municipal;
- d) Contratação a ser realizada para elaboração do Plano de Manejo Ambiental;

Referências Bibliográficas:

- BRASIL. **Febre maculosa: análise dos dados epidemiológicos de 2010 a 2014**. Disponível em: www.saude.gov.br – Portal da Saúde. SUS. Ministério da Saúde. Acessado em 05/07/2017.
- BRASIL. SVS. **Febre Maculosa**. Disponível em: www.saude.gov.br – Portal da Saúde. SUS. Ministério da Saúde. Acessado em 05/07/2017.
- Del Fiol FS, Junqueira FM, Rocha MCP, Toledo MI, Barberato Filho S. **A febre maculosa no Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(6):461–6.
- FIOCRUZ. **Especialista esclarece dúvidas sobre a febre maculosa, transmitida pelo carrapato-estrela**. Informações Renata Fontoura (IOC/Fiocruz), por Vinicius Ferreira e Cristiane Albuquerque. 2004. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/especialista-tira-duvidas-sobre-febre-maculosa-em-entrevista-para-o-instituto-oswaldo-cruz> . Acessado em: 04/07/2017.
- SES/MG. **Manual de Fluxos Terapêuticos** Superintendência Regional De Saúde - BH . Núcleo De Assistência Farmacêutica. Farmácia De Todos - Unidade Regional De Belo Horizonte. 6ª ed. 2016.
- SINAN. **Casos confirmados de febre maculosa**. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 2000 a 2017. Atualização realizada em 09/05/2017.
- SINAN. **Óbitos de febre maculosa**. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 2000-2017*. Atualização realizada em 09/05/2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação- Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.773 p.

Grupo Gestor:

Michelli de Matos Moreno

Coordenadora do Núcleo de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Lagoa Santa. Graduada em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Curso de formação e qualificação de gestores nacionais do SUS pela ENSP-FIOCRUZ. Especialista em Educação em Saúde pela UFRS. Em conclusão de especialização de Vigilância em Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês em parceria com o Ministério da Saúde.

Endy Puff Mendes do Valle Lippi

Membra do Grupo de Diretrizes Clínicas, Secretaria Municipal de Saúde, Lagoa Santa. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Saúde e Ecologia Humana - FASEH. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Minas Gerais - NESCON. Pós graduada em Oncologia pelo Centro Universitário UNA/BH.

Henrique Lopes Lemos de Oliveira

Membro do Grupo de Diretrizes Clínicas, Secretaria Municipal de Saúde, Lagoa Santa. Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais. Pós graduado em Medicina do Trabalho pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

Marcos Hanashiro e Silva

Chefe de Departamento da Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Lagoa Santa. Graduado em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Mestre em Biologia Vegetal pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Adson José Moreira

Referência Técnica da Central de Abastecimento Farmacêutico, Secretaria Municipal de Saúde, Lagoa Santa. Graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Especialista em Saúde Pública pelo Departamento de Farmácia Social da UFMG. Área concentração medicamentos.

Júnia Édia Ribas

Referência técnica do Pronto Atendimento Municipal. Secretaria Municipal de Saúde, Lagoa Santa. Graduada em Enfermagem pela UNIAR – Santo André/SP.

Lagoa Santa, 25 de agosto de 2017.

GILSON URBANO DE ARAÚJO

Secretário Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Lagoa Santa



Anexo I - Fluxograma Febre Maculosa Brasileira (FMB)

C A S O S U S P E I T O

Indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaléia, e que tenha relatado história de picada de carrapatos e/ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou ter frequentado área sabidamente de transmissão de febre maculosa, nos últimos 15 dias; e/ou indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaléia e mialgia, seguidas de aparecimento de exantema maculopapular, entre o 2º e o 5º dias de evolução, e/ou manifestações hemorrágicas.



A UNIDADE DE SAÚDE E/OU PRONTO ATENDIMENTO E/OU HOSPITAL MUNICIPAL

DEVERÃO SEGUIR O PASSO-A-PASSO ABAIXO:

Passo 01: Preencher, imediatamente, a Ficha Individual de Investigação (vide Anexo "II") e enviar a notificação ao serviço de Epidemiologia do município.

Passo 02: Se houver dúvida no diagnóstico, médico e/ou enfermeiro do serviço de saúde devem entrar em contato com o Hospital Eduardo de Menezes - (Tel: 3328-5000) e/ou com o centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do Estado de Minas Gerais - CIEVS/Minas (Tel: 3916-0442) e solicitar a discussão do caso com um infectologista (Dra. Tânia Marcial).

Passo 03: Deve-se agendar na Fundação Ezequiel Dias - FUNED - a realização de exames laboratoriais (ex: IFI, imunohistoquímica, outros) para confirmação do caso.



SE O CASO FOI DESCARTADO (NÃO É FEBRE MACULOSA):

Passo 04: Informar ao serviço de Epidemiologia para notificação aos órgãos competentes e encerramento do caso. A Epidemiologia deverá comunicar o resultado negativo à Unidade Básica de Saúde (UBS) do paciente para que o mesmo seja convocado à UBS e receba orientações médicas sobre o caso.





SE O CASO FOI CONFIRMADO (É FEBRE MACULOSA):

Passo 04: O serviço de epidemiologia deve informar a confirmação do caso à UBS do paciente para que a mesma realize o monitoramento do caso.

Passo 05: A UBS deve entrar em contato com o serviço de Assistência Farmacêutica (Tel: 3688-1426 ou ramal 2208) e discutir o caso com o responsável técnico da CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico) para disponibilização do medicamento.

Passo 06: Atualizar a Ficha Individual de Investigação (Anexo "II") e enviar a notificação com os dados atualizados em duas vias:

1ª via: enviar à CAF + prescrição médica em duas vias;

2ª via: enviar ao serviço de Epidemiologia do município;

A CAF, com base na prescrição médica, irá definir se a dispensação dos medicamentos será realizada diretamente ao paciente (via oral) e/ou se os medicamentos (via endovenosa) serão encaminhados para o Pronto Atendimento e/ou Hospital Municipal junto à 2ª via da prescrição médica. A custódia dos medicamentos venosos deverá ser feita pelo PAM e/ou Hospital.

ATENÇÃO! Medicamentos venosos para FMB não devem ser entregues ao paciente devido ao risco de extravio ou danos à conservação dos mesmos.

Passo 07: A UBS deve fazer contato com a referência técnica do PAM ou Hospital Municipal e informar que há um caso confirmado de febre maculosa que precisa receber tratamento venoso sob supervisão especializada. O PAM ou Hospital Municipal devem providenciar o cuidado terapêutico pelo período acordado com a UBS e prestar informações sobre o andamento do tratamento.

ATENÇÃO! O tratamento venoso é contínuo e não deve ser interrompido até a administração de todas as doses preconizadas.

Passo 08: Durante o tratamento caberá à UBS entrar em contato com o paciente/familiar para seguimento do caso (verificar se o tratamento está sendo feito de maneira adequada).

Passo 09: Se há cura/alta do paciente, a UBS deverá realizar busca ativa do mesmo para evoluir o prontuário da unidade e encerrar o caso.

Anexo II - Ficha de Investigação Online Febre Maculosa Brasileira (FMB)

As fichas de investigação epidemiológica estão disponíveis para acesso público nos endereços eletrônicos abaixo (arquivos em pdf que podem ser impressos):

Febre Maculosa Brasileira: <http://portalsinan.saude.gov.br/febre-maculosa>