Orientações Técnicas para

ESTRATÉGIA INTEGRADA DE VIGILÂNCIA E RESPOSTA ÀS DOENÇAS NA REGIÃO AFRICANA

2ª EDICIÇÃO

2010

Orientações Técnicas para a Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças na Região Africana

Outubro de 2010

Tradução Portuguesa Março de 2011

Organização Mundial da Saúde
Escritório Regional para a África
Serviços de Prevenção e Controlo das Doenças
Brazzaville, República do Congo

Centros de Prevenção e Controlo das Doenças
Centro da Saúde no Mundo
Divisão de Desenvolvimento da Força de Trabalho
e Sistemas de Saúde Pública
Atlanta, Georgia, EUA

A segunda edição das Orientações Técnicas para a Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças (IDSR) foi preparada pela Unidade de Prevenção e Controlo das Doenças, com a participação e o envolvimento activos dos programas relativos à vigilância das doenças, no Escritório Regional da OMS para a África (AFRO), em Brazzaville, no Congo, bem como dos Centros de Prevenção e Controlo das Doenças (CDC), em Atlanta, nos EUA.

A finalidade desta revisão foi actualizar a informação existente, incluir outras doenças, condições e ocorrências de saúde pública prioritárias e integrar os aspectos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) que se referem à vigilância das doenças.

No decurso do planeamento para actualizar estas orientações, as equipas de desenvolvimento da IDSR, que tinham preparado a 1ª edição, apresentaram, a pedido, sugestões e pareceres para melhorar as recomendações, que foram recebidos com agrado. Esta revisão baseia-se nos conhecimentos técnicos de mais de 100 peritos de vigilância das doenças, da OMS, do CDC e dos Ministérios da Saúde dos países africanos que conceberam e produziram a 1ª edição.

O processo de revisão envolveu consultas internas da OMS, seguidas de consultas mais alargadas, que envolveram uma série de reuniões com vários parceiros e Estados-Membros. Por outro lado, foi constituído um grupo de acção *ad hoc* da IDSR, para ajudar no processo de revisão. A versão final foi revista pelos pares desse grupo de acção *ad hoc*, assim como durante uma reunião consultiva final de parceiros, que se realizou em Agosto de 2010.

Compilado e editado por:

Dr. Francis Kasolo, MD, MSc, PhD, DTM&H RCP
Gestor do Programa de Vigilância Integrada das Doenças
Serviços de Prevenção e Controlo das Doenças
OMS AFRO
Brazzaville, Congo

Dr. Jean Baptist Roungou, MD, MPH
Director
Serviços de Prevenção e Controlo das Doenças
OMS AFRO
Brazzaville, Congo

Helen Perry, PhD
Centros de Prevenção e Controlo das Doenças
Centro da Saúde no Mundo
Divisão de Desenvolvimento da Força de Trabalho e Sistemas de Saúde Pública
Extensão de Epidemiologia no Terreno e Desenvolvimento de Sistemas
Atlanta, Geórgia

Autores

Os peritos que constam da seguinte lista participaram activamente em várias fases da redacção e revisão deste documento.

<table>
<tr><th>CDC</th><th rowspan="2">OMS</th></tr>
<tr><td>Dr. Peter Nsubuga
Chefe da Extensão de Epidemiologia no Terreno e Desenvolvimento de Sistemas, Divisão de Desenvolvimento da Força de Trabalho e Sistemas de Saúde Pública, Centro da Saúde no Mundo

Drª. Helen Perry
Chefe da Equipa da IDSR, Extensão de Epidemiologia no Terreno e Desenvolvimento de Sistemas, Divisão de Desenvolvimento da Força de Trabalho e Sistemas de Saúde Pública, Centro da Saúde no Mundo

Sr. Kevin Embrey
Membro da Associação das Escolas de Saúde Pública, Extensão de Epidemiologia no Terreno e Desenvolvimento de Sistemas, Divisão de Desenvolvimento da Força de Trabalho e Sistemas de Saúde Pública, Centro da Saúde no Mundo</td><td rowspan="3">Dr. Adamou Yada, EPR/DPC
Dr. Fernando da Silveira, IDS/DPC
Dr. Kwenteminga Tshioko, IDS/DPC
Dr. Louis H. Ouedraogo, IDS/DPC
Dr. Peter Gaturuku, IDS/DPC
Dr. Ali Yahaya, IDS/DPC
Dr. Boureima Sambo, NPC/DPC
Dr. Zabloni Yoti, EPR/DPC
Dr.Wondimagegnehu Alemu, WR Serra Leoa
Dr. Bernido Impouma, EPR/DPC
Drª. Celia Woodfill, EPR/DPC
Dr. Ladry Bide, NTD/DPC
Drª. Patience Mensah, FAN/HPR
Dr. Bakyaita Nathan, MAL/ATM
Dr. Abdikamal Alisalad, RPA/ATM
Dr. Deo Nshimirimana, IVD/ARD
Dr. Ekeke Monono, MVI/DPC
Dr. Abel Dushimimana, MPS/FRH
Dr.ª Henriette Wembanyama, TUB/ATM
Dr.ª Sebastiana Da Gama Nkomo, MVI/DPC
Dr. Jean-Marie Dangou, NPC/DPC
Dr. Sidi Allel Louazani, HRF/HPR
Sr. Corera Choueibou, IDS/DPC
Dr. Phanuel Habimana, CAH/DRH</td></tr>
<tr><th>USAID</th></tr>
<tr><td>Dr. Sambe Duale
Director Técnico e Conselheiro para as Doenças Infecciosas
USAID/Saúde em África em 2010
Washington, DC</td></tr>
</table>

Desenho da Capa e Apoio Gráfico de Diane Speight (B.A.), CDC, Atlanta

O material deste manual é do domínio público e poderá ser usado e impresso sem autorização. No entanto, deverá usar-se como referência a seguinte citação: Organização Mundial da Saúde e Centros de Prevenção e Controlo das Doenças (2010). Orientações Técnicas para a Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças na Região Africana, Brazzaville, República do Congo e Atlanta, EUA: 1-398.

Agradecimentos

Os nossos sinceros agradecimentos aos seguintes peritos, que prestaram o seu contributo técnico durante a revisão da 2ª edição.

Centros de Prevenção e Controlo da Doenças (CDC)	**Organização Mundial da Saúde**
Dr. Ray Arthur Centro da Saúde no Mundo, Divisão da Detecção das Doenças e Resposta às Emergências a nível Mundial Sr. Peter Edwards Centro da Saúde no Mundo, Divisão de Desenvolvimento da Força de Trabalho e Sistemas de Saúde Pública Dr.ª Sharon McDonnell Consultora de Epidemiologia Clínica no Centro da Saúde no Mundo e Professora Associada da Escola Médica de Dartmouth, Departamento de Medicina da Família e da Comunidade e Instituto de Dartmouth de Cuidados de Saúde e Política Sanitária Hanover, New Hampshire, EUA	Dr. Pierre Nabeth, IHR/ Lyon Dr.ª Stella Chungong, IHR/WHO HQ Dr. Rajesh Sreedharan, IHR/WHO HQ Sr. Tukuru Michael, EPR/DPC Sr. Sanyang Yahaya, EPR/DPC Dr. Toshiyasu Shimizu, NTD/DPC Dr. Samuel Okiror, IVD/ARD Dr. Solomon Nzioka, PHE/HPR Dr. Nzuzi Katondi, DPC/Angola Dr. Ekwanzala Florent, DPC/DRC Dr. Kunuz Abdella, DPC/Etiópia Dr. Musa Emmanuel, DPC/Nigéria Dr. Opata Harry, DPC/África do Sul Dr. Kone Mamadou Lamine, África Central IST Dr. Adama Berthé, África Ocidental IST Dr. Eseko Nicholas, África Oriental e Austral IST Dr. Aisu Thomas, África Oriental e Austral IST Drª. Idrissa Sow, WR Eritreia Dr. Balcha Masresha, IVD/ARD Dr. Barrysson Andriamahefazafy, WR Cabo Verde Dr. Thomas Sukwa, WR Gâmbia Dr. Edoh SoumbeyAlley, AHO/ARD Dr. Jean B. Ndihokubwayo, BLT/HSS Dr. Charles Sagoe Moses, MPS/FRH Dr. Yokouide Allarangar, Representante na Guiné-Bissau Dr. John Clements, Consultor
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID)	
Dr. Diafouka Saila-Ngita, USAID/Projecto de Resposta, Kinshasa	

Os nossos sinceros agradecimentos pelos contributos dos seguintes programas da OMS, divisões do CDC e colegas da USAID:

Centros de Prevenção e Controlo das Doenças (CDC)	**Escritório Regional da OMS para a África (AFRO)**
Divisão de Desenvolvimento da Força de Trabalho e Sistemas de Saúde Pública (DPHSWD) Divisão da Detecção das Doenças e Resposta às Emergências a nível Mundial (DGDDER) Divisão do Paludismo e Doenças Parasitárias (DPDM) Divisão de Preparação para as Infecções Emergentes (DPEI) Divisão das Doenças de Origem Hídrica, Alimentar e Ambiental (DFWED) Divisão de Agentes Patogénicos e Patologias de Graves Consequências (DHCPP) Divisão de Doenças Transmitidas por Vectores (DVBD) Divisão da Hepatite Viral (DVH) Divisão da Gripe Divisão das Doenças Virais (DVD) Divisão de Nutrição, Actividade Física e Obesidade (DNPAO) Divisão da Saúde dos Adultos e da Comunidade (DACH)	Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas (IVD) Tuberculose (TUB) Doenças Tropicais Negligenciadas (NTD) Doenças Não Transmissíveis (NCD) Saúde das Crianças e dos Adolescentes (CAH) VIH/SIDA (RPA) Luta contra o Paludismo (MAL) Saúde Mental, Violência e Traumatismos (MVI) Gabinete de Assistência aos Directores Regionais (ARD) Regulamento Sanitário Internacional (HQ & Lyon)
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID)	
Projecto Saúde em África em 2010	

A revisão das orientações técnicas foi apoiada por uma bolsa de cooperação da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, Escritório para a África (USAID/AFR), Washington, DC. Os editores e autores agradecem o empenho da Sr.ª Mary Harvey, USAID/AFR, na parceria que contribuiu para a melhoria da saúde pública na Região Africana.

Siglas

AFRO	Escritório Regional da OMS para a África
AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
CDC	Centros de Prevenção e Controlo das Doenças
CFR	Taxa de Casos Fatais
DNT	Doenças Não Transmissíveis
DSS	Síndrome do Choque do Dengue
EDGS	Equipa Distrital de Gestão Sanitária
EDRR	Equipa Distrital de Resposta Rápida
EAAV	Efeitos Adversos Após a Vacinação
EPP	Equipamento de Protecção Pessoal
EPR	Alerta e Resposta às Epidemias e Pandemias
ERR	Equipa de Resposta Rápida
FHCC	Febre hemorrágica do Congo-Crimeia
FHD	Febre hemorrágica do Dengue
FHE	Febre hemorrágica do Ébola
FHV	Febre Hemorrágica Viral
FL	Filaríase Linfática
FNO	Febre do Nilo Ocidental
FRV	Febre do Vale do Rift
HBP	Hipertensão arterial
Hib	*Haemophilus influenzae* tipo b
IDS	Vigilância Integrada das Doenças
IDSR	Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças
ILI	Doenças do Tipo Gripal
IPC	Prevenção e Controlo das Infecções
IRA	Infecção Respiratória Aguda
IRAG	Infecção Respiratória Aguda Grave
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITN	Mosquiteiros Impregnados com Insecticida
LBW	Baixo Peso À Nascença
Nm	*Neisseria meningitides*
OMS	Organização Mundial da Saúde

Siglas

PAV	Programa Alargado de Vacinação
PB	Perímetro Braquial
PFA	Paralisia Flácida Aguda
PHEIC	Emergências de Saúde Pública de Preocupação Internacional
PHEMC	Comissões de Gestão das Emergências de Saúde Pública
PHENC	Ocorrência de Saúde Pública de Preocupação Nacional
PIV	Vírus da Paragripe Humana
PoE	Ponto de Entrada
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SIGS	Sistema de Informação para a Gestão Sanitária
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose Multirresistente aos Medicamentos
TB-UR	Tuberculose Ultrarresistente aos Medicamentos
TNN	Tétano Neonatal
UB	Úlcera de Buruli
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VHA	Vírus da Hepatite A
VHB	Vírus da Hepatite B
VHC	Vírus da Hepatite C
VHD	Vírus da Hepatite D
VHE	Vírus da Hepatite E
VHS	Vírus da *Herpes simplex*
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana /Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA)

ÍNDICE

Prefácio à segunda edição 1

INTRODUÇÃO 5

O que é a vigilância das doenças? 5

O que é a Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças? 5

O que acontece num sistema integrado? 6

Objectivos da Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças 7

IDSR e RSI (2005) 8

Como são descritas as funções de vigilância nestas orientações? 11

Como podem os distritos reforçar a vigilância e a resposta? 12

De que modo apoia a OMS os esforços para melhorar a IDSR na Região Africana? 16

O que contêm estas orientações? 16

A quem servem estas orientações? 16

Quais são as doenças prioritárias para a IDSR? 17

Anexos à Introdução 19

ANEXO A Preparar a realização da vigilância e resposta a nível distrital 21

ANEXO B Potenciais ocorrências de preocupação internacional para a saúde que requerem notificação à OMS, nos termos do RSI 2005 26

ANEXO C Capacidades essenciais necessárias para a vigilância e resposta, conforme descritas no RSI 28

Secção 1 Identificar casos de doenças, condições e ocorrências prioritárias 31

1.0 Identificar casos de doenças, condições e ocorrências prioritárias 33

1.1 Usar definições de casos padrão 34

1.2 Actualizar os procedimentos distritais para a vigilância e resposta a nível nacional 35

1.3 Melhorar as capacidades dos laboratórios locais para a vigilância e resposta 37

Anexos à Secção 1 41

ANEXO 1A Definições de casos padrão da OMS/AFRO, para notificação da suspeita de doenças, condições e ocorrências prioritárias, da unidade de saúde para o distrito 43

ANEXO 1B Principais sinais e sintomas das definições de casos a usar ao nível comunitário 55

ANEXO 1C Lista dos postos de notificação do distrito 57

ANEXO 1D Funções dos laboratórios por nível do sistema de saúde 58

ANEXO 1E Lista dos laboratórios nacionais para confirmação de doenças e condições prioritárias 59
Secção 2 Notificar doenças, condições e ocorrências prioritárias 61
2.0 Notificar doenças, condições e ocorrências prioritárias 63
2.1 Doenças e ocorrências de notificação imediata 63
2.2 Notificar ao nível seguinte os dados baseados em casos 64
2.3 Notificar dados resumidos para as doenças, condições e ocorrências prioritárias 65
2.4 Notificar dados resumidos de rotina sobre outras doenças de importância para a saúde pública 67
2.5 Melhorar as práticas de notificação de rotina 68
Anexo à Secção 2 73
ANEXO 2A Formulário da IDSR para notificação imediata baseada em casos 75
ANEXO 2B Formulário de IDSR para notificação laboratorial baseada em casos 76
ANEXO 2C Instrumento de decisão do RSI (2005) 77
ANEXO 2D Formulário da IDSR para notificação semanal/mensal resumida 78
ANEXO 2E Relatórios da IDSR e registo da partilha de dados 81
Secção 3 Analisar os dados 83
3.0 Analisar os dados 85
3.1 Receber, tratar e armazenar dados oriundos dos postos de notificação 86
3.2 Analisar os dados por tempo, local e pessoa 88
3.3 Comparar os resultados da análise com os limiares para as acções de saúde pública 98
3.4 Retirar conclusões dos resultados 100
3.5 Resumir e usar a análise para melhorar as acções de saúde pública 100
Anexos à Secção 3.0 103
ANEXO 3A Como elaborar um plano para a análise de rotina dos dados da vigilância 105
ANEXO 3B Como elaborar manualmente um gráfico linear 107
Secção 4 Investigar suspeitas de surtos e outras ocorrências de saúde pública 109
4.0 Investigar e confirmar suspeitas de surtos e outras ocorrências de saúde pública 111
4.1 Investigar um surto ou outra ocorrência de saúde pública notificada 111
4.2 Registar os surtos, ocorrências de saúde pública e rumores notificados 112
4.3 Verificar a informação notificada 113
4.4 Preparar a realização de uma investigação 113
4.5 Confirmar o surto ou ocorrência 116

4.6 Executar uma resposta imediata 117
4.7 Registar informação acerca de outros casos 118
4.8 Analisar dados sobre o surto 119
4.9 Interpretar os resultados da análise 120
4.10 Conclusões e recomendações da investigação 121
4.11 Redigir um relatório sobre a investigação de surtos 121
4.12 Conduzir uma avaliação dos riscos e identificar os determinantes para explicar o surto ou a ocorrência 122
Anexos à Secção 4 123
ANEXO 4A Registo distrital de surtos e rumores suspeitos 125
ANEXO 4B Lista de verificação dos materiais de laboratório a usar na investigação de surtos 126
ANEXO 4C Lista recomendada de equipamento de protecção pessoal (EPP) 127
ANEXO 4D Como efectuar uma análise dos registos 128
ANEXO 4E Ficha de registo dos contactos 131
ANEXO 4F Formulário de detecção de contactos (follow-up) 132
Secção 5 Preparar a resposta aos surtos e outras ocorrências de saúde pública 133
5.0 Preparar a resposta aos surtos e a outras ocorrências de saúde pública 135
5.1 Criar uma comissão distrital de gestão das emergências de saúde pública 135
5.2 Criar uma equipa distrital de resposta rápida às emergências 138
5.3 Criar um plano de preparação e resposta às epidemias 139
5.4 Preparar uma reserva de contingência de medicamentos, vacinas, reagentes e material 140
5.5 Mapeamento de riscos em caso de surtos e outras ocorrências de saúde pública 142
Anexos à Secção 5 143
ANEXO 5B Relatório de situação dos stocks 146
ANEXO 5C Ficha de transacção e de balanço dos componentes de um stock da IDSR 147
Secção 6 Responder aos surtos e outras ocorrências de saúde pública 149
6.0 Responder aos surtos e outras ocorrências de saúde pública 151
6.1 Convocar a comissão distrital de gestão das emergências de saúde pública 151
6.2 Mobilizar as equipas de resposta para uma acção imediata 153
6.3 Implementar as actividades de resposta 153
6.4 Apresentar regularmente relatórios de situação sobre os surtos e ocorrências 162
6.5 Documentar a resposta 162

Anexos à Secção 6 163
ANEXO 6A Tratar os casos durante um surto 165
ANEXO 6B Preparar soluções desinfectantes a partir de produtos de casa comuns 172
ANEXO 6C Planear uma actividade de vacinação de emergência 173
ANEXO 6D Estimar o abastecimento em vacinas necessário para as actividades de vacinação 174
ANEXO 6E Práticas de vacinação recomendadas 176
ANEXO 6F Exemplos de mensagens para a educação das comunidades 177
ANEXO 6G Comunicação de um surto 183
Secção 7 Comunicar a informação 185
7.0 Comunicar a informação 187
7.1 Preparar um relatório sobre a resposta a um surto ou ocorrência 187
7.2 Informar os interessados e a população 187
7.3 Fornecer *feedback* 189
ANEXOS à Secção 7 191
ANEXO 7A Exemplo de um relatório distrital sobre um surto 193
ANEXO 7B Exemplo de um boletim de saúde pública 196
Secção 8 Monitorizar, avaliar e melhorar a vigilância e a resposta 197
8.0 Monitorizar, avaliar e melhorar a vigilância e a resposta 199
8.1 Identificar metas e indicadores 200
8.2 Monitorizar a qualidade das actividades de vigilância a nível distrital 203
8.3 Supervisionar as actividades de vigilância e resposta 205
8.4 Avaliar o desempenho do sistema de vigilância e resposta 210
ANEXOS à Secção 8 213
ANEXO 8A Indicadores essenciais para o nível de unidade de saúde 215
ANEXO 8B Mapa para monitorizar o desempenho dos indicadores da IDSR a nível de unidade de saúde 216
ANEXO 8C Indicadores essenciais para o nível distrital 217
ANEXO 8D Indicadores essenciais do RSI para monitorizar a implementação a nível distrital 219
ANEXO 8E Indicadores essenciais para o nível provincial 221
ANEXO 8F Indicadores essenciais para o nível nacional 223
ANEXO 8G Modelo de formulário para registo da pontualidade e grau de completamento da notificação mensal da unidade de saúde ao distrito 226

ANEXO 8H Lista de verificação para supervisionar as actividades de vigilância e resposta na unidade de saúde....227

ANEXO 8I Mapa de monitorização para uso dos indicadores a nível distrital, regional ou provincial....229

Secção 9 Orientações resumidas para as doenças e condições prioritárias....231

Síndrome de febre hemorrágica aguda....234

Hepatite viral aguda....237

Efeitos adversos após a vacinação (EAAV)....241

Antraz (humano)....242

Úlcera de Buruli (Doença da Mycobacterium ulcerans)....247

Chikungunya....250

Cólera....254

Febre do Dengue....258

Diabetes....262

Diarreia sanguínea (Shigella)....265

Diarreia com desidratação em crianças menores de 5 anos....268

Dracunculose....270

Febres hemorrágicas virais de Ébola ou Marburgo....272

Doenças de transmissão alimentar....276

Gripe Humana causada por um novo subtipo....279

Hipertensão....284

Doença do Tipo Gripal (ILI)....286

Traumatismos (acidentes rodoviários)....289

Febres hemorrágicas de Lassa e Congo-Crimeia....292

Lepra....296

Filaríase Linfática....299

Paludismo....303

Malnutrição....307

Óbitos Maternos....310

Sarampo....312

Meningite Meningocócica....315

Doença Mental (Epilepsia)....319

Tétano neonatal 322
Novos casos de SIDA 324
Noma 328
Oncocercose 331
Peste 334
Poliomielite (Paralisia Flácida Aguda) 337
Raiva 340
Febre do Vale do Rift (FVR) 343
Infecções Respiratórias Agudas Graves (IRAG) 348
Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) 350
Pneumonia grave em crianças menores de 5 anos 354
Infecções Sexualmente Transmissíveis 356
Varíola 358
Tracoma 363
Tripanossomíase 366
Tuberculose 369
Febre Tifóide 373
Febre do Nilo Ocidental 376
Febre amarela 380
Anexos à Secção 9 385
ANEXO 9A Efeitos adversos após a vacinação – formulário de investigação 387
ANEXO 9B Paralisia flácida aguda – formulário de investigação dos casos 389
ANEXO 9C Cólera - formulário de investigação baseada em casos 391
ANEXO 9D Verme da Guiné - formulário de investigação dos casos 394
ANEXO 9E Óbitos maternos – formulário de notificação 397
ANEXO 9F Sarampo - formulário de investigação dos casos 399
ANEXO 9G Tétano neonatal - formulário de investigação dos casos 401
ANEXO 9H Tuberculose – TB-MR e TB-UR - formulário de notificação baseada em casos 403
ANEXO 9I Febre hemorrágica viral – formulário de notificação dos casos 405
ANEXO 9J Febre hemorrágica viral – formulário de investigação dos casos 406

Prefácio à segunda edição

Há mais de dez anos, o Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para a África (AFRO) e os seus Estados-Membros, em conjunto com os seus parceiros técnicos, adoptaram uma estratégia para a criação e implementação de sistemas abrangentes de vigilância e resposta à saúde pública nos países africanos. Esta estratégia foi intitulada Vigilância Integrada das Doenças (IDS). Para sublinhar a ligação intrínseca entre vigilância e resposta, alguns documentos posteriores referiam-se a Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças (IDSR). A primeira edição das Orientações Técnicas para a IDSR (2002) foi amplamente adoptada e adaptada em toda a Região Africana. Os progressos realizados na criação de sistemas de vigilância coordenados e integrados foram de natureza vária, mas quase todos os países da Região e seus parceiros investiram recursos humanos e materiais no reforço de capacidades destinadas aos sistemas de saúde pública, de forma a detectar, confirmar e responder às ameaças de saúde pública, a tempo de evitar doenças, mortes e incapacidades desnecessárias.

Consequentemente, a segunda edição das Orientações Técnicas para a IDSR foi elaborada em resposta a vários factores relevantes da última década. Durante os últimos dez anos, ocorreram em África muitas mudanças no campo sanitário, social, económico, ambiental e técnico. Entre 2000 e 2010, a emergência de novas doenças, condições e ocorrências fez surgir a necessidade de se reverem as recomendações, para redefinir as prioridades de saúde pública na esfera da vigilância e resposta. Por exemplo, embora o objectivo inicial da IDSR fosse combater as doenças transmissíveis, muitos países começaram a incluir as doenças não transmissíveis no seu programa de IDSR. Também a emergência da gripe pandémica (aviária e H1N1) sublinhou a importância da vigilância comunitária, para se ligar a detecção a uma rápida confirmação e resposta. Os programas específicos das doenças reorientaram os seus objectivos, para abordarem objectivos mais amplos de reforço dos sistemas. Do mesmo modo, os países continuaram a trabalhar para a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. As mudanças observam-se não só no panorama das doenças, mas também num contexto mais lato, nomeadamente com as seguintes ocorrências:

- Aumento da migração para as cidades, com o consequente aumento dos traumatismos por acidente, das taxas de doenças não transmissíveis e das condições de saúde decorrentes da superlotação das habitações
- Maior acesso a tecnologias sem fios, como os telemóveis e a Internet
- Impacto das alterações climáticas na mudança dos padrões das doenças
- Maior reconhecimento da necessidade de uma melhor coordenação entre a vigilância da saúde humana e da saúde animal
- Maior interesse dos doadores e parceiros técnicos em apoiarem as estratégias de vigilância e redução das doenças, e
- Maior consciência da importância das capacidades essenciais nacionais de vigilância e resposta, demonstrada pela adopção do Regulamento Sanitário Internacional (2005).

À luz das mudanças registadas nos últimos dez anos, a OMS-AFRO e os seus parceiros técnicos empenharam-se numa revisão da primeira edição das Orientações Técnicas e elaboraram recomendações actualizadas, para fazer face à situação e necessidades actuais. Essas recomendações são apresentadas nesta segunda edição das Orientações Técnicas para a IDSR.

Situação actual da IDSR nos países

Em Junho de 2010, foi aplicado um questionário de auto-avaliação em 46 Estados-Membros da Região Africana, para determinar os progressos na implementação da estratégia IDSR. Os resultados indicaram que 43 dos 45 países respondentes se encontravam em fases diferentes na implementação da IDSR. Todos os países tinham designado uma estrutura nacional de vigilância e tinham identificado doenças ou condições prioritárias da IDSR. Relativamente à preparação e resposta às emergências, apenas 24 dos 45 países referiram possuir um comando operacional e um centro de controlo para coordenar e monitorizar surtos e outras emergências de saúde pública. Dos 4 386 distritos presentes nos 45 países, 3 801 (86%) estavam a implementar parcialmente a estratégia IDSR, nos 12 meses que precederam a avaliação. Diversos países já tinham começado a incluir a vigilância para as doenças não transmissíveis.

Esta avaliação veio revelar importantes falhas na implementação da IDSR a nível de distrito, nomeadamente:

- Ausência de funcionários dedicados aos dados da IDSR, a nível de distrito, em 30% dos países inquiridos
- Falta de comissões de gestão das epidemias, em mais de 80% dos distritos
- Ausência de equipas de resposta rápida, em mais de 50% dos distritos
- Escassez de capacidades de logística e comunicação, num número significativo de distritos nos 45 países
- Falta de consistência no uso dos indicadores essenciais da IDSR na monitorização e avaliação do desempenho, a todos os níveis.

Principais acções para reforçar a vigilância na Região Africana

Na última década, duas importantes acções demonstraram a atenção mundial e regional dada à melhoria dos sistemas de vigilância das doenças em África. A primeira foi a adopção da Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças (IDSR), em Setembro de 1998, durante a 48ª Sessão do Comité Regional Africano da Organização Mundial da Saúde, reunido em Harare, no Zimbabwe, onde os Estados-Membros adoptaram a resolução AFR/RC48/R2, para melhorar a disponibilidade e o uso de dados para as acções de saúde pública, a todos os níveis dos sistemas nacionais. A visão desta estratégia era melhorar a capacidade de todos os níveis dos sistemas de saúde para detectar, confirmar e responder às doenças e outras ocorrências de saúde

pública, de modo a reduzir os elevados níveis de mortes, doenças e incapacidades nas comunidades africanas.

A segunda acção importante foi a adopção do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em 23 de Maio de 2005, durante a 58ª Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, na Suíça, através da Resolução WHA58.3. O RSI entrou em vigor em 15 de Junho de 2007. O Regulamento é um instrumento legal vinculativo, concebido para ajudar a proteger todos os países da propagação internacional de doenças, sem interferir com as transacções ou comércio internacionais. O RSI (2005) aborda a ameaça à segurança e ao comércio internacional da saúde pública causada pelas doenças emergentes e reemergentes, incluindo emergências de saúde pública de preocupação internacional. O mais importante para estas orientações é que o RSI (2005) apela ao reforço das capacidades nacionais essenciais de vigilância e resposta, através dos sistemas nacionais de saúde.

Actuais prioridades de saúde pública

Tanto as doenças transmissíveis como as não transmissíveis continuam a figurar entre as principais causas de morte, doença e incapacidade nas comunidades africanas. Embora se tenham conseguido consideráveis progressos na última década, no sentido de melhorar as capacidades nacionais e regionais para uma vigilância e resposta eficazes, as doenças transmissíveis, como a cólera, as febres hemorrágicas virais, o paludismo, as infecções respiratórias agudas graves, as doenças diarreicas, o VIH/SIDA e a tuberculose, continuam a ter alta prioridade nos programas nacionais de saúde pública. Por outro lado, as doenças não transmissíveis, como a hipertensão e a diabetes, são ameaças emergentes na Região Africana. Também as condições e ocorrências, como a malnutrição e a mortalidade materna, são metas cruciais para os programas nacionais de saúde pública. Apesar destas doenças representarem uma ameaça para o bem-estar das comunidades africanas, existem intervenções bem conhecidas para a sua detecção, controlo e prevenção. Ao reforçar a disponibilidade dos dados de vigilância, apoiados por confirmação laboratorial, se for caso disso, estas doenças, condições e ocorrências podem ser detectadas e investigadas a tempo de se actuar no sentido de reduzir o seu impacto sobre a saúde das comunidades afectadas.

É óbvio que muito se conseguiu avançar nos últimos 10 anos e esperamos que esta segunda edição das Orientações Técnicas para a IDSR forneça evidências para o alto nível de empenho, partilhado pela OMS/AFRO, os Estados-Membros e os seus parceiros técnicos, na melhoria e fortalecimento dos sistemas de saúde pública, para que estes possam contribuir para melhorar a saúde das comunidades africanas.

INTRODUÇÃO

As páginas que se seguem introduzem os conceitos de vigilância das doenças e de vigilância e resposta integradas. A forma como funciona a Vigilância Integrada das Doenças e os objectivos da IDSR serão também discutidos, assim como o modo de implementar o Regulamento Sanitário Internacional, através da IDSR. Em seguida, é fornecida uma explicação sobre o modo como as funções da vigilância são descritas nestas orientações e também a maneira como os distritos as podem usar, com o apoio da OMS na Região Africana, para reforçar a vigilância e a resposta. Finalmente, o leitor será informado acerca das doenças prioritárias recomendadas para a IDSR.

O que é a vigilância das doenças?

A vigilância é a actual recolha sistemática de dados de saúde, sua análise e interpretação. Ela inclui a divulgação oportuna dos dados obtidos, junto de quem deles precisa para actuar. A vigilância é ainda essencial para o planeamento, implementação e avaliação das práticas de saúde pública.

São usados vários tipos de vigilância nos programas nacionais. A escolha do método depende da finalidade da acção de vigilância. Geralmente, o tipo de método de vigilância descreve:

- um local-alvo para a vigilância (como a vigilância baseada numa unidade de saúde ou na comunidade).
- uma unidade de saúde designada ou representativa ou um posto de notificação para o alerta precoce de ocorrências epidémicas ou pandémicas (vigilância-sentinela).
- a vigilância efectuada nos laboratórios para detectar ocorrências ou tendências não necessariamente evidentes em outros locais.
- a vigilância de doenças específicas, envolvendo actividades orientadas para determinados dados de saúde relativos a doenças específicas.

Independentemente do tipo de vigilância, o importante é que os dados de saúde sejam usados para acções de saúde pública.

O que é a Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças?

Os programas de controlo e prevenção das doenças foram bem sucedidos, sempre que os recursos eram dedicados à detecção de doenças-alvo, à obtenção de confirmação laboratorial das doenças e ao uso de limiares para iniciar as acções a nível distrital. Do mesmo modo, o Escritório Regional para a África (AFRO), da Organização Mundial da Saúde (OMS), propôs uma abordagem integrada da Vigilância e Resposta às Doenças (IDSR), para melhorar a vigilância e a resposta da saúde pública na Região Africana, ligando os níveis comunitário, de unidade de saúde, distrital e nacional.

A IDSR promove o uso racional dos recursos, pela integração e harmonização das actividades comuns de vigilância. As actividades de vigilância das diferentes doenças envolvem funções semelhantes (detecção, notificação, análise e interpretação, *feedback*, acção) e usam frequentemente as mesmas estruturas, processos e pessoal. Para além disso, a IDSR tem em consideração a perspectiva ***Um Só Mundo-Uma Só Saúde,*** que é uma estratégia que aborda as ocorrências na intersecção da saúde humana com a dos animais domésticos, vida selvagem e ecossistemas. Por exemplo, 75% das recentes doenças emergentes e reemergentes que afectam a saúde humana são de origem animal (VIH/SIDA e gripe aviária, por exemplo).

Um Só Mundo-Uma Só Saúde é uma abordagem interdisciplinar, holística e integrada aos problemas de saúde. As doenças e outras ameaças resultantes das alterações climáticas, segurança alimentar e perigos químicos constituem um complexo conjunto de eventos problemáticos que envolvem a saúde humana, animal e ambiental. A estratégia ***Um Só Mundo-Uma Só Saúde*** promove a integração e a coordenação, dentro e através dos vários sectores, para a vigilância das doenças, investigação dos surtos e actividades de resposta empreendidas por profissionais de vários campos. Trata-se de uma estratégia que garante o reforço de cada sector e sublinha as ligações intersectoriais, para facilitar a eficiente utilização dos parcos recursos e a eficaz e rápida mobilização das capacidades dos vários sectores, para uma melhor prevenção e controlo das doenças.

Esperamos que estas orientações facilitem, aos profissionais dos sectores afins, um melhor entendimento da estrutura, funcionamento, métodos e mecanismos que constituem a base da vigilância das doenças, incluindo a investigação e a resposta aos surtos, na perspectiva da saúde humana, e que conduzam a uma melhor integração intersectorial.

O que acontece num sistema integrado?

- Todas as actividades de vigilância se encontram coordenadas e harmonizadas. Em vez de se usarem os parcos recursos existentes para manter actividades verticais separadas, os recursos são combinados para recolher a informação a partir de um só ponto focal, em cada nível.
- Várias actividades são combinadas numa só actividade integrada e aproveitam as semelhantes funções de vigilância, competências, recursos e populações visadas. Por exemplo, as actividades de vigilância da paralisia flácida aguda (PFA) integram, muitas vezes, a vigilância do tétano neonatal, sarampo e outras doenças ou ocorrências invulgares. Assim, os profissionais de saúde que fazem visitas de rotina às unidades de saúde, para supervisionar os casos de PFA, analisam também os registos do distrito e da unidade de saúde, para recolher informação acerca de outras doenças prioritárias na zona.
- O nível distrital é o centro para a integração das funções de vigilância. Isso acontece porque o distrito é o primeiro nível do sistema de saúde com pessoal dedicado a todos os aspectos de saúde pública, como a monitorização das ocorrências de saúde na comunidade, mobilização

da acção comunitária, encorajamento da ajuda nacional e acesso aos recursos regionais para proteger a saúde do distrito.

- Os pontos focais da vigilância a todos os níveis, distrital, regional e nacional, colaboram com as comissões de resposta às epidemias em cada nível, para planearem acções relevantes de resposta da saúde pública e procurarem activamente oportunidades de combinar recursos.
- A tónica é colocada na criação de um sistema global de vigilância da saúde pública, com capacidade suficiente para detectar, confirmar e dar resposta às ameaças das doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Integração refere-se à harmonização de diferentes métodos, software, formulários para recolha de dados e definições de casos padrão, de modo a evitar uma informação inconsistente e a maximizar os esforços entre todos os programas de prevenção e controlo das doenças e as partes interessadas. Sempre que possível, os países usam um formulário comum de notificação, um sistema único de entrada de dados para várias doenças e canais de comunicação comuns. A formação e a supervisão são integradas, usa-se uma ficha de *feedback* comum e partilham-se outros recursos, nomeadamente computadores e veículos. A IDSR envolve a coordenação, quase a tempo inteiro, das actividades de vigilância e de acção conjunta (planeamento, implementação, monitorização, avaliação), sempre que tal é possível e útil.

Coordenação refere-se a *trabalhar ou actuar eficazmente em conjunto,* para o uso racional e eficiente dos recursos disponíveis mas limitados, como o Sistema de Informação para a Gestão Sanitária (SIGS) e os programas de várias doenças. A coordenação envolve a troca de informação, o planeamento conjunto, a monitorização e a avaliação, de forma a fornecer dados e informação rigorosa, consistente e relevante, aos decisores políticos e aos interessados, aos níveis regional, internacional e nacional. Para facilitar a coordenação e a colaboração, foi constituída uma entidade ou comissão coordenadora nacional, provincial e distrital, multisectorial e multidisciplinar. Ela é responsável pela coordenação das actividades de vigilância, em estreita colaboração ou sinergia com a comissão criada para responder às epidemias (consultar a Secção 5.0 destas orientações).

Objectivos da Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças

Os objectivos específicos da IDSR são:

- Reforçar a capacidade dos países *para conduzirem com eficácia as actividades de vigilância*: formar pessoal a todos os níveis; elaborar e executar os planos de acção; e exercer advocacia e mobilizar recursos.

- Integrar *sistemas* múltiplos de vigilância, de modo a que os formulários, o pessoal e os recursos possam ser usados com maior eficácia.
- *Melhorar o uso da informação* para detectar atempadamente as alterações observadas, de forma a responder rapidamente, em caso de suspeita de epidemias e surtos; monitorizar o impacto das intervenções, como, por exemplo, o declínio da incidência, a propagação e o número de casos fatais, e facilitar a resposta, baseada em evidências, a ocorrências de saúde pública; concepção de políticas de saúde, seu planeamento e gestão.
- *Aumentar o fluxo da informação da vigilância* entre e dentro dos diversos níveis do sistema de saúde.
- *Reforçar a capacidade e o envolvimento dos laboratórios* na confirmação de agentes patogénicos e monitorização da sensibilidade aos medicamentos.
- *Aumentar o envolvimento dos clínicos* no sistema de vigilância.
- *Reforçar a participação da comunidade* na detecção e resposta a problemas de saúde pública, incluindo a vigilância e a resposta com base em ocorrências, de acordo com o RSI.
- *Iniciar a investigação epidemiológica* na área da detecção, investigação e notificação de problemas de saúde pública e na implementação de acções eficazes.

IDSR e RSI (2005)

A finalidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é evitar, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública à propagação internacional das doenças, de uma forma que seja relevante e restringida aos riscos de saúde pública e possa evitar uma interferência desnecessária com as transacções e o comércio internacionais.

O âmbito do RSI tem vindo a alargar-se, desde a cólera, peste e febre-amarela, até todas as emergências de saúde pública de preocupação internacional. Estas incluem as que são provocadas por doenças infecciosas, agentes químicos, material radioactivo e alimentos contaminados. Dado que o objectivo da IDSR é reforçar o sistema nacional global para a vigilância das doenças, em particular a nível de distrito, e tem por finalidade garantir o fornecimento e o uso sistemático e oportuno da informação para a tomada de decisões no âmbito da saúde pública, a IDSR proporciona à implementação do RSI:

- Uma infra-estrutura e recursos para a vigilância, investigação, confirmação, notificação e resposta
- Recursos humanos com experiência
- Um processo de implementação definido (sensibilização, avaliação, plano de acção, implementação, monitorização e avaliação)
- Orientações genéricas para a avaliação, elaboração do plano de acção, orientações técnicas, material de formação e instrumentos e procedimentos operacionais padrão (POP) que integram componentes do RSI.

Assim, a IDSR é um sistema com capacidade para garantir informação fidedigna ao nível nacional, de modo a cumprir os requisitos do RSI. O RSI oferece a oportunidade de responder à ameaça para a segurança e comércio internacional de saúde pública, causada pela emergência e reemergência de certas doenças infecciosas, incluindo emergências de saúde pública de preocupação internacional (PHEIC). Este Regulamento constitui também uma excelente oportunidade para reforçar os sistemas de vigilância e de resposta, actuando como uma poderosa força motriz para a implementação da IDSR. É importante referir que os Estados-Membros da Região Africana recomendaram que o RSI (2005) fosse implementado no contexto da IDSR. O RSI é um instrumento legal e vinculativo, que apela ao reforço da capacidade nacional de vigilância e controlo, incluindo locais como pontos de entrada (i.e., portos, aeroportos e fronteiras terrestres), à prevenção, alerta e resposta às emergências internacionais de saúde pública, às parcerias mundiais e à colaboração internacional e sublinha os direitos, obrigações, procedimentos e monitorização dos progressos. Desde que o RSI (2005) entrou em vigor, já se têm verificado alguns progressos; por exemplo, todos os Estados-Membros já designaram um ponto focal nacional para o RSI e encontram-se em diferentes fases da sua implementação.

O RSI (2005) não é um sistema autónomo de vigilância, mas exige “um sistema de vigilância sensível e flexível que cumpra os padrões internacionais”. O RSI (2005) afecta a colaboração transfronteiriça em relação a determinadas ocorrências relevantes, podendo ser facilmente aplicado, se a IDSR funcionar. O RSI (2005) introduziu a noção de vigilância “baseada nas ocorrências” para a IDSR, de forma a abordar os rumores de “doenças ou focos inexplicados”, como uma categoria de ocorrência para a notificação dos níveis inferiores ao nível nacional. A IDSR e o RSI partilham funções comuns, conforme é descrito nos diagramas abaixo (detecção, comunicação, confirmação e verificação, notificação e comunicação e resposta atempada).

O RSI tem implicações práticas para a IDSR. No RSI (2005), todas as condições e ocorrências de saúde pública de preocupação internacional (PHEIC) deverão ser detectadas, avaliadas e respondidas em devido tempo, usando uma resposta adaptada, em vez de medidas pré-estabelecidas. O RSI (2005) inclui o controlo de fronteiras (portos, pontos de entrada das fronteiras terrestres) e a contenção, na origem, das ocorrências de saúde pública. Dado o papel importante que desempenha na detecção precoce e verificação de emergências suspeitas de saúde pública, a vigilância baseada em ocorrências faz agora parte integrante da IDSR e do RSI.

Nota: O processo para notificar a OMS das ocorrências, nos termos do RSI, requer o uso de um "Instrumento de decisão" que envolve a implementação das funções essenciais da IDSR: definição de casos, confirmação laboratorial, análise de dados, interpretação dos resultados e notificação (Consultar o Anexo 2C, Secção 2). A seguinte caixa inclui um resumo das ocorrências de notificação obrigatória exigida pelo RSI:

São estas as <u>três</u> principais categorias de ocorrências que exigem notificação, nos termos do RSI:

- Há **quatro condições** que <u>deverão ser notificadas</u> à OMS: varíola, poliomielite devida ao poliovírus selvagem, gripe humana causada pelo novo subtipo e SARS (consultar o próximo parágrafo e algoritmo no Anexo da Secção 2). Esta notificação será efectuada, normalmente, a nível distrital ou superior, conforme decisão das autoridades nacionais. Estas quatro doenças estão amplamente contempladas nestas Orientações Técnicas.

- Outras doenças e ocorrências <u>podem requerer notificação,</u> se forem consideradas ocorrências de saúde pública de potencial preocupação internacional. Esta avaliação será realizada, normalmente, ao nível do distrito ou superior, conforme decisão das autoridades nacionais (usando o instrumento de decisão do RSI, constante do Anexo da Secção 2). Seguem-se as doenças que recaem nesta categoria por força do RSI: cólera, peste, febre-amarela, FHV e outras doenças de especial preocupação nacional ou regional, como a febre do dengue. Estas condições são exaustivamente tratadas nestas Orientações Técnicas.

- "Qualquer ocorrência de saúde pública de potencial preocupação internacional, incluindo as de causa ou origem desconhecida, e as que envolvem outras ocorrências ou doenças" que não constem dos dois parágrafos anteriores (usando o instrumento de decisão do RSI, constante do Anexo da Secção 2). A lista dessas ocorrências é fornecida na Secção 2. Essas ocorrências NÃO são tratadas especificamente nestas Orientações Técnicas, podendo obter-se mais informações na literatura sobre controlo do meio-ambiente[1].

[1] *A guide for assessment teams. International Health Regulations (2005): Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations (IHR) in accordance with Anex 1A of the regulations. February 2009.*

O desenvolvimento da vigilância baseada em ocorrências exige a participação das comunidades e o uso de produtos das tecnologias de informação (e.g; Promed, GIPHIN, IRIN, e software OMS-EMS). Os formulários relevantes para recolha de dados de IDSR, concebidos para serem usados a todos os níveis, estão agora personalizados para captar as PHEIC (incluindo doenças). A IDSR exige um órgão de coordenação da vigilância a todos os níveis do sistema de saúde. O ponto focal nacional do RSI ultrapassa o sector da saúde, incluindo todos os perigos preocupantes no órgão de coordenação nacional. Consultar o Anexo B para informação detalhada sobre o RSI (2005).

Como são descritas as funções de vigilância nestas orientações?

Estas orientações pressupõem que todos os níveis do sistema de saúde estão envolvidos na realização de actividades de vigilância, para detectar e responder às doenças e condições prioritárias (embora os diferentes níveis não exerçam funções idênticas). Estas actividades incluem as seguintes funções essenciais:

Passo 1 – Identificação de casos e ocorrências. Usar definições de casos padrão, para identificar doenças, condições e ocorrências prioritárias.

Passo 2 – Notificação de casos, condições ou ocorrências suspeitos ao nível seguinte. Se se tratar de uma doença de potencial epidémico, uma emergência de saúde pública de potencial preocupação internacional (PHEIC) ou de uma doença visada para eliminação ou erradicação, responder imediatamente, investigando o caso ou ocorrência, e apresentar um relatório detalhado. Para ocorrências a serem notificadas nos termos do RSI, usar o instrumento de decisão (Anexo 2 do RSI), para identificar qualquer potencial PHEIC.

Passo 3 – Análise e interpretação dos resultados. Compilar os dados e analisá-los por tendências. Comparar a informação com períodos anteriores e resumir os resultados.

Passo 4 – Investigação e confirmação de casos, surtos ou ocorrências suspeitos. Tomar medidas para garantir que o caso, surto ou ocorrência se confirma, incluindo confirmação laboratorial, sempre que for viável. Recolher evidências acerca das eventuais causas do surto ou ocorrência e usá-las para seleccionar estratégias adequadas de prevenção e controlo.

Passo 5 – Preparação. Preparar com antecedência iniciativas para enfrentar os surtos ou ocorrências de saúde pública, para que as equipas possam responder rapidamente e para que haja disponibilidade de materiais e equipamentos essenciais para uma acção imediata.

Passo 6 - Resposta. Coordenar e mobilizar recursos e pessoal, para implementar uma resposta adequada de saúde pública.

Passo 7 – Apresentação de *feedback*. Encorajar a futura cooperação, comunicando com os níveis, que forneceram os dados e notificaram surtos, casos e ocorrências, acerca dos resultados da investigação e do êxito dos esforços de resposta.

Passo 8 – Avaliação e aperfeiçoamento do sistema. Avaliar a eficácia dos sistemas de vigilância e resposta, em termos de oportunidade, qualidade da informação, preparação, limiares, gestão de casos e desempenho global. Tomar medidas para corrigir problemas e fazer melhorias.

Cada ***função de vigilância tem um papel em cada nível*** do sistema de saúde[1.] Os níveis definem-se do seguinte modo:

Comunidade: Representada pelos serviços básicos a nível de aldeia, como parteiras formadas, agentes de saúde da comunidade ou aldeia, ou prestadores de cuidados semelhantes, líderes de aldeia (religiosos, tradicionais ou políticos) ou professores, veterinários ou trabalhadores das extensões de saúde, farmacêuticos e curandeiros tradicionais.

Unidade de saúde: Definida por cada país. Para fins de vigilância, são definidas como "unidade de saúde" todas as instituições (públicas, privadas, ONG ou governamentais) com serviços de ambulatório e/ou de internamento de doentes.

Distrito, região ou província: A unidade administrativa intermédia serve, geralmente, uma população de 100 000 a 300 000 habitantes. Os países podem ter dois níveis intermédios, por exemplo, o distrito e a região ou província.

Nível nacional: Em muitos países, este é o nível central, onde se decidem as políticas e se afectam os recursos. Relativamente à vigilância, este nível notifica as doenças prioritárias e usa o instrumento de decisão da Secção 2, para notificar à OMS ocorrências de preocupação para a saúde pública.

Num sistema integrado, alguns serviços de laboratório são disponibilizados em cada um dos níveis acima descritos. A descrição das funções laboratoriais por nível consta da Secção 1.0.

Como podem os distritos reforçar a vigilância e a resposta?

A maioria dos países já avaliou os seus sistemas de vigilância, através de um instrumento-padrão criado pela OMS/AFRO (lista de verificação fornecida no Anexo 1, no final desta secção).

---

[1]*Estas orientações sublinham a melhoria da vigilância dos serviços públicos. Nos distritos ou regiões em que a notificação dos serviços públicos é de boa qualidade, deverão integrar-se no sistema as organizações privadas e não governamentais.*

Os distritos podem igualmente usar uma matriz das funções e capacidades de vigilância para descrever o seu papel dentro do sistema de vigilância. Essa matriz descreve um sistema completo onde estão estabelecidas todas as competências e actividades. Cada nível apoia as actividades dos outros níveis e reforça a oportunidade de uma tomada de decisão bem sucedida, aos correspondentes níveis e funções. Num sistema de IDSR em fase de criação, essa matriz fornece um quadro sistemático para melhorar e reforçar o sistema.

A utilização prática da matriz inclui:

- Garantir que todas as funções e capacidades necessárias foram identificadas
- Criar responsabilização, para constituir uma base que atribua funções aos níveis apropriados e determine que capacidades deverão estar presentes
- Realizar actividades e formação para o desenvolvimento de recursos humanos
- Gerir e monitorizar programas
- Planificar a área do pessoal, produtos e material de vigilância e de laboratório.

Além disso, a matriz ilustra vários pressupostos essenciais acerca dos sistemas de vigilância. Se um ou mais dos elementos de cada nível faltar ou funcionar deficientemente, o risco de insucesso aumenta, relativamente à consecução dos objectivos de vigilância e controlo. Um sistema eficaz será apoiado a todos os níveis, do mais elevado ao mais baixo. Um sistema completo minimiza qualquer atraso na tomada de iniciativas de saúde pública.

As funções de detecção, análise, investigação, resposta, *feedback* e avaliação são interdependentes e deverão estar sempre interligadas.

A matriz apresentada nas duas páginas seguintes define as funções de vigilância e a forma como elas são concretizadas em cada nível do sistema de saúde, incluindo o papel da OMS em relação às funções essenciais da IDSR.

FUNÇÕES E ACTIVIDADES BÁSICAS DE UM SISTEMA INTEGRADO DE VIGILÂNCIA E RESPOSTA A DOENÇAS (IDSR) POR NÍVEL DE SISTEMA DE SAÚDE

	Identificar	Reportar	Analisar e interpretar	Investigar e confirmar
Comunidade	• Utilizar definições de caso simples para identificar doenças prioritárias, eventos, condições ou outros perigos presentes na comunidade.	• Transmitir informações essenciais relativas a doenças prioritárias, eventos, condições ou perigos aos serviços de saúde e às entidades competentes.	• Envolver os responsáveis locais na observação, descrição e interpretação dos padrões de doenças, eventos e tendências verificados na comunidade; • Levar a cabo autópsias verbais, destinadas a determinar as causas de morte.	• Apoiar as actividades de investigação de eventos.
Serviços de saúde	• Utilizar definições de caso padronizadas para detectar, confirmar e registar doenças prioritárias ou condições; • Recolher e transportar amostras para confirmação laboratorial; • Utilizar as capacidades laboratoriais locais para confirmar casos ou para iniciar a confirmação de casos, se possível.	• Reportar informações baseadas em casos no que respeita a doenças de notificação imediata; • Transmitir dados concisos ao nível seguinte da organização; • Transmitir resultados laboratoriais obtidos em populações sob vigilância; • Transmitir dados laboratoriais ao nível seguinte da organização.	• Preparar e actualizar periodicamente gráficos, tabelas e quadros de quadros de dados que descrevam as alturas, pessoas e locais afectados por doenças e condições reportadas; • Com base na análise dos dados, reportar de imediato qualquer doença ou condição que: 1) ultrapasse o limiar definido para a implementação de acções; 2) ocorra em locais onde nunca tenha surgido no passado; 3) apresente tendências ou padrões pouco habituais; • Interpretar resultados; iniciar as acções possíveis ao nível da saúde pública, em cooperação com as autoridades locais.	• Participar na investigação de surtos reportados; • Recolher, acondicionar e transportar amostras para confirmação laboratorial.
Distrito, estado, província	• Recolher informações de vigilância junto dos centros de recolha de dados, incluindo os pontos de entrada designados, de forma atempada, e analisar a qualidade das informações prestadas; • Assegurar que os centros de recolha de dados proporcionam um fluxo fiável de informações e que dispõem das ferramentas necessárias para as transmitir; • Recolher e transportar amostras para confirmação laboratorial; • Utilizar as capacidades laboratoriais locais para confirmar casos, se possível.	• Assegurar que os serviços de saúde conheçam e empregam definições de caso padronizadas para reportar doenças prioritárias e condições; • Assegurar que os funcionários dos serviços de saúde sabem quando e como reportar doenças prioritárias e condições; • Transmitir dados atempadamente ao nível seguinte da organização; • Transmitir dados laboratoriais ao nível seguinte da organização; • Empreender periodicamente acções de avaliação de risco relativamente a doenças prioritárias, eventos, condições ou perigos.	• Definir denominadores e garantir a exactidão dos mesmos; • Reunir dados provenientes de diversos relatórios dos serviços de saúde; • Analisar os dados a nível do tempo, locais e pessoas envolvidas; • Actualizar periodicamente gráficos, tabelas e quadros de dados que descrevam as doenças, eventos e condições reportados; • Calcular taxas e limiares; • Comparar dados actuais com períodos anteriores; • Elaborar conclusões sobre tendências, limiares e resultados das análises; • Descrever os factores de risco associados a doenças prioritárias ou condições.	• Organizar e liderar acções de investigação de doenças ou surtos reportados; • Auxiliar os serviços de saúde a nível da recolha, acondicionamento, armazenamento e transporte seguros de amostras laboratoriais para testes confirmatórios; • Receber e interpretar os resultados laboratoriais; • Decidir se o surto reportado se confirma; • Transmitir os dados relativos ao surto confirmado ao nível seguinte da organização; • Distribuir kits de recolha de amostras, destinados a actividades especiais de vigilância.
Nacional	• Definir, actualizar e garantir a conformidade com as políticas e linhas de orientação nacionais; • Estabelecer políticas e procedimentos destinados à rede nacional de laboratórios, incluindo sistemas de garantia de qualidade; • Utilizar os laboratórios nacionais para efectuar testes confirmatórios e especializados, se necessário; • Recolher e transportar amostras para Centros Colaboradores da OMS, para análises adicionais, consoante o necessário.	• Reportar atempadamente as doenças de notificação imediata e eventos às entidades competentes; • Reportar atempadamente outras doenças prioritárias e eventos; • Integrar todos os laboratórios relevantes na rede de comunicação de informações; • Utilizar o instrumento de decisão do IHR (International Health Regulations, Regulamento Sanitário Internacional) (Anexo 2), para determinar os riscos associados a doenças prioritárias, eventos, condições ou perigos; • Informar a OMS conforme indicado pelo IHR (2005).	• Estabelecer políticas e procedimentos para a análise e interpretação de dados; • Analisar e interpretar os dados numa perspectiva nacional; • Reunir regularmente o comité de coordenação técnica para rever os dados analisados e interpretados, antes que ocorra uma maior disseminação; • Realizar análises especiais, destinadas a prever a magnitude e tendências de eventos relacionados com doenças prioritárias.	• Assegurar que todos os centros dispõem de linhas de orientação e de procedimentos operacionais padronizados para a condução de investigações sobre surtos; • Coordenar e colaborar com autoridades internacionais consoante o necessário durante as investigações; • Alertar e apoiar a participação de laboratórios; • Proporcionar apoio logístico: consumíveis, equipamentos, reagentes, meios de transporte de amostras, orçamento de promoção da saúde; • Partilhar informações sobre o surto confirmado com redes de trabalho regionais e internacionais; • Empregar o instrumento de decisão para determinar se o surto constitui uma potencial PHEIC (Public Health Emergency of International Concern, Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional); • Processar as amostras obtidas na investigação e transmitir atempadamente os resultados a cada nível da organização, consoante necessário; • Solicitar amostras adicionais consoante necessário; • Participar na equipa de resposta a epidemias.
Representante nacional/ regional da OMS	• Desenvolver e divulgar linhas de orientação para acções de vigilância; • Documentar e partilhar as boas práticas de um sistema IDSR; • Proporcionar apoio técnico a nível nacional para a detecção e confirmação de doenças prioritárias, condições e eventos; • Informar os países sobre problemas que podem ultrapassar fronteiras; • Coordenar o apoio prestado pela rede internacional de laboratórios de referência, incluindo centros de excelência.	• Reunir e compilar relatórios sobre surtos e doenças e eventos notificáveis de importância internacional; • Criar perfis regionais ou relatórios de situação anuais, organizados por doenças prioritárias, condições e eventos.	• Desenvolver e divulgar linhas de orientação padronizadas para a análise dos dados relativos a cada doença prioritária; • Proporcionar apoio técnico a nível nacional destinado a optimizar a capacidade de análise.	• Prestar apoio aos países em situações de investigação ou consultadoria, consoante solicitado; • Apoiar a coordenação dos laboratórios intervenientes durante as investigações; • Prestar apoio a nível da avaliação de riscos, utilizando o instrumento de decisão do IHR.

FUNÇÕES E ACTIVIDADES BÁSICAS DE UM SISTEMA INTEGRADO DE VIGILÂNCIA E RESPOSTA A DOENÇAS (IDSR) POR NÍVEL DE SISTEMA DE SAÚDE

	Responder	Preparar	Comunicar	Avaliar
Comunidade	•Auxiliar as autoridades locais na selecção das actividades de resposta; •Assegurar que a comunidade procura cuidados médicos de imediato em caso de emergência e de surgimento de sinais de perigo de doenças, eventos e condições; •Participar nas actividades de resposta, incluindo a prestação de cuidados ao domicílio •Mobilizar os recursos adequados para a actividade; •Realizar programas de educação sobre a saúde a nível da comunidade, destinados a influenciar uma alteração de comportamentos.	•Participar nos comités de prevenção e gestão de desastres e emergências; •Participar na identificação de riscos associados a potenciais perigos; •Conduzir acções de vigilância a nível da comunidade; •Gerir um eventual aprovisionamento de emergência de contingência; •Participar na formação, incluindo simulacros.	•Informar os membros da comunidade sobre os resultados dos casos reportados, eventos e actividades de prevenção.	•Verificar se as intervenções ao nível da saúde pública ocorrem conforme planeado; •Verificar a resposta da comunidade às acções relacionadas com a saúde pública.
Serviços de saúde	•Gerir casos e contactos, de acordo com linhas de orientação padronizadas relativas à gestão de casos; •Implementar medidas adicionais e relevantes de controlo.	•Participar nos comités de prevenção e gestão de desastres e emergências; •Participar na formação sobre acções de resposta rápida; •Identificar os riscos associados a potenciais perigos; •Realizar acções de formação junto da comunidade; •Participar em simulacros.	•Informar os membros da comunidade sobre os resultados dos casos reportados e as actividades de prevenção.	•Avaliar a participação da comunidade; •Conduzir processos de auto-avaliação das actividades de vigilância e resposta; •Monitorizar e avaliar os objectivos e indicadores do programa, de modo a avaliar a qualidade do sistema de vigilância; •Monitorizar e avaliar a implementação atempada e integral do programa, a nível da transmissão de informações, por parte dos serviços de saúde distritais; •Monitorizar e avaliar a implementação atempada de acções de resposta a surtos; •Monitorizar e avaliar as actividades de prevenção, modificando as mesmas consoante necessário.
Distrito, estado, província	•Seleccionar e implementar a resposta adequada a nível da saúde pública (por exemplo, dependendo da doença em causa, reforçar o tratamento dos casos surgidos, conduzir acções de imunização, optimizar o controlo e empreender acções de prevenção); •Reunir o comité de resposta a epidemias e planear a resposta a adoptar; •Realizar acções de formação sobre actividades de emergência; •Planear atempadamente a transmissão de informações à comunidade e as actividades de educação da mesma; •Alertar as áreas e distritos envolventes para a confirmação do surto.	•Participar nos comités de prevenção e gestão de desastres ou emergências; •Realizar acções de formação e simulacros destinados aos funcionários; •Identificar os riscos associados a potenciais perigos; •Apoiar e conduzir acções de vigilância a nível dos serviços de saúde; •Desenvolver e gerir planos de contingência; •Organizar e apoiar uma equipa de resposta rápida; •Documentar as actividades de resposta.	•Alertar as áreas e distritos envolventes sobre surtos; •Informar regular e periodicamente os serviços de saúde sobre os controlos de rotina e as actividades de prevenção; •Informar os serviços de saúde sobre os achados dos dados de vigilância e a qualidade dos mesmos.	•Monitorizar e avaliar os objectivos e indicadores do programa, de modo a avaliar a qualidade do sistema de vigilância; •Realizar visitas de supervisão regulares.
Nacional	•Estabelecer políticas e procedimentos de resposta a casos e surtos envolvendo doenças prioritárias e condições; •Apoiar as acções de resposta a epidemias e as actividades de prevenção, incluindo o recurso a equipas de resposta rápida; •Reportar e divulgar os resultados da resposta ao surto, através de boletins, meios de imprensa, comunicados à imprensa e reuniões.	•Estabelecer políticas, procedimentos e estratégias de formação para a notificação de doenças prioritárias, condições e eventos a todos os níveis da organização; •Adaptar e distribuir linhas de orientação para a identificação de riscos; •Adaptar e distribuir linhas de orientação para a criação de planos de prevenção de desastres ou emergências; •Desenvolver mensagens destinadas à educação da comunidade; •Desenvolver e gerir planos de contingência; •Organizar e apoiar equipas de resposta rápida nacionais; •Desenvolver e organizar simulacros; •Estabelecer e manter um centro nacional de operações e comando de emergência a nível da saúde pública.	•Desenvolver e distribuir periodicamente um boletim regional dedicado à epidemiologia e saúde pública; •Informar regular e periodicamente os serviços de saúde distritais sobre os controlos de rotina e as actividades de prevenção; •Divulgar as informações de forma rápida e transparente, e escutar a comunidade afectada; •Documentar a adequada e atempada divulgação de informações.	•Monitorizar regularmente os indicadores básicos do IDSR e dos laboratórios; •Conduzir actividades de investigação de surtos após análise das acções a empreender; •Apoiar a monitorização anual das capacidades básicas do IHR; •Conduzir reuniões regulares de análise do IDSR; •Realizar visitas de supervisão regulares.
Representante nacional/ regional da OMS	•Coordenar e apoiar as actividades de resposta (Centro Estratégico de Operações de Saúde, pontos técnicos, equipas virtuais de resposta rápida, linhas de orientação, procedimentos operacionais padronizados, etc); •Mobilizar recursos e facilitar a formação de parcerias.	•Mobilizar recursos para formação, logística e supervisão; •Desenvolver, actualizar e rever linhas de orientação e ferramentas para monitorização e avaliação do sistema de IDSR/IHR; •Manter e actualizar uma lista de nomes de especialistas que poderão integrar equipas de resposta rápida; •Desenvolver, actualizar e rever a formação necessária para a implementação do sistema IDSR e do IHR; •Manter um centro de operações e comando de emergência a nível da saúde pública.	•Informar sobre a colaboração com os níveis nacionais e regionais; •Divulgar linhas de orientação sobre a comunicação de riscos; •Partilhar informações com entidades parceiras e outros intervenientes.	•Utilizar os relatórios elaborados pelos países para avaliar os sistemas de IDSR e sugerir melhorias; •Desenvolver, actualizar e rever linhas de orientação e ferramentas para monitorização e avaliação do sistema de IDSR/IHR; •Promover, orientar e apoiar a pesquisa operacional.

De que modo apoia a OMS os esforços para melhorar a IDSR na Região Africana?

A OMS-AFRO fornece apoio à implementação da vigilância e resposta, a todos os níveis do sistema de saúde, incluindo:

- Elaboração de orientações técnicas abrangentes para cada nível
- Um quadro para adaptação das orientações a cada um dos níveis no seio de cada país
- Formação dos recursos humanos envolvidos no sistema de vigilância e resposta
- Advocacia de recursos e sua mobilização
- Coordenação, entre os países, da monitorização, detecção e controlo de doenças, epidemias e emergências de saúde pública.
- Partilha de informação sobre saúde pública.

O que contêm estas orientações?

Estas orientações constituem uma revisão da edição anterior, com a finalidade de incorporar a ameaça da emergência ou reemergência das doenças transmissíveis e não transmissíveis prioritárias. Estas orientações revistas também se destinam a indicar o modo de implementar os requisitos e capacidades do RSI 2005 para a vigilância e resposta, devendo ser adaptadas, de modo a reflectirem as prioridades, políticas e estruturas de saúde pública nacionais.

Estas orientações destinam-se a ser usadas como:

- Uma referência geral para as actividades de vigilância a todos os níveis
- Um conjunto de definições para os limiares que desencadeiam acções de resposta a doenças específicas
- Uma referência autónoma para as orientações específicas de cada nível
- Um recurso para desenvolver a formação, supervisão e avaliação das actividades de vigilância
- Um guia para melhorar a detecção precoce e a preparação da resposta a surtos.

A quem servem estas orientações?

A informação e as recomendações deste manual destinam-se a ser usadas por:

- Gestores e funcionários da vigilância das doenças
- Pontos focais nacionais do RSI
- Autoridades de saúde nos Pontos de Entrada (PoE)
- Gestores hospitalares, clínicos e funcionários do programa de controlo das infecções
- Veterinários e funcionários do programa da saúde da vida selvagem

- Funcionários e pessoal da saúde ambiental
- Equipas distritais de gestão sanitária
- Pessoal de enfermagem
- Gestores das unidades de saúde
- Formadores de medicina e de enfermagem
- Funcionários de comunicação
- Funcionários de logística
- Pessoal de laboratório
- Líderes comunitários
- Outros peritos de saúde pública
- Outros parceiros de saúde, incluindo ONG.

Quais são as doenças prioritárias para a IDSR?

O Escritório Regional da OMS para a África sugere as seguintes doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como condições ou ocorrências, como prioridades para a vigilância integrada das doenças na Região Africana. São recomendadas as seguintes doenças, por serem:

- ***Doenças internacionalmente exigidas pelo RSI*** (por exemplo, varíola, poliomielite de tipo poliovírus selvagem, gripe humana causada por um novo subtipo (SARS);
- ***Doenças de elevado potencial epidémico*** que causam profundo impacto na saúde pública, devido à sua capacidade de rápida disseminação internacional (por exemplo, cólera, peste, febre-amarela, febre hemorrágica viral);
- ***Principais causas de morbilidade e mortalidade*** na Região Africana (por exemplo, paludismo, pneumonia, doenças diarreicas, tuberculose, VIH/SIDA, mortalidade materna e traumatismos);
- ***Doenças não transmissíveis prioritárias na Região*** (hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, saúde mental e malnutrição);
- Doenças que constituem problemas para a saúde pública (por exemplo, oncocercose e tripanossomíase) e para as quais ***existem intervenções*** eficazes de prevenção e controlo;
- Doenças visadas para prevenção e controlo, erradicação ou eliminação, através de ***programas de intervenção apoiados pela OMS,*** como, por exemplo, o Programa Alargado de Vacinação (PAV) e o programa de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI).

A lista das doenças prioritárias pode variar de país para país, em função da situação epidemiológica local, das necessidades e do sistema de saúde. Os países são encorajados a manter a lista tão curta quanto possível, a fim de assegurar a disponibilidade de recursos adequados, para levar a cabo a resposta e garantir que o sistema será capaz de gerir a lista. O quadro 1, que se segue, apresenta a lista prioritária de doenças e condições abrangidas pelo RSI.

Quadro 1: Doenças, condições e ocorrências prioritárias para a Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças – 2010		
Doenças de Potencial Epidémico	**Doenças visadas para erradicação ou eliminação**	**Outras doenças, ocorrências ou condições de importância para a saúde pública**
Síndrome da febre hemorrágica aguda* Antraz Chikungunya Cólera Dengue Diarreia sanguínea (*Shigella*) Sarampo Meningite meningocócica Peste IRA** Febre tifóide Febre-amarela *Ébola, Marburgo, Vale do Rift, Lassa, Congo-Crimeia, Febre do Nilo Ocidental ** Os programas nacionais podem querer acrescentar as doenças de tipo gripal à sua lista de doenças prioritárias	Úlcera de Buruli Dracunculose Lepra Filaríase linfática Tétano neonatal Noma Oncocercose Poliomielite[1] [1]Doenças especificadas pelo RSI (2005) para imediata notificação	Hepatite viral aguda Efeitos adversos após a vacinação (EAAV) *Diabetes mellitus* Diarreia com desidratação em menores de 5 anos VIH/SIDA (novos casos) Hipertensão Traumatismos (Acidentes rodoviários) Paludismo Malnutrição em menores de 5 anos Mortalidade materna Saúde mental (Epilepsia) Raiva Pneumonia grave em menores de 5 anos IST Tracoma Tripanossomíase Tuberculose
	Doenças ou ocorrências de preocupação internacional	
	Gripe humana devida a um novo subtipo[1] SARS[1] Varíola[1] Qualquer ocorrência de saúde pública de preocupação internacional ou nacional (infecciosa, zoonótica, de origem alimentar, química, radionuclear ou devida a causas desconhecidas. [1] Doenças especificadas pelo RSI (2005) para imediata notificação	

Nota: É importante lembrar que os países podem seleccionar as doenças a partir desta lista, de acordo com as prioridades nacionais e a sua situação epidemiológica. Páginas-resumo das doenças específicas são disponibilizadas na Secção 9.0 deste guia.

Anexos à Introdução

ANEXO A Instrumento para fazer a avaliação da vigilância e resposta a nível distrital.

ANEXO B Potenciais ocorrências de saúde pública de preocupação internacional que exigem notificação à OMS, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (2005).

ANEXO C Capacidades essenciais e necessárias de vigilância e resposta, conforme descritas no RSI (2005).

ANEXO A Preparar a realização da vigilância e resposta a nível distrital

A maioria dos países usou um instrumento de avaliação criado pela OMS/AFRO para avaliar os seus sistemas nacionais de vigilância e de preparação e resposta às epidemias, bem como para identificar as melhorias necessárias. A avaliação fornece resultados que podem ser usados para resolver problemas com os recursos, a qualidade e oportunidade dos dados da vigilância e o modo como a informação é usada. O plano estratégico nacional poderá também ser usado como referência, enquanto se prepara um plano de acção específico do distrito.

A Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças (IDSR) não propõe a criação de um novo sistema, mas fornece orientações sobre a preparação para levar a cabo as actividades de vigilância e resposta. No entanto, se o distrito possuir os recursos e as competências para realizar uma auto-avaliação que documente a situação das actividades de vigilância e resposta no seu seio, ou se quiser actualizar o perfil do distrito, poderá usar a lista de verificação que se segue, após adaptação ao contexto local. Este instrumento poderá ajudar a definir onde é que os distritos poderão identificar actividades para melhorar o seu desempenho e as suas capacidades de vigilância e resposta às doenças.

Identificação de casos e ocorrências:

1. Determinar a existência e o conhecimento das definições de casos padrão, para notificação de doenças e condições prioritárias suspeitas, incluindo ocorrências de preocupação para a saúde pública.

2. Definir as **fontes de informação** sobre ocorrências de saúde no distrito, incluindo os pontos de contacto da comunidade com os serviços de saúde. Por exemplo, registar as seguintes fontes numa lista dos postos de notificação do distrito:
    a. Unidades de saúde e hospitais
    b. Pontos de Entrada
    c. Agentes comunitários de saúde
    d. Parteiras
    e. Curandeiros tradicionais
    f. Líderes das comunidades rurais que têm conhecimento de ocorrências de saúde na comunidade (por exemplo, os mais velhos da aldeia, o curandeiro tradicional, o professor, os líderes de comunidades religiosas, etc.)
    g. Funcionários de saúde pública
    h. Praticantes do sector privado

i. Trabalhadores de segurança pública, como bombeiros, socorristas ou agentes da polícia
j. Estruturas e serviços de veterinária e saúde animal
k. Laboratórios industriais, de segurança alimentar e de saúde ambiental
l. Meios de comunicação social, *websites* e aplicações de pesquisa de notícias sobre saúde
m. Outras, inclusive ONG.

3. Identificar os pontos focais de vigilância para cada fonte de informação. Identificar e especificar as oportunidades para envolvimento das comunidades na vigilância de ocorrências de saúde.

Notificação

4. Especificar as ocorrências, doenças e condições prioritárias para vigilância dentro do distrito e as orientadas pela política nacional. Elaborar uma lista:
    a. das doenças de potencial epidémico
    b. das doenças visadas para erradicação e eliminação
    c. de outras doenças de importância para a saúde pública, incluindo as doenças não transmissíveis.

5. Para cada ocorrência, doença ou condição prioritária, analisar os dados mínimos que as unidades de saúde e outras fontes deverão notificar. Referir quando essas ocorrências deverão ser notificadas, a quem e de que modo. Referir a informação que deverá ser notificada, a partir de fontes como doentes internados e doentes ambulatórios. Por exemplo, um requisito mínimo deveria ser notificar todos os casos e óbitos por doenças e condições seleccionadas:
    a. Referir as doenças ou condições que exigem notificação imediata e comunicar a lista às unidades de saúde do distrito.
    b. Definir os meios de notificação dos dados ao distrito (por telefone, por escrito, presencialmente). Se a notificação for electrónica, certificar-se de que todos os serviços têm acesso a computadores e a modems?
    c. Definir com que periodicidade deverão ser notificados os dados exigidos.

6. Definir os instrumentos de gestão dos dados disponíveis no distrito e o modo de os usar num sistema integrado:
    a. Formulários de notificação da vigilância baseada em casos
    b. Formulários de notificação da vigilância baseada em amostras de laboratório
    c. Lista linear para usar durante os surtos

d. Quadros para registar os totais resumidos
    i. Formulários de notificação semanal de rotina
    ii. Formulários de notificação mensal de rotina
    iii. Formulários de notificação trimestral de rotina
    iv. Gráficos de análise dos dados por tempo
    v. Mapas de análise dos dados por local
    vi. Cartogramas de análise dos dados por pessoa.

7. Actualizar periodicamente a disponibilidade dos materiais relevantes em cada local de notificação, para levar a cabo a vigilância. (Nota: Se um local de notificação tiver capacidade de notificação electrónica, terá de haver um formato electrónico compatível com os métodos usados aos níveis distrital, regional e nacional. Caso não haja disponibilidade de notificação electrónica, deverá assegurar-se de que os pontos focais que tratam os dados possuem um número suficiente de formulários de recolha de dados, papel, lápis de cor, papel milimétrico e livros de registo).

Análise dos dados

8. Definir os requisitos de tratamento dos dados para cada posto de notificação. Por exemplo, elaborar e divulgar os procedimentos, incluindo os prazos, de modo a que os postos de notificação saibam qual o período de tempo que deverão notificar (p.ex., mês).
    a. Inventariar, compilar e registar os totais resumidos
    b. Verificar a qualidade dos dados e eventualmente limpá-los
    c. Analisar os dados: efectuar resumos semanais/mensais/trimestrais/anuais em quadros, gráficos ou mapas
    d. Fornecer algumas interpretações ao nível imediatamente superior
    e. Envia os dados ao nível seguinte (SMS, e-mail, fax/formulários baseados em casos ou lista linear).
    f. Registar em ficheiros e fazer cópias de protecção dos dados
    g. Fornecer *feedback* à comunidade e a todos os Postos de Notificação relevantes.

9. Decidir se os actuais formulários respeitam as prioridades da Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças. Por exemplo, os actuais formulários fornecem a informação necessária para detectar problemas e definir uma resposta às prioridades da Vigilância Integrada das Doenças?

10. Recolher e apresentar dados relevantes acerca do distrito que possam ser usados na advocacia de recursos adicionais, para melhorar as actividades de vigilância e resposta. (Exemplo: Os agentes de saúde são capazes de documentar um aumento de casos de

paludismo; eles sabem que existe uma resposta eficaz, através de mosquiteiros tratados com insecticida. O funcionário de vigilância do distrito usou os dados para mostrar a redução esperada de casos de paludismo, desde que parte dos custos dos mosquiteiros de cama para a comunidade sejam suportados pelo comércio local).

Investigação e confirmação de casos suspeitos, surtos ou ocorrências:

11. Descrever a rede de laboratórios de referência, para confirmação de doenças e condições prioritárias no distrito. Por exemplo, elaborar uma lista com os seguintes itens:
    a. Serviços distritais públicos, privados ou ONG, com serviços laboratoriais fiáveis, para confirmação de doenças prioritárias.
    b. Actividades de vigilância distrital de prevenção, controlo ou outras especiais, com acesso a laboratórios (por exemplo, qualquer posto de vigilância-sentinela de VIH no distrito).

Preparação e resposta a surtos e outras ocorrências de saúde pública

12. Actualizar as políticas da equipa distrital de resposta rápida às epidemias, para que a avaliação da preparação seja um ponto de rotina na agenda da equipa. Especificar e divulgar o calendário:
    a. Da reunião para a avaliação de rotina da preparação para a resposta e debate dos actuais problemas ou actividades
    b. Das reuniões de resposta aos surtos.

13. Para cada ocorrência, doença ou condição prioritária seleccionada, referir a actividade disponível de resposta da saúde pública.
14. Para cada doença ou condição a que o distrito possa responder, especificar a meta, o limiar de alerta ou os resultados da análise que poderão desencadear uma acção.

Comunicação e *feedback*

15. Definir métodos para informar e apoiar o pessoal de saúde na implementação da vigilância integrada das doenças. Por exemplo:
    a. Fazer uma lista das actuais oportunidades para formar pessoal de saúde em vigilância, resposta ou tratamento de dados no distrito.
    b. Coordenar as oportunidades de formação entre os programas das doenças que possam beneficiar da sobreposição de competências entre programas, como a supervisão, redacção de relatórios, orçamentação, análise dos dados e utilização destes para estabelecer prioridades.

c. Definir as necessidades de formação para cada categoria de pessoal de saúde, formação inicial em competências de vigilância e resposta ou cursos de reciclagem sobre o modo de integrar as actividades de vigilância.

16. Descrever de que forma se processa a comunicação acerca da vigilância e resposta entre o distrito e os pontos focais de vigilância. Incluir métodos como reuniões semanais, boletins informativos, chamadas telefónicas, ou outros. Actualizar periodicamente a descrição.

17. Analisar e actualizar os procedimentos e métodos de *feedback* entre o distrito, as unidades de saúde e as comunidades, assim como entre o distrito e os níveis superiores. Especificar os métodos de *feedback* e actualizá-los, se necessário:
    a. Os boletins que resumem os dados notificados pelas unidades de saúde ao distrito
    b. As reuniões periódicas para discutir problemas de saúde pública e actividades recentes
    c. As visitas de supervisão.

18. Descrever os canais de comunicação entre a comunidade e as unidades de saúde com a comissão de gestão das epidemias, que possam ser activados durante um surto ou para actividades de rotina.

Avaliação e melhoria do sistema de vigilância

19. Decidir se os indicadores adicionais deverão ser avaliados, planear o modo de monitorizar e avaliar a pontualidade e a integralidade da notificação.

20. Indicar três ou mais objectivos que deveriam ser atingidos para melhorar a vigilância no distrito, ao longo do próximo ano.

ANEXO B Potenciais ocorrências de preocupação internacional para a saúde que requerem notificação à OMS, nos termos do RSI 2005

Vigilância dos riscos específicos

O controlo ou a contenção de riscos conhecidos para a saúde pública é uma das vias mais poderosas para melhorar a segurança internacional da saúde pública. A ameaça que os riscos conhecidos colocam constitui a grande maioria das ocorrências capazes de causar emergências de saúde pública que recaem no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional (2005). Existem já programas de controlo que incidem sobre as doenças infecciosas, assim como sobre a segurança alimentar e ambiental, e que contribuem significativamente para o sistema mundial de alerta e de resposta da OMS.

Os riscos ambientais incluem, mas não se limitam a:

- Substâncias químicas
- Alimentos
- Radiação ionizante
- Radiação não ionizante

Pode obter-se informação técnica sobre estes riscos a partir de várias fontes.

As áreas de interesse, para fins de **formação de capacidades** em vigilância integrada, deverão incluir parcerias que contemplem:

1. Emergências de saúde ambiental como:
    - Ocorrências naturais
    - Incidentes tecnológicos
    - Emergências complexas
    - Ocorrências deliberadas
2. Riscos químicos na alimentação:
    - Exposição aguda e crónica dos alimentos (poluição ambiental ou poluição intencional)
3. Zoonoses:
    - Zoonoses emergentes
    - Zoonoses negligenciadas.

Tópicos para a vigilância de riscos específicos

1. **Perigo de doenças infecciosas**
Ameaças conhecidas, novas ou desconhecidas de doenças infecciosas.

2. **Ocorrências zoonóticas**
A emergência, ou reemergência de zoonoses e seu efeito potencialmente desastroso sobre a saúde humana, transformou as zoonoses num problema prioritário para os serviços de veterinária.

3. **Ocorrências de segurança alimentar**
As doenças diarreicas de origem hídrica ou alimentar são causas importantíssimas de doença e de morte nos países menos desenvolvidos, matando anualmente cerca de 1,8 milhões de pessoas, a maior parte das quais são crianças. A identificação da fonte de um surto e a sua contenção são cruciais para o RSI.

4. **Ocorrências de origem química**
A detecção e o controlo de ocorrências químicas, tóxicas e ambientalmente induzidas são primordiais para a implementação do RSI.

5. **Ocorrências de origem radiológica e nuclear**
As emergências radionucleares em instalações nucleares podem ser causadas por derrames acidentais ou resultantes de um acto deliberado. Podem ainda ser detectadas como resultado de exames clínicos, quando os doentes com queimaduras por radiação são internados numa unidade de saúde, antes de se confirmar a fonte de exposição.

Fonte: *A guide for evaluation teams. International Health Regulations (2005): Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations (IHR) in accordance with Anex 1A of the Regulations. February 2009.*

ANEXO C Capacidades essenciais necessárias para a vigilância e resposta, conforme descritas no RSI

Segundo o RSI, os Estados-Membros deverão usar as estruturas e os recursos nacionais existentes para cumprir os seus requisitos em capacidades essenciais. Estes requisitos incluem a capacidade de efectuar actividades de vigilância, registo, notificação, verificação, resposta e colaboração. Espera-se que cada parte avalie as possibilidades que as estruturas e recursos nacionais existentes têm para cumprir os requisitos mínimos. Com base nos resultados dessa avaliação, cada Estado-Membro deverá elaborar e implementar um plano de acção que assegure que essas capacidades essenciais estão presentes e operacionais em todo o país.

O Anexo 1 da Parte A do RSI (2005) define quais os requisitos em capacidades essenciais para a vigilância e resposta. O regulamento reconhece os seguintes três níveis do sistema de cuidados de saúde.

- Nível comunitário ou primário de resposta de saúde pública
- Níveis intermédios de resposta de saúde pública
- Nível nacional

Resposta de saúde pública a nível local, comunitário ou primário

Para a resposta de saúde pública ao nível local, comunitário e/ou primário, as capacidades são:

a) Detectar ocorrências que envolvam doenças ou mortes acima dos níveis esperados para determinado período e local, em todas as zonas do país

b) Notificar imediatamente toda a informação essencial disponível ao nível adequado de resposta de cuidados de saúde. Ao nível comunitário, a notificação será feita às instituições comunitárias locais de cuidados de saúde ou ao pessoal de saúde mais indicado. Para a resposta de saúde pública ao nível primário, a notificação será dirigida ao nível intermédio ou nacional, conforme as estruturas organizativas.

   Para efeitos destas orientações, a informação essencial inclui:

   - Descrições clínicas
   - Resultados laboratoriais
   - Fontes e tipo de risco
   - Número de casos humanos e de óbitos
   - Condições que influenciam a propagação das doenças e medidas sanitárias aplicadas.

(c) Implementar de imediato medidas preliminares de controlo.

Resposta de saúde pública de nível intermédio

Os requisitos em capacidades essenciais para o nível intermédio da resposta de saúde pública terão de ser adaptados ao contexto de cada país. Muitos países têm mais do que um nível intermédio (subdistrito; distrito/concelho e província/região/estado), enquanto que outros países mais pequenos podem ter apenas um nível (nível distrital ou concelhio).

Os requisitos em capacidades essenciais e as funções do sistema de saúde podem divergir de país para país. Por exemplo, enquanto em grandes Estados federais as funções dos níveis intermédios podem ser semelhantes aos requisitos em capacidades essenciais descritos para o "Nível nacional", em Estados mais pequenos, com apenas um nível, as funções do nível intermédio podem assemelhar-se às do nível comunitário e/ou primário da resposta de saúde pública.

Os requisitos em capacidades essenciais ao nível intermédio são os seguintes:

a) confirmar o estado das ocorrências notificadas e apoiar ou implementar medidas adicionais de controlo; e
b) avaliar imediatamente as ocorrências notificadas e, se for considerado urgente, notificar toda a informação essencial ao nível nacional. Para fins deste Anexo, os critérios para ocorrências urgentes incluem o grave impacto sobre a saúde pública e/ou a natureza invulgar ou inesperada com elevado potencial de propagação.

Nível nacional: avaliação e notificação

A resposta ao nível nacional consiste em duas funções – avaliação e notificação:

a) Avaliação de todos os relatos de ocorrências urgentes no prazo de 48 horas; e
b) Notificação imediata à OMS, através do Ponto Focal Nacional do RSI, sempre que a avaliação indicar que a ocorrência é notificável, nos termos do parágrafo 1 do Artigo 6º do RSI e do instrumento de decisão para a avaliação e notificação de ocorrências que possam constituir uma PHEIC no Anexo 2 do RSI e, se necessário, informar a OMS, nos termos do Artigo 7º e parágrafo 2 do Artigo 9º deste Regulamento.

Ao nível nacional, a resposta de saúde pública exige capacidades para:

a) determinar rapidamente as medidas de controlo necessárias para evitar a propagação nacional e internacional;

b) fornecer apoio através de pessoal especializado, análises laboratoriais de amostras (internamente ou através dos centos de colaboração) e apoio logístico (e.g. equipamento, material e transportes);
c) fornecer assistência no local, se necessário, para complementar as investigações locais;
d) fornecer uma ligação directa operacional com funcionários superiores de saúde e outros, para aprovar rapidamente e implementar medidas de contenção e de controlo;
e) fornecer uma ligação directa com outros ministérios governamentais relevantes;
f) fornecer ligações, através dos mais eficientes meios de comunicação disponíveis, com hospitais, clínicas, aeroportos, portos, fronteiras terrestres, laboratórios e outras áreas operacionais importantes para a difusão da informação e das recomendações recebidas da OMS, referentes a ocorrências no próprio território do Estado-Membro e nos territórios de outros Estados-Membros;
g) criar, executar e manter um plano nacional de resposta às emergências de saúde pública, incluindo a criação de equipas multidisciplinares/multisectoriais, para responder a ocorrências que possam constituir emergências de saúde pública de preocupação internacional; e
h) executar as acções acima referidas num prazo de 24 horas.

Durante várias consultas a nível mundial, as capacidades essenciais foram resumidas em oito componentes: legislação; política e coordenação; vigilância; preparação; resposta; comunicação dos riscos; laboratórios; e recursos humanos. Estas oito componentes têm todas a mesma importância para a IDSR.

Secção 1

Identificar casos de doenças, condições e ocorrências prioritárias

Esta secção descreve o modo de:

- Usar definições de casos padrão para notificar suspeitas de doenças e condições prioritárias, incluindo ocorrências preocupantes para a saúde pública
- Actualizar os procedimentos de vigilância e resposta no distrito
- Actualizar a descrição e a listagem das áreas de captação, incluindo a distribuição de formulários de recolha, instrumentos e orientações para notificação
- Usar as redes e procedimentos de laboratório para melhorar a capacidade de vigilância e resposta, incluindo a capacidade de confirmar a suspeita de surtos.

1.0 Identificar casos de doenças, condições e ocorrências prioritárias

O pessoal de saúde executa actividades de vigilância a todos os níveis do sistema de saúde, de modo a poder detectar problemas de saúde pública de preocupação para a sua comunidade. As prioridades da vigilância podem ser doenças transmissíveis e não transmissíveis, condições ou ocorrências que incluam prioridades nacionais ou locais, como surtos agudos, mortalidade materna ou ocorrências associadas à saúde humana. Uma das funções essenciais de um sistema de vigilância de saúde pública é manter-se vigilante na sua capacidade de detectar, não apenas as ameaças conhecidas para a saúde pública, com definições de casos estabelecidos e canais formais de notificação, mas também ocorrências ou perigos não especificamente incluídos no sistema formal de notificação. Pode tratar-se de ocorrências, como grupos de padrões de doenças ou rumores de mortes inexplicáveis.

Efectivamente, tais doenças, condições e ocorrências podem atrair a atenção do sistema de saúde de várias maneiras.

Por exemplo:

- Uma pessoa adoece e procura tratamento numa unidade de saúde.
- Membros da comunidade registam ocorrências ou eventos invulgares a nível local. Por exemplo, um membro da comunidade notifica um conjunto de mortes ou padrão invulgar de doenças à unidade de saúde. Uma farmácia notifica um súbito aumento do número de compras de um determinado medicamento ou tratamento. Até uma escola poderá notificar ausências inusitadas de alunos, devidas a sinais e sintomas semelhantes, como uma doença de tipo gripal (ILI).
- O pessoal de saúde que realiza análises de rotina dos registos, para descobrir casos de doenças específicas, verifica que há casos de outras doenças prioritárias que não foram notificados. Por exemplo, um funcionário que analisa habitualmente o registo clínico dos casos de paralisia flácida aguda (PFA), também verifica que foi recentemente referido no registo clínico um caso de cólera. Há ainda casos no registo devidos a condições não transmissíveis, como a hipertensão ou a *diabetes mellitus*.
- A rádio, televisão ou jornais referem um rumor de ocorrências raras ou inexplicáveis na área, com exposição potencial para as pessoas.
- Registos de ocorrências vitais revelam um acréscimo na mortalidade materna.

- Uma determinada unidade de saúde notifica uma única morte de um adulto devida a diarreia sanguínea. Durante a análise dos relatórios de rotina de todos os serviços dessa área, o funcionário do distrito repara que outras unidades de saúde na área de captação também notificaram mortes de adultos devidas a diarreia sanguínea.

1.1 Usar definições de casos padrão

Uma definição de casos padrão é um conjunto de critérios acordados que são usados para decidir se uma pessoa tem determinada doença ou condição. A definição especifica os critérios clínicos e as limitações de tempo, local e pessoa. Usar as definições de caso-padrão garante que cada caso é diagnosticado do mesmo modo, independentemente do local ou do momento em que ocorreu ou de quem o identificou. Isto permite a comparação do número de casos de doenças ou condições que ocorreram em determinado momento ou local com o número de casos que ocorrem em outro momento ou local.

Usar as mesmas definições de casos em todo o sistema nacional permite que o sistema de vigilância de saúde pública consiga detectar doenças ou condições prioritárias e usar limiares ou sinais para agir na área da saúde pública. Quando as unidades de saúde e os distritos usam diferentes definições de casos, é difícil detectar as tendências das doenças, condições ou ocorrências. Não é possível executar acções urgentes, como a investigação das causas da alteração das tendências. O pessoal de saúde que analisa os dados usando uma definição não poderá saber se as tendências detectadas em outra área de captação se devem a causas semelhantes ou diferentes.

Usar as definições de casos padrão também é importante na implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005). Mesmo a nível do distrito, o pessoal de saúde deverá ter conhecimento das definições de casos de doenças ou ocorrências que podem afectar não só a comunidade local, mas que podem também ser potencialmente disseminadas para além das fronteiras geográficas.

O processo de notificação de ocorrências à OMS, nos temos do RSI, envolve o uso do “instrumento de decisão” que beneficia das definições de casos padrão usadas pela IDSR, bem como da confirmação, análise dos dados, interpretação dos resultados e notificação. O instrumento de decisão do RSI consta do Anexo 2C, Secção 2.

1.1.1 Distribuir as definições de casos-padrão pelas unidades de saúde

Deverá garantir-se que o pessoal das unidades de saúde conhece e dispõe de definições de casos padrão (incluindo as destinadas a notificar ocorrências invulgares, padrões de doenças ou mortes inexplicadas), especificadas pelo nível nacional. Alguns países prepararam e divulgaram definições de casos de doenças sob vigilância, na forma de cartazes ou de pequenos folhetos informativos. Estes instrumentos reforçam o uso de definições padrão para detectar e notificar doenças, condições e ocorrências prioritárias.

As propostas de definições de casos com base em programas específicos das doenças estabelecidos encontram-se no Anexo 1A e também na Secção 9 destas orientações.

1.1.2 Distribuir os principais sinais ou sintomas para usar nas definições de casos a nível comunitário

Fornecer informação aos profissionais de saúde, curandeiros tradicionais, parteiras e líderes da comunidade sobre o modo de reconhecer e notificar doenças, condições ou ocorrências prioritárias à unidade de saúde. No Anexo 1B desta secção, encontra-se uma lista de definições de casos para usar a nível comunitário.

Simultaneamente, sublinhar a necessidade de encaminhar para tratamento as pessoas com suspeita de determinada doença ou condição. Deverá ainda ser fornecida informação à comunidade sobre as doenças prioritárias, através de cartazes, boletins e anúncios durante as reuniões.

Um *feedback* eficaz aos relatórios da comunidade motiva as pessoas a participarem nas actividades de vigilância e resposta.

1.2 Actualizar os procedimentos distritais para a vigilância e resposta a nível nacional

Usar os resultados disponíveis da apreciação e da avaliação para planear melhores actividades de vigilância e resposta na sua área. Todos os anos, os funcionários de saúde do nível nacional ou provincial deverão avaliar o desempenho do sistema de resposta e vigilância. Usar os resultados para ajustar os planos em

conformidade, de modo a responder às questões que se seguem na lista de prioridades.

1.2.1 Actualizar a descrição da área de captação

Actualizar, pelo menos uma vez por ano, a informação acerca da área de captação e incluir os resultados da avaliação dos riscos. O mapeamento dos riscos é um instrumento para identificar e apresentar os riscos específicos para a saúde e o bem-estar da comunidade. Esta informação é usada para definir as acções de prevenção a empreender para a redução desses riscos e evitar as doenças e as mortes. Os exemplos de potenciais riscos incluem fontes de água contaminada, a falta de transportes de urgência para serviços de referência destinados a mulheres em trabalho de parto, ou riscos potenciais, como falta de precauções de segurança nas minas ou em outros locais de trabalho.

Para actualizar a descrição da área de captação, certificar-se de que possui a informação actual acerca dos seguintes itens:

- Tamanho da população-alvo no distrito, como as crianças menores de 5 anos, crianças em idade escolar, mulheres em idade fértil, todas as crianças e adultos de 1 a 30 anos, pessoas que vivem em campos de refugiados, pessoas internamente deslocadas, jovens fora da escola e outros.
- Principais actividades de saúde pública na área, incluindo actividades de vacinação de organizações públicas, privadas e não governamentais (ONG), projectos de água potável, clínicas de planeamento familiar, centros de nutrição para crianças subnutridas, informação referente a factores de risco das doenças não transmissíveis, e outros. Criar um fórum regular com os interessados na saúde do distrito, para debater actividades de vigilância e resposta relacionadas com ocorrências prioritárias de saúde dentro da comunidade. Isto poderá ser levado a cabo através de reuniões mensais ou trimestrais. Aproveitar o ensejo para dar *feedback* sobre os dados de vigilância notificados pelas suas instituições.

1.2.2 Actualizar a lista dos postos de notificação do distrito

Identificar todas as unidades de saúde, Pontos de Entrada (PoE) e todos os outros locais do distrito que tenham de notificar os dados de vigilância ou ocorrências ao nível distrital. Promover relações entre os postos privados e de ONG no distrito e envolvê-los em actividades de vigilância. Registar (e actualizar, se necessário) a

localização das unidades de saúde e dos Pontos de Entrada (PoE), bem como os nomes dos funcionários responsáveis pelas actividades de vigilância. Apresenta-se, no Anexo 1C desta secção, um modelo de ficha para registar os postos de notificação e o ponto focal de contacto de cada posto.

1.2.3 Distribuir formulários de recolha de dados actualizados, instrumentos de notificação e orientações técnicas

Ao actualizar a descrição das áreas de captação, deverá verificar-se se os postos de notificação têm formulários em número suficiente ou outra forma de notificação dos dados da vigilância ao distrito (como radiotelefones, telemóveis ou ligações por e-mail). Incluir as actualizações dos formulários e procedimentos para notificação, investigação e resposta a ocorrências de saúde pública em reuniões trimestrais de distrito com as unidades de saúde e outros postos de notificação.

1.3 Melhorar as capacidades dos laboratórios locais para a vigilância e resposta

Há muitas doenças ou condições com sinais e sintomas iguais ou semelhantes a outras doenças ou condições. Por exemplo, uma criança com febre e erupções em todo o corpo pode ser diagnosticada com sarampo, embora possa haver várias causas para essa apresentação clínica.
É essencial a confirmação laboratorial do diagnóstico das doenças, condições e ocorrências sob vigilância, para se conseguir:

- Diagnosticar com rigor a doença de um determinado doente, e
- Verificar a causa (ou etiologia) de uma suspeita de surto.

As amostras de laboratório deverão chegar em bom estado, de modo a que o processamento da amostra forneça resultados fiáveis. As amostras deverão ser colhidas, armazenadas e manuseadas de acordo com as especificações das doenças. Dever-se-á reduzir ao mínimo o prazo entre a colheita da amostra e o processamento em laboratório.

Há muitos factores que podem influenciar a fiabilidade da interpretação dos resultados dos testes laboratoriais. Por exemplo, os resultados são difíceis de interpretar quando:

- A amostra é colhida inadequadamente, por exemplo, uma amostra de sangue coagulado.
- O atraso no transporte e processamento pode resultar na proliferação de bactérias na amostra colhida, como urina e LCR.
- O uso de um meio inadequado de transporte ou armazenamento pode tornar inviável um organismo suspeito.

Os quadros de referência de doenças específicas na Secção 9 recomendam procedimentos de laboratório para confirmar doenças e condições prioritárias, incluindo:

- Teste de diagnóstico para confirmar uma doença ou condição
- Colheita da amostra
- Quando colher a amostra
- Como preparar, armazenar e transportar a amostra
- Quando esperar os resultados
- Fontes adicionais de informação.

Poderá ser necessário implementar medidas de saúde pública antes mesmo da confirmação laboratorial ter sido recebida.

1.3.1 Designar os laboratórios a incluir na rede

O Anexo 1D desta secção contém uma descrição das funções laboratoriais por nível do sistema de saúde.
A tónica, a nível de unidade de saúde, de distrito e de província, é colocada na segurança da colheita, manuseamento, transporte e processamento das amostras. O ponto focal da vigilância ou do laboratório local deverá criar ou reforçar a comunicação de rotina com laboratórios identificados que recebem amostras da unidade de saúde ou distrito. A finalidade deste contacto de rotina é reforçar os procedimentos entre as unidades de saúde do distrito que irão enviar as amostras e o laboratório que as irá receber. É preciso garantir que os procedimentos de colheita e transporte de amostras, a confirmação de uma doença ou condição e a notificação dos resultados sejam claros e possam ser realizados com fiabilidade.

Para apoiar os laboratórios a nível subnacional ou distrital dentro da rede, o sistema nacional de saúde deverá elaborar um memorando de entendimento (Mou) com os laboratórios fora da área ou da rede que tenham capacidade para procedimentos de diagnóstico específicos que sejam localmente inexistentes. O

nível nacional deverá ainda apoiar os laboratórios, através da advocacia ao mais alto nível, para aceder aos materiais necessários para colher, manusear, armazenar e expedir amostras com segurança, através da rede.

1.3.2 Identificar os laboratórios da rede

O ponto focal de vigilância a cada nível do sistema de saúde deverá manter uma lista actualizada dos laboratórios que tenham capacidade para efectuar os testes laboratoriais necessários. Apresenta-se no Anexo 1E desta secção um modelo de ficha para registar os laboratórios nacionais que confirmam as doenças e condições prioritárias. Fornecer informação a todas as unidades de saúde acerca dos métodos para transportar amostras, incluindo como as preparar, manusear, expedir e armazenar. Garantir a divulgação da informação sobre embalagem e expedição de matérias infecciosas, conforme orientação das políticas nacionais.

1.3.3 Informar os laboratórios sobre os procedimentos para confirmação de doenças e condições prioritárias

Depois de o ponto focal de um laboratório distrital ser identificado, o ponto focal do nível distrital deverá certificar-se de que os procedimentos de confirmação laboratorial estabelecidos a nível nacional são conhecidos e cumpridos no distrito. O pessoal indicado deverá:

- Assegurar-se de que a colheita da amostra e materiais de transporte estão previamente preparados (disponíveis e fiáveis), a nível de laboratório distrital. Os testes rápidos de diagnóstico laboratorial ou os testes serológicos para a detecção de doenças prioritárias e de riscos (por exemplo, químicos) deverão estar disponíveis para serem usados oportunamente.
- Apoiar a unidade de saúde na colheita da amostra correcta para confirmar o caso suspeito.
- Colaborar com o laboratório, se necessário, na identificação da amostra correcta a colher, bem como de eventuais preocupações ou procedimentos.
- Colher e embalar a amostra com segurança ou ajudar a unidade de saúde a colhê-la.
- Garantir o transporte seguro e fiável da amostra, desde a unidade de saúde até ao laboratório designado.

- Receber os resultados do laboratório e notificá-los de imediato à unidade de saúde e ao nível nacional. Enviar ainda os resultados ao médico para que ele possa dispensar os devidos cuidados ao doente.
- Actuar em conformidade com a unidade de saúde, com base no relatório laboratorial.

1.3.4 Criar um controlo de qualidade nos laboratórios

Colaborar com as autoridades provinciais ou nacionais para criar actividades que garantam resultados de qualidade, por parte dos laboratórios, na área de captação. O controlo de qualidade dos laboratórios e a garantia de qualidade são importantes para gerar confiança nos resultados obtidos.

Anexos à Secção 1

ANEXO 1A Definições de casos padrão da OMS/AFRO, para notificação de suspeitas de doenças, condições e ocorrências prioritárias da unidade de saúde para o distrito

ANEXO 1B Principais sinais e sintomas para as definições de casos, a usar a nível comunitário

ANEXO 1C Lista dos postos distritais de notificação

ANEXO 1D Funções dos laboratórios, por nível do sistema de saúde

ANEXO 1E Lista dos laboratórios nacionais, para confirmação das doenças, condições e ocorrências prioritárias

ANEXO 1A Definições de casos padrão da OMS/AFRO, para notificação da suspeita de doenças, condições e ocorrências prioritárias, da unidade de saúde para o distrito

A OMS-AFRO propõe que as unidades de saúde usem os seguintes exemplos de definições de casos padrão para notificação de casos suspeitos de doenças e condições prioritárias ao nível distrital. Para mais informações sobre a vigilância de doenças e condições prioritárias, consultar as orientações para doenças específicas na Secção 9.

Doenças e condições prioritárias	
Doenças /Condição	**Definição de casos padrão para casos suspeitos**
Síndrome de febre hemorrágica aguda	**Caso suspeito**: manifestação aguda de febre com menos de 3 semanas de duração, em pessoa gravemente doente e quaisquer dois dos seguintes sintomas: erupção hemorrágica ou purpúrica; epistaxis (hemorragia nasal); hematemese (vómito com sangue); hemoptise (sangue na expectoração); sangue nas fezes; outros sintomas hemorrágicos e nenhum factor conhecido de predisposição para manifestações hemorrágicas. **Caso confirmado**: um caso suspeito com confirmação laboratorial ou ligação epidemiológica a casos ou surtos confirmados. ***Nota**: Durante um surto, as definições de casos podem ser alteradas para corresponderem à ocorrência local.*
Hepatite viral aguda	**Caso suspeito**: uma pessoa com doença aguda, incluindo geralmente icterícia aguda, urina escura, anorexia, mal-estar, extrema fadiga e quadrante superior direito macio (Nota: as crianças infectadas são muitas vezes assintomáticas). **Caso confirmado**: um caso suspeito que é confirmado pelo laboratório
Efeitos adversos após vacinação (EAAV)	Incidente médico que ocorre após a vacinação, provoca preocupação e se crê ser causado pela vacinação
Antraz	**Caso suspeito:** uma pessoa que apresente manifestação aguda caracterizada por várias formas clínicas, nomeadamente: (a) **Cutânea**: uma pessoa com lesões cutâneas a evoluírem, durante 1 a 6 dias, de um estádio papular, através de um estádio vesicular, para uma depressão de escaras negras, invariavelmente acompanhadas de edema, que vai de ligeiro a extenso. (b) **Gastrointestinal:** uma pessoa com mal-estar abdominal,

Antraz, continuação	caracterizado por náuseas, vómitos e anorexia, seguido de febre. (c) **Pulmonar (inalação):** uma pessoa com um breve pródromo semelhante a doença respiratória viral aguda, seguido de uma rápida manifestação de hipoxia, dispneia e temperatura alta, com evidência no raio X de alargamento mediastinal. (d) **Meníngica:** uma pessoa com manifestação aguda de febre alta, possivelmente com convulsões, perda de consciência, sinais e sintomas meníngicos; vulgarmente presente em todas as infecções sistémicas, mas pode apresentar-se sem nenhum outro sintoma clínico de antraz. **e** tenha uma ligação epidemiológica a casos animais confirmados ou suspeitos ou produtos animais contaminados **Caso confirmado:** Um caso confirmado de antraz humano pode definir-se como um caso clinicamente compatível de doença cutânea, inalacional ou gastrointestinal confirmdo em laboratório por: (a) Isolamento de *B. anthracis* a partir de um tecido ou ponto afectado; ou (b) Outra evidência laboratorial de infecção por *B. anthracis* baseada em, pelo menos, dois testes laboratoriais comprovativos. **Nota:** *Poderá não ser possível detectar o B. anthracis nas amostras clínicas, se o doente tiver sido tratado com agentes antimicrobianos.*
Úlcera de Buruli (*Mycobacterium ulcerans*)	**Caso suspeito**: uma pessoa que apresente um nódulo, crosta ou úlcera cutânea indolor e viva ou tenha visitado uma área endémica de UB **Caso confirmado:** um caso suspeito confirmado por, pelo menos, um teste laboratorial (ZN para BAAR, PCR, cultura ou histologia)
Chikungunya	**Caso suspeito**: uma pessoa com manifestação aguda de febre >38,5°C e artralgia/artrite grave, não explicável por outras condições clínicas. **Caso confirmado**: um caso suspeito com confirmação laboratorial.
Cólera	**Caso suspeito:** um doente com 5 anos de idade ou mais, com desidratação grave ou morte por diarreia aquosa aguda. ▪ Se houver epidemia de cólera, um caso suspeito é uma pessoa com 5 anos ou mais, com diarreia aquosa aguda, com ou sem vómitos. **Caso confirmado**: um caso suspeito em que o *Vibrio cholerae* O1 ou O139 foi isolado nas fezes.
Febre do Dengue	**Caso suspeito de Febre do Dengue:** uma pessoa com doença febril aguda de 2-7 dias de duração, com 2 ou mais dos seguintes sintomas: dor de cabeça, dor retro-orbital, mialgia, artralgia, erupção cutânea, manifestações

Dengue, continuação	hemorrágicas, leucopenia. **Caso confirmado de Febre do Dengue:** um caso suspeito com confirmação laboratorial (anticorpo IgM positivo, aumento da titulação dos anticorpos IgG, PCR positivo ou isolamento viral). **Febre hemorrágica do Dengue**: um caso provável ou confirmado de dengue com tendências hemorrágicas, conforme evidenciado por um ou mais dos seguintes sinais: teste do torniquete positivo; petéquias, equimoses ou púrpura; hemorragias: mucosa, tracto gastrointestinal, pontos de injecção ou outros; hematemese ou melenas; e trombocitopenia (100 000 células ou menos por mm^3) e evidência de extravasamento de plasma, devido a aumento da permeabilidade vascular, manifestado por um ou mais dos seguintes sinais: 20% de aumento do hematócrito médio para a idade e sexo, 20% de redução do hematócrito, devido à terapia de reposição do volume em relação ao valor inicial, sinais de extravasamento de plasma (efusão pleural, ascites, hipoproteinemia). **Síndrome de Choque do Dengue**: todos os critérios acima descritos, mais evidência de falha circulatória, manifestada por pulso rápido e fraco e pressão de pulso estreito (≤ 20 mm Hg) ou hipotensão devida à idade, frio, pele viscosa e estado mental alterado.
Diabetes	**Novo caso suspeito**: qualquer pessoa que se apresente com os seguintes sintomas: ▪ Muita sede ▪ Muita fome ▪ Urina frequente **Novo caso confirmado**: qualquer pessoa com o valor da glicose no plasma venoso em jejum ≥ 7 mmol/L (126 mg/dl) ou glicose capilar ≥ 6,1 mmol/L (110 mg/dl) **Ou** Qualquer pessoa com o valor da glicose no plasma venoso após ingestão ≥ 11,1mmol/L (200 mg/dl) ou glicose capilar ≥ 11,1 nnik>k (200 mg/dl) **Notificar apenas o primeiro diagnóstico do doente confirmado por laboratório*
Diarreia sanguínea (disenteria)	**Caso suspeito**: uma pessoa com diarreia com sangue visível nas fezes. **Caso confirmado**: caso suspeito com cultura das fezes positiva para a *Shigella dysenteriae* tipo 1.
Dracunculose	**Caso suspeito**: uma pessoa que apresente uma lesão cutânea com comichão ou bolhas e que viva numa zona endémica do verme da Guiné. **Caso confirmado**: na última fase do programa, é necessária a confirmação dos últimos casos por pessoal de saúde qualificado. Seguir as orientações nacionais para a definição de caso confirmado.

Febres hemorrágicas virais de Ébola ou de Marburgo	**Caso suspeito**: doença com manifestação de febre e sem resposta às causas habituais de febre na zona e, pelo menos, um dos seguintes sintomas: diarreia sanguínea, hemorragia das gengivas, hemorragia cutânea (púrpura), hemorragia ocular e na urina. **Caso confirmado**: um caso suspeito com confirmação laboratorial (anticorpo IgM positivo, PCR positivo ou isolamento viral), ou ligação epidemiológica a casos confirmados ou a surtos. ***Nota**: Durante um surto, estas definições de caso podem ser alteradas para corresponderem à ocorrência local.*
Doenças de origem alimentar	**Caso suspeito**: 2 ou mais pessoas que consomem alimentos ou bebidas comuns e apresentam sintomas semelhantes. **Caso confirmado**: Um caso com confirmação laboratorial de um agente específico, interrelacionado com uma vulgar fonte de alimento ou de bebida. **Nota:** *Uma doença de origem alimentar é definida de acordo com o agente específico que provoca a doença (por exemplo, cólera, hepatite A, salmonelose, shigelose).*
Gripe humana causada por um novo subtipo	**Caso suspeito de H5N1**: qualquer pessoa que apresente doença respiratória aguda inexplicável das vias inferiores, com febre (> 38 ºC) e tosse, falta de fôlego ou dificuldade respiratória. **e** uma ou mais das seguintes exposições, no período de 7 dias antes da manifestação do sintoma: ***a)*** Contacto próximo (até 1 metro) com uma pessoa (e.g. tratar essa pessoa, falar com ela ou tocar-lhe) que se suspeita ser um caso, provável ou confirmado de H5N1; ***b)*** Exposição (e.g. manusear, matar, depenar, cortar, preparar para consumo) a aves de criação ou aves selvagens, bem como restos desses animais ou ambientes contaminados com as suas fezes, na zona em que se suspeita ou se confirmou, no último mês, haver infecção pelo H5N1 em animais ou humanos; ***c)*** Consumo de produtos de aves de capoeira cruas ou mal cozinhadas na zona em que se suspeita ou se confirmou, no último mês, haver infecção pelo H5N1 em animais ou humanos; ***d)*** Contacto directo com um animal confirmadamente infectado com H5N1, diferente das aves de capoeira ou aves selvagens; ***e)*** Manuseamento de amostras (animais ou humanas) suspeitas de conterem o vírus H5N1 em laboratório ou em outro cenário. **Caso confirmado de H5N1**: uma pessoa que cumpra os critérios de um caso suspeito **e** cujos resultados positivos de laboratório e resultados de testes do H5N1 sejam aceites pela OMS como confirmatórios. **Suspeita de infecção pandémica pelo vírus H1N1 de 2009:** uma pessoa que apresente uma doença de tipo gripal (manifestação febril súbita > 38 °C e

	tosse ou garganta inflamada, na ausência de outro diagnóstico), com uma história de exposição a um vírus da pandemia (H1N1) 2009. **Infecção pandémica confirmada pelo vírus H1N1 de 2009:** uma pessoa com infecção pelo vírus pandémico H1N1 de 2009, confirmada laboratorialmente, através de um ou mais dos seguintes testes: PCR; cultura de vírus; um aumento quádruplo dos anticorpos neutralizadores específicos do vírus da pandemia H1N1, de 2009.
Hipertensão	**Suspeita de novo caso na primeira visita:** qualquer pessoa apresentando uma medição da tensão arterial em repouso (baseada na média de 3 leituras) igual ou superior a 140 mm Hg para a pressão sistólica e igual ou superior a 90 mm Hg para a pressão diastólica. **Caso confirmado:** qualquer pessoa apresentando, pelo menos em duas ocasiões, uma medição da pressão arterial em repouso (com base na média de 3 leituras) igual ou superior a 140 mm Hg para a pressão sistólica e igual ou superior a 90 mm Hg para a pressão diastólica.
Doença de tipo gripal (ILI)	**Doença de tipo gripal:** uma pessoa, criança ou adulto com: ▪ Manifestação súbita de febre > 38 ºC E ▪ Tosse ou garganta inflamada sem outros diagnósticos. **Um caso confirmado de gripe** é um caso que corresponde à definição de caso clínico e que é confirmado por laboratório (os resultados de laboratório terão de ser positivos para o vírus da gripe).
Febres hemorrágicas de Lassa e Congo-Crimeia (FHCC)	**Caso suspeito de FHCC**: doença com súbita manifestação de febre, mal-estar, fraqueza, irritabilidade, dores de cabeça, dores agudas nos membros e articulações e anorexia acentuada. Aparecimento precoce de rubor no rosto e peito e infecção do tecido conjuntivo, enantema hemorrágico do palato mole, úvula e faringe e, muitas vezes, uma fina erupção petequial que se espalha do peito e abdómen para o resto do corpo, por vezes com grandes manchas purpúricas. **Caso confirmado de FHCC**: um caso suspeito com confirmação laboratorial (anticorpo IgM positivo, PCR, isolamento viral ou seroconversão do IgG por ELISA ou IFA) ou ligação epidemiológica a um caso confirmado ou a um surto. **Caso suspeito de Febre de Lassa**: doença com manifestação gradual, com um ou mais dos seguintes sintomas: mal-estar, febre, dor de cabeça, garganta inflamada, tosse, náuseas, vómitos, diarreia, mialgia, dores no peito, perda de audição e uma história de contacto com excrementos de roedores ou com um caso de Febre de Lassa. **Caso confirmado de Febre de Lassa:** um caso suspeito com confirmação laboratorial (anticorpo IgM positivo, PCR ou isolamento do vírus) ou ligação epidemiológica com um caso confirmado por laboratório.

Lepra	**Caso suspeito**: uma pessoa que mostre um de três sinais principais de lepra: lesão cutânea de baixa pigmentação ou avermelhada, perda ou decréscimo de sensibilidade nos pensos dérmicos, dilatação dos nervos periféricos. **Caso confirmado:** uma pessoa que apresente, pelo menos, dois sinais principais de lepra e que não tenha completado uma Terapêutica Multimedicamentosa (TMM).
Filaríase Linfática	**Caso suspeito**: residente numa zona endémica com um sinal clínico de hidrocele ou edema linfático, para o qual se excluíram outras causas para estes resultados. **Caso confirmado:** qualquer pessoa com diagnóstico laboratorial positivo de microfilaremia em esfregaço sanguíneo, antigenemia filarial ou teste de ecografia positivo.
Paludismo	**Paludismo benigno**: qualquer pessoa com febre ou história de febre no espaço de 24 horas, sem sinais de doença grave (disfunção de um órgão vital) é diagnosticada clinicamente como tendo paludismo. **Paludismo benigno confirmado**: qualquer pessoa com febre ou história de febre no espaço de 24 horas; e com confirmação laboratorial de diagnóstico de paludismo por esfregaço sanguíneo ou outro teste diagnóstico para parasitas do paludismo. **Paludismo maligno não confirmado:** um doente hospitalizado com doença febril grave, acompanhada de disfunção de um órgão vital clinicamente diagnosticado. **Paludismo maligno confirmado:** um doente hospitalizado com parasitemia assexual por *P. falciparum*, como confirmado por testes laboratoriais, acompanhado de sintomas e sinais de doença grave (disfunção de um órgão vital) laboratorialmente diagnosticada.
Malnutrição	**Insuficiência ponderal à nascença:** um recém-nascido com peso à nascença inferior a 2 500 gramas. **Malnutrição em crianças:** - Crianças menores de cinco anos com insuficiência ponderal (indicador: peso para a idade, valor Z <-2) - Crianças de 6 a 59 meses com indicadores do PB <11,5 cm (alto risco de mortalidade) - Edema bilateral de corrosão **Malnutrição nas mulheres grávidas:** As mulheres grávidas que têm bebés com baixo peso à nascença (peso à nascença < 2,5 Kg) (o fraco estado nutricional e de saúde das mulheres pode indicar que grupos da população podem beneficiar de melhores cuidados prénatais para as mulheres e cuidados neonatais para os bebés).
Mortalidade maternal	A morte de uma mulher durante a gravidez ou no período de 42 dias após o parto ou a interrupção da gravidez, independentemente da duração e local da

	gravidez, por uma causa relacionada ou agravada pela gravidez ou sua gestão, mas não por causas acidentais ou incidentes.
Sarampo	**Caso suspeito**: uma pessoa com febre e erupção maculopapular (não vesicular) generalizada e tosse, coriza ou conjuntivite (olhos inflamados) ou uma pessoa cujo médico suspeite que tem sarampo. **Caso confirmado**: um caso suspeito com confirmação laboratorial (anticorpos IgM positivos) ou ligação epidemiológica a um caso confirmado durante um surto.
Meningite meningocócica	**Caso suspeito**: qualquer pessoa com manifestação súbita de febre (rectal >38,5ºC ou axilar 38,0ºC) e um dos seguintes sinais: rigidez do pescoço, alteração da consciência ou outros sinais de meningite. **Caso confirmado**: um caso suspeito confirmado por isolamento do *N. meningitidis* no líquido cefalorraquidiano (LCR) ou no sangue.
Tétano neonatal	**Caso suspeito**: um recém-nascido com capacidade normal para mamar e chorar durante os primeiros dois dias de vida e que, entre o 3º e o 28º dia de idade, não é capaz de mamar normalmente, e se torna rígido ou tem convulsões ou ambas as coisas. **Caso confirmado**: Não é recomendada confirmação laboratorial.
Novos casos de SIDA	A OMS/AFRO recomenda que os países usem as definições de casos de VIH/SIDA de Bangui ou de Abidjan. Um teste ELISA positivo, para confirmar o VIH, e um teste rápido para confirmar os resultados positivos, são suficientes para uma definição epidemiológica dos casos de infecção pelo VIH.
Noma	**Novo caso suspeito**: uma criança com uma úlcera na boca e outros sinais de alerta, como malnutrição, falta de higiene, doença recente de sarampo, diarreia persistente ou paludismo, deverá ser considerada como um potencial caso de noma. **Novo caso confirmado**: uma pessoa com gangrena que começa por ulceração das gengivas e se dissemina rapidamente através dos tecidos da boca e rosto, destruindo os tecidos moles e rígidos.
Oncocercose	**Caso suspeito**: numa zona endémica, uma pessoa com nódulos fibrosos em tecidos subcutâneos. **Caso confirmado**: um caso suspeito confirmado laboratorialmente pela presença de um ou mais dos seguintes sinais: microfilária em fragmentos de pele, vermes adultos em nódulos excisados ou manifestações oculares típicas (como observações com lâmpada de fenda da microfilária na córnea, câmara anterior ou corpo vítreo).
Peste	**Caso suspeito**: uma pessoa com manifestação súbita de febre, arrepios, dor de cabeça, profundo mal-estar, prostração e inchaço muito doloroso dos

	nódulos linfáticos, ou tosse com expectoração com sangue, dores no peito e dificuldade em respirar. **Caso confirmado**: caso suspeito confirmado por isolamento do *Yersinia pestis* no sangue ou aspiração dos bubões, ou ligação epidemiológica a casos confirmados ou surtos.
Poliomielite (Paralisia flácida aguda)	**Caso suspeito:** uma criança menor de 15 anos com paralisia flácida aguda ou pessoa de qualquer idade com paralisia e cujo médico suspeite ter poliomielite. **Caso confirmado**: um caso suspeito com isolamento do vírus nas fezes.
Raiva	**Caso suspeito:** uma pessoa com um ou mais dos seguintes sintomas: dor de cabeça, dor de pescoço, náusea, febre, medo da água, ansiedade, agitação, sensações anormais de formigueiro ou dores no ponto da mordedura, quando se suspeita de contacto com um animal atacado de raiva. **Caso confirmado:** um caso suspeito confirmado pelo laboratório

Febre do Vale do Rift (FVR)	**Caso suspeito :**
	
	Doenças prévias:
	
	▪ Febres altas (temperatura axilar >37, 5 ºC ou temperatura oral >38,0ºC) com mais de 48 horas de duração, que não responde a terapêuticas antibióticas ou antipalúdicas, e associada a:
	  ▪ Contacto directo com animas doentes ou mortos ou respectivos produtos **e/ou**:
	  ▪ Viagem recente (na semana anterior), ou que vive numa zona onde, após chuvas intensas, o gado morre ou aborta e onde se suspeita ou se confirma a actividade do vírus FVR **e/ou:**
	  ▪ Manifestação súbita de um ou mais dos seguintes sintomas: cansaço, dores nas costas, dores musculares, dor de cabeça (por vezes intensa), mal-estar quando exposta à luz, e náuseas/vómitos **e/ou**:
	  ▪ Náuseas/vómitos, diarreia ou dores abdominais com um ou mais dos seguintes sintomas:
	  - Intensa palidez (ou Hb < 8 gm/dL)
	  - Plaquetas baixas (trombocitopenia) como evidencia a presença de pequenas hemorragias cutâneas e das membranas mucosas (petéquias) (ou contagem de plaquetas < 100x109 / dL)
	  - Evidência de falha renal (edema, produção reduzida de urina) (ou creatinina> 150 mol/L) **e/ou**:
	  - Evidência de hemorragia cutânea, das feridas, das membranas mucosas ou do nariz, do tracto gastrointestinal e hemorragia inesperada da vagina **e/ou:**
	  - Icterícia clínica (Triplo aumento das transaminases).
	
	Últimos estádios da doença ou complicações (2-3 semanas após a

Febre do Vale do Rift, continuação	**manifestação)** ▪ Doentes que sofreram no mês anterior uma doença de tipo gripal com critérios clínicos, que desenvolveram também o seguinte: ▪ Manifestações do CNS semelhante a meningo-encefalite **e/ou** ▪ Perda inexplicada da visão **e** ▪ Morte inexplicada, na sequência de manifestação súbita de doença de tipo gripal aguda com hemorragia, meningo-encefalite ou perda de visão durante o mês anterior. **Caso confirmado:** um doente que, após rastreio clínico, se revele positivo para os anticorpos IgM anti-FVR por ELISA (que surgem tipicamente entre o quarto e o sexto dia após a manifestação dos sintomas) ou testes positivos da Reacção em Cadeia da Polimerase-Transcriptase Inversa (RT-PCR).
Infecções Respiratórias Agudas Graves (IRA)	**Infecções respiratórias agudas graves (pessoas ≥ 5 anos):** uma pessoa gravemente doente apresentando manifestações de infecção respiratória aguda das vias aéreas inferiores, com: ▪ Manifestação súbita de febre (>38ºC) E ▪ Tosse ou garganta inflamada e ▪ Falta de fôlego ou respiração difícil Com ou sem resultados clínicos ou radiográficos de pneumonia **ou** Uma pessoa que tenha morrido de doença respiratória inexplicada.
Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS)	**Caso suspeito de SARS**: uma pessoa com: **1.** História de febre, ou febre documentada ≥ 38 °C **e** **2.** Um ou mais sintomas de doença do tracto respiratório inferior (tosse, respiração difícil e falta de fôlego) **e** **3.** Evidência radiográfica de infiltrados pulmonares consistentes com pneumonia ou ARDS, ou resultados da autópsia consistentes com a patologia de pneumonia ou ARDS, sem causa identificável **e** **4.** Sem diagnóstico alternativo que explique cabalmente a doença. **Caso confirmado de SARS**: uma pessoa com testes positivos para a infecção da SARS-CoV, através dos procedimentos de teste recomendados pela OMS.
Pneumonia Grave em Crianças Menores de 5 Anos	**Definição de caso clínico (AIDI) para pneumonia:** Uma criança que apresente tosse ou dificuldade respiratória e: ▪ 50 ou mais respirações por minuto, para bebés de 2 meses até 1 ano ▪ 40 ou mais respirações por minuto, para criança pequena de 1 até aos 5 anos. ***Nota:*** *Um bebé de 0 até aos 2 meses com tosse e respiração rápida é*

	classificado em AIDI como "infecção bacteriana grave" e é transferido para outra avaliação. **Definição de caso clínico (AIDI) para pneumonia grave:** Uma criança que apresente tosse ou dificuldade respiratória e qualquer sinal geral de perigo, como retracção subcostal ou estridor numa criança calma. Sinais gerais de perigo para crianças dos 2 meses até aos 5 anos são: incapacidade de beber ou de mamar, vómitos constantes, convulsões, letargia ou inconsciência. **Caso confirmado:** a confirmação radiográfica ou laboratorial de pneumonia poderá não ser viável na maioria dos distritos.
Infecções Sexualmente Transmissíveis	**Síndrome de Úlcera Genital (não vesicular):** **Caso suspeito**: uma pessoa do sexo masculino com uma úlcera no pénis, no escroto ou no recto, com ou sem adenopatia inguinal, ou uma mulher com úlcera nos lábios, vagina ou recto, com ou sem adenopatia inguinal. **Caso confirmado:** um caso suspeito confirmado por um método laboratorial. **Síndrome de corrimento uretral:** **Caso suspeito**: uma pessoa do sexo masculino com corrimento uretral com ou sem disúria. **Caso confirmado**: *Síndrome de corrimento uretral*: um caso suspeito confirmado por método de laboratório (por exemplo, coloração de Gram mostrando diplococos intracelulares Gram-negativos).
Varíola	**Caso suspeito:** doença com manifestação aguda de febre $\geq$ 38,3 ^{o}C (101 ^{o}F), seguida de erupção caracterizada por vesículas ou pústulas rígidas, no mesmo estádio de desenvolvimento, sem outra causa aparente. **Caso provável:** um caso que corresponde à definição de caso clínico, não confirmado por laboratório, mas com ligação epidemiológica a um caso confirmado ou provável. **Caso confirmado:** Um caso clinicamente compatível que foi confirmado por laboratório.
Tracoma	**Caso suspeito**: um doente com conjuntivite que se queixa de dor e comichão nos olhos. **Caso confirmado:** um doente com conjuntivite que se queixa de dor e comichão nos olhos e cujo exame ocular confirma um dos estádios da infecção por tracoma, segundo o **Sistema da OMS de Graduação Simplificada do Tracoma**.

Tripanossomíase	**Caso suspeito** : ***Estádio precoce:*** uma chaga indolor originalmente como uma pápula evoluindo depois para um nódulo no primeiro ponto da picada da mosca. Pode surgir febre, intensa dor de cabeça, insónia, linfadenopatia indolor, anemia, edema local e prurido. ***Estádio tardio:*** caquexia, sonolência e sinais do sistema nervoso central. **Caso confirmado:** um caso suspeito confirmado por teste de aglutinação em cartão do tripanossoma (CATT) ou por isolamento de tripanossomas em nódulos linfáticos do sangue ou líquido céfalo-raquidiano.
Tuberculose	**Caso suspeito**: uma pessoa com tosse há 3 semanas ou mais. **Caso confirmado** : ***TB pulmonar por esfregaço positivo***: a) um doente suspeito com, pelo menos, 2 amostras positivas de expectoração para bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), ou b) uma amostra positiva de expectoração para BAAR por microscopia e anomalias radiográficas consistentes com TB pulmonar activa, conforme determinado pelo médico assistente, ou c) um esfregaço positivo de expectoração por microscopia e uma amostra positiva de expectoração em cultura para BAAR. ***TB pulmonar por esfregaço negativo*:** um doente que cumpre todos os seguintes critérios: a) dois conjuntos com um intervalo mínimo de 2 semanas de, pelo menos, duas amostras negativas de expectoração para BAAR por microscopia, anomalias radiográficas consistentes com TB pulmonar e ausência de resposta clínica, apesar de uma semana de administração de antibiótico de largo espectro, uma decisão do médico para tratamento completo com quimioterapia anti-TB, ou b) um doente que cumpre todos os seguintes critérios: gravemente doente, no mínimo duas amostras negativas de expectoração para BAAR por microscopia, anomalias radiográficas consistentes com TB pulmonar extensa (intersticial e miliar), uma decisão de um médico para tratamento completo com quimioterapia anti-TB, ou c) um doente com esfregaço inicial negativo, com expectoração inicialmente enviada para cultura e tendo, posteriormente, resultados positivos.
Febre Tifóide	**Caso suspeito:** uma pessoa com manifestação de febre gradualmente aumentada e depois persistentemente elevada, arrepios, mal-estar, dor de cabeça, garganta inflamada, tosse e, por vezes, dores abdominais e obstipação ou diarreia. **Caso confirmado:** um caso suspeito confirmado por isolamento de *Salmonella typhi* no sangue, na medula, fluido intestinal ou fezes.
Febre do Nilo Ocidental (FNO)	**Caso suspeito:** um doente hospitalizado com encefalite devida a causas desconhecidas **Caso confirmado:** confirmação de Febre do Nilo Ocidental por diagnóstico de

	laboratório para identificar IgM específico da FNO.
Febre Amarela (FA)	**<u>Caso suspeito</u>** : Uma pessoa com manifestação aguda de febre, com o aparecimento de icterícia até 14 dias após a manifestação dos primeiros sintomas. **<u>Caso provável:</u>** Um caso suspeito **e** um dos seguintes sintomas: ▪ Ligação epidemiológica a um caso confirmado ou surto ▪ Histopatologia post-mortem positiva do fígado **<u>Caso confirmado</u>**: Um caso provável **e** um dos seguintes sintomas: ▪ Detecção de IgM **<u>específica</u>*** da FA, detecção de um aumento quádruplo de IgM da FA e/ou títulos de anticorpos de IgG entre amostras do soro de doentes agudos e convalescentes ▪ Detecção de anticorpos neutralizantes **<u>específicos</u>*** do vírus FA ***específicos de** FA significa que os testes de anticorpos (como a IgM ou anticorpos neutralizantes) para outros flavivírus prevalentes são negativos. Estes testes deverão incluir pelos menos IgM para o Dengue e FNO e podem incluir outros flavivírus, conforme a epidemiologia local.* **ou** um dos seguintes sintomas: ▪ Detecção do genoma do vírus da FA no sangue ou outros órgãos, por PCR ▪ Detecção do antigénio da febre amarela no sangue, fígado ou outros órgãos, por imunoensaio. Isolamento do vírus da febre amarela.

ANEXO 1B Principais sinais e sintomas das definições de casos a usar ao nível comunitário

Informar os líderes comunitários, os agentes comunitários de saúde, curandeiros tradicionais, parteiras e profissionais de saúde que executam actividades de proximidade em zonas remotas na área de doenças e condições prioritárias sob vigilância na sua área. Usar os principais sinais e sintomas das definições de casos, como os que se seguem, para ajudar as comunidades a reconhecerem quando deverão ou não transferir um doente com esses sinais para tratamento e notificar a unidade de saúde.

Exemplos do modo como os principais sinais e sintomas das definições de casos podem ser descritos a nível comunitário	
Paralisia Flácida Aguda	Uma criança com súbita manifestação de doença de paralisia aguda
Diarreia Aquosa Aguda	Uma pessoa com 3 ou mais episódios de diarreia solta no espaço das últimas 24 horas e sinais de perigo de *desidratação. (**Sinais de perigo incluem letargia, inconsciência, vómitos constantes, convulsões, em caso de crianças menores de 5 anos, incapacidade de beber ou de mamar.)*
Efeitos adversos após a vacinação (EAAV)	Qualquer evento invulgar na sequência da vacinação que se julga ser causada pela vacina.
Cólera	Uma pessoa com 5 anos ou mais e com diarreia aquosa abundante.
Diarreia em crianças menores de 5 anos	Uma criança com três ou mais episódios de fezes soltas ou aquosas nas últimas 24 horas, com ou sem desidratação
Diarreia sanguínea (*Shigella*)	Uma pessoa com diarreia e sangue visível nas fezes.
Dracunculose	Uma pessoa que apresenta uma história de lesão cutânea com a emergência de um verme
Hepatite	Uma pessoa com febre e globo ocular amarelo ou pele amarelada no prazo de duas semanas desde a manifestação dos primeiros sintomas
Doença de tipo Gripal (ILI)	Uma pessoa com febre e tosse ou garganta inflamada ou corrimento nasal
Lepra	Uma pessoa com lesões cutâneas claras ou avermelhadas com nítida perda de sensibilidade.
Paludismo	Uma pessoa com febre em zonas de paludismo endémico. Uma criança menor de 5 anos doente com febre alta e um sinal de perigo* (**Sinais de perigo incluem letargia, inconsciência, vómitos constantes, convulsões, em caso de crianças menores de 5 anos, incapacidade de beber ou de mamar.)*
Sarampo	Uma pessoa com febre e erupção cutânea.
Meningite meningocócica	Uma pessoa com febre e pescoço rígido

Exemplos do modo como os principais sinais e sintomas das definições de casos podem ser descritos a nível comunitário	
Tétano Neonatal	Um recém-nascido normal à nascença, mas que após 2 dias, se torna rígido e incapaz de mamar, de se alimentar ou que apresenta convulsões.
Oncocercose	Uma pessoa numa zona endémica com nódulos fibrosos sob a pele
Peste	Uma pessoa com inchaço doloroso debaixo dos braços ou nas virilhas. Numa área onde há peste, qualquer pessoa com tosse, dores no peito e febre.
Pneumonia	Uma criança menor de 5 anos com tosse respiração ofegante ou dificuldade respiratória.
Raiva	Uma pessoa que apresente sinais de apreensão, dores de cabeça, febre, mal-estar e alterações sensoriais indefinidas, muitas vezes referentes ao ponto de uma mordedura animal anterior. Excitabilidade e hidrofobia são também sintomas frequentes.
Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	Uma pessoa, homem ou mulher, com corrimento uretral/vaginal ou uma úlcera genital .
Tuberculose	Uma pessoa com tosse há 3 semanas ou mais
Febre Tifóide	Uma pessoa com febre prolongada durante as últimas 3 semanas ou mais.
Febre Hemorrágica Viral	Uma pessoa com uma doença inexplicável com febre e hemorragia ou que morreu após uma grave doença inexplicável com febre e hemorragia.

ANEXO 1C Lista dos postos de notificação do distrito

Registar a informação, para contactar os profissionais de saúde que fornecem a informação ao distrito relativa à vigilância e detecção de surtos e ocorrências. Incluem, por exemplo, os agentes comunitários de saúde, parteiras com formação, líderes comunitários e agentes de segurança pública. Esta lista deverá ser actualizada regularmente, para se acrescentar os novos postos e eliminar os postos que desapareceram ou que não participaram.

EXEMPLO:

Nome da unidade de saúde ou ponto de contacto do doente com o serviço de saúde	Endereço ou localização do serviço ou ponto de contacto	Ponto focal designado para a vigilância e a resposta	Número de telefone ou de fax (ou outra informação de contacto, como e-mail)
Centro de Saúde Lima	*Caixa Postal 123 Mlima Zone*	*Dr. Moyo*	*Tel: 123-458 ou enviar mensagem por comboio diário, contactar com estação de Mlima*

ANEXO 1D Funções dos laboratórios por nível do sistema de saúde

Nível	1.0 Colheita	2.0 Confirmação	3.0 Notificação
Comunidade ou Serviços de Saúde	• Usar definições normalizadas de casos para determinar o início do processo de colheita • Ajudar o Laboratório Primeiro Contacto na colheita de amostras segundo as orientações aprovadas • Documentar amostras com a história clínica e descrição completa dos doentes • Transportar amostras para Laboratório Primeiro Contacto e Laboratório de Referência segundo as orientações aprovadas	• Usar as definições de casos padrão para iniciar o processo de confirmação como parte da investigação de surtos • Manusear as amostras segundo as orientações aprovadas	• Registar a colheita de amostras
Distrito, Província	• Comunicar aos prestadores políticas e procedimentos de colheita • Se necessário, pedir ao laboratório ou prestadores para colherem mais amostras • Armazenar amostras nas condições aprovadas enquanto esperam transporte ou estudos adicionais • Se necessário orientar mais colheitas com base na investigação de surtos	• Realizar estudos de laboratório para diagnóstico provável conforme apropriado: microscopia, coloração, RDT • Se necessário, armazenar amostras representativas do surto • Observar as alterações nas tendências durante a análise de rotina dos resultados de laboratório	• Registar os resultados de laboratório • Fornecer os resultados ao pessoal clínico e aos doentes • Notificar os resultados aos serviços epidemiológicos locais • Notificar as alterações observadas nas tendências durante a análise de rotina dos resultados laboratoriais • Usar informação resumida na resposta aos surtos
Laboratório Nacional de Referência ***(alguns laboratórios podem funcionar como Primeiro Contacto e como Laboratórios de Referência)***	• Definir políticas e procedimentos de colheita com gabinete nacional de epidemiologia e laboratório nacional de referência • Distribuir kits de colheita de amostras para actividades especiais de vigilância • Se necessário, pedir ao laboratório ou prestadores para colherem mais amostras • Armazenar as amostras nas condições aprovadas enquanto esperam transporte ou estudos adicionais	• Criar políticas e procedimentos de confirmação com os serviços epidemiológicos nacionais e laboratórios nacionais de referência • Efectuar estudos laboratoriais para confirmação como apropriado: culturas, isolamento, identificação do serogrupo, sensibilidade antimicrobiana, serologia • Se necessário armazenar isolados representativos do surto • Observar as alterações nas tendências durante a análise de rotina dos resultados de laboratório	• Notificar resultados e resumo dos dados aos serviços epidemiológicos nacionais • Notificar resultados de laboratório do rastreio das populações sentinela nos locais visados
Laboratórios Mundiais de Referência	• Se necessário, pedir ao laboratório ou prestadores para colherem mais amostras • Se necessário, orientar mais colheitas com base na investigação de surtos	• Realizar estudos adicionais de laboratório conforme apropriado	• Notificar resultados de laboratório aos serviços epidemiológicos relevantes • Usar informação resumida na resposta aos surtos

ANEXO 1E Lista dos laboratórios nacionais para confirmação de doenças e condições prioritárias

Actualizar periodicamente a lista dos laboratórios no distrito ou os especificados pelo nível nacional para confirmação de doenças e condições prioritárias. Incluir na lista a pessoa a contactar para assistência. Segue-se uma lista modelo:

MODELO:

Doenças, condições e ocorrências prioritárias	Ponto Focal, nome do laboratório, endereço e nº de telefone
Polio	*Exemplo: John Zimbe; Laboratório Nacional, 145 Kenyatta Road, Pretoria, SA; 234-701342555*
Cólera	
VIH	
Tuberculose	
Sarampo	
Peste	
Gripe humana causada por um novo subtipo	
Febre do Vale do Rift	
Febre do Dengue	
Ocorrências de saúde pública de preocupação nacional ou internacional	
Antraz	
Chikungunya	
Febre tifóide	

Secção 2

Notificar doenças, condições e ocorrências prioritárias

Esta secção descreve o modo de:

- Notificar doenças, condições e ocorrências imediatamente notificáveis
- Notificar informação resumida para doenças de potencial epidémico e pandémico
- Notificar informação resumida de rotina para outras doenças de importância para a saúde pública
- Melhorar as práticas de notificação de rotina

2.0 Notificar doenças, condições e ocorrências prioritárias

É importante garantir uma notificação fidedigna dos dados da vigilância a todo o sistema. A notificação fidedigna fornece informação aos gestores dos programas, aos funcionários da vigilância, ao ponto focal nacional da RSI, ao ponto de contacto da OMS, às autoridades competentes no Ponto de Entrada (PoE) e outros profissionais de saúde para:

- Identificarem problemas emergentes e planearem uma resposta adequada
- Executarem acções no momento oportuno
- Monitorizar as tendências das doenças na zona
- Avaliar a eficácia da resposta

A política nacional determina se os dados dos distritos e unidades de saúde deverão ser notificados imediatamente, semanalmente, mensalmente ou trimestralmente. As recomendações sobre o momento da notificação dependerão das actividades de controlo das doenças específicas no país ou distrito. Uma vez que as doenças visadas pela IDSR são prioridades de saúde pública que requerem uma acção atempada, estas orientações descrevem a notificação imediata, com dados baseados em casos e notificação regular de dados resumidos. Os distritos deverão também estar alerta e notificar eventuais ocorrências invulgares que possam afectar a saúde das pessoas.

Esta secção fornece uma panorâmica de métodos de notificação recomendados e de formulários relevantes de IDSR, para harmonizar a notificação das doenças, condições e ocorrências prioritárias.

2.1 Doenças e ocorrências de notificação imediata

A notificação imediata permite uma tomada de acção oportuna para evitar a reemergência ou a rápida propagação de doenças ou ocorrências de potencial epidémico, especialmente doenças causadas por agentes infecciosos químicos ou radionucleares, altamente patogénicos e letais (consultar o quadro 2 da página seguinte).

A notificação imediata é indicada sempre que há suspeitas de doenças de potencial epidémico ou de qualquer outra ocorrência de saúde pública de preocupação nacional (PHENC) ou então quando tal é exigido pelo Regulamento Sanitário Internacional. As doenças, condições e ocorrências que requerem notificação imediata ao nível seguinte encontram-se na lista do quadro 2.

Consultar a Secção 9 para informação sobre doenças específicas, incluindo definições de casos de vigilância para notificação de casos ou ocorrências suspeitas.

Quadro 2

Doenças, condições ou ocorrências que exigem notificação imediata

Paralisia Flácida Aguda (PFA) Síndrome de febre hemorrágica aguda (Ébola, Marburgo, Lassa, FVR, Congo-Crimeia) Efeitos adversos após vacinação (EAAV) Antraz Chikungunya Cólera Grupos de IRA Febre do Dengue Diarreia sanguínea (*Shigella*) Dracunculose Gripe causada por um novo subtipo	Mortalidade materna Sarampo Meningite meningocócica Tétano neonatal Peste Raiva (casos confirmados) SARS Varíola Febre tifóide Febre amarela Uma ocorrência de saúde pública de preocupação internacional (infecciosa, zoonótica, de origem alimentar, química, radionuclear ou devida a condição desconhecida)

2.2 Notificar ao nível seguinte os dados baseados em casos

Se houver suspeita de doença, condição ou outra ocorrência de saúde pública de notificação imediata:

- Fazer o relatório inicial pelo meio mais rápido possível (telefone, mensagem de texto, fax, e-mail, radiotelefone). A unidade de saúde deverá contactar a autoridade distrital de saúde imediatamente e fornecer as informações sobre o doente.

- Na sequência do relatório verbal inicial, redigir um relatório por escrito a partir do formulário de notificação baseada em casos. Encontra-se no Anexo 2A, no final desta secção, um modelo de formulário de notificação baseada em casos, para registar a informação com base em casos. Se houver um

computador ou outro aparelho electrónico para a vigilância ou a gestão de casos, completar e enviar o formulário electronicamente ao nível seguinte.

- Se nesse momento for pedida uma amostra de laboratório, certificar-se de que os dados de identificação do doente coincidem com a informação contida no formulário de notificação baseada em casos. Inclui-se no Anexo 2B um formulário para amostras de laboratório.

- Os formulários de notificação baseada em casos de doenças específicas para certas doenças preocupantes (cólera, FHV, mortalidade materna e TB MR/UR) constam do anexo, no final da Secção 9. Estes formulários poderão ser usados para começar a recolher informação inicial para a investigação dos casos.

  Nota: Algumas doenças de potencial epidémico têm requisitos específicos de notificação, consoante as políticas nacionais ou regionais. Consultar os requisitos específicos das doenças na Secção 9 deste guia.

- Se houver suspeita de uma potencial Ocorrência de Saúde Pública de Preocupação Internacional (PHEIC) (conforme está definido no Anexo 2 das orientações do RSI 2005), dever-se-á notificar o Ponto Focal Nacional do RSI, através do canal de comunicação mais rápido. Encontra-se no Anexo 2C, no final desta secção uma cópia do instrumento de decisão do RSI.

- No caso de ocorrências e doenças de potencial epidémico detectadas em Pontos de Entrada, notificar imediatamente o nível superior seguinte. Fornecer uma cópia da notificação ao Ponto Focal Nacional do RSI, para o nível nacional (ou central), para que aquele possa avaliar usando o algoritmo de decisão. Incluir a vacinação da febre amarela para os casos originários de áreas endémicas ou de risco.

2.3 Notificar dados resumidos para as doenças, condições e ocorrências prioritárias

Após a notificação do nível seguinte acerca das doenças, condições ou ocorrências imediatamente notificáveis, recolher e notificar semanalmente dados resumidos sobre as doenças, condições e ocorrências prioritárias constantes da lista do quadro 2.

A notificação semanal fornece dados para monitorizar as tendências das doenças ou condições para detecção de epidemias.

Se não houver casos de doenças imediatamente notificáveis que tenham sido diagnosticadas durante a semana, registar um zero (0) no formulário de notificação dessa doença. Se esse espaço for deixado em branco, o pessoal que recebe a notificação não terá possibilidade de processar os dados a partir dum espaço em branco. Registar o zero para cada uma das doenças imediatamente notificáveis quando não forem detectados casos durante a semana, indica ao pessoal do nível seguinte que o formulário está completamente preenchido.

O resumo dos dados é importante para a análise após a detecção de um caso inicial ou a suspeita ou confirmação de um surto. Por exemplo, na unidade de saúde ou no distrito, o ponto focal de vigilância pode traçar uma curva epidémica para verificar se os limiares epidémicos de determinadas doenças foram ultrapassados. Além disso, esse dado pode ser usado para verificar se a taxa de casos fatais está abaixo ou acima dessa meta. A análise semanal dos dados deverá ainda apontar eventuais grupos de alto risco relacionados com a localização ou residência do doente, grupo etário, sexo e exposição durante eventos sociais (por exemplo, um funeral), riscos ocupacionais (por exemplo, cortar carne), consumo de carne de caça, ou exposição a alimentos ou bebidas contaminados.

Ao nível distrital, a análise semanal dos dados inclui a verificação da qualidade dos dados oriundos dos postos de notificação, e o grau de completamento e de pontualidade desses relatórios. As taxas de incidência e de casos fatais serão avaliadas em comparação com os limiares estabelecidos, as curvas epidémicas serão actualizadas e efectuar-se-á uma análise exaustiva dos conjuntos de dados baseados em casos, recebidos dos postos de notificação. Os dados de base laboratorial serão analisados do mesmo modo que os dados baseados em casos: para uma análise orientada para a acção, dar relevância às tendências que descrevem a qualidade das amostras, os agentes patogénicos detectados por local e pessoa, grupos etários de alto risco e resistência dos agentes patogénicos aos medicamentos recomendados.

Os distritos que disponham de um computador são encorajados a armazenar a informação electronicamente e a enviar os conjuntos de dados da vigilância, nesse formato, para o nível superior mais próximo.

2.4 Notificar dados resumidos de rotina sobre outras doenças de importância para a saúde pública

No mínimo, notificar mensalmente ao nível seguinte os dados resumidos sobre outras doenças endémicas. Trata-se de informação valiosa, que os programas específicos das doenças podem usar, quando procederem à monitorização dos progressos das actividades de prevenção e controlo, assim como para a detecção de ocorrências emergentes, não explicadas ou invulgares, ou padrões das doenças.

Fazer a notificação de rotina do número total de casos e óbitos registados num determinado período (por exemplo, mensal ou semanalmente) para outras doenças de importância para a saúde pública. As unidades de saúde notificarão ao distrito os totais resumidos. Os distritos agregarão os relatórios de todos os postos de notificação e fornecerão esses totais resumidos aos níveis provincial, regional ou central. Cada nível deverá registar quaisquer aumentos ou ocorrências invulgares observados durante a análise dos relatórios-síntese mensais. Os resultados sumários devem ser analisados, devendo ser usados para monitorizar os progressos feitos no sentido de se atingirem as metas de controlo das doenças, medir as realizações das actividades de prevenção das doenças no distrito e identificar surtos ou problemas escondidos, para que se possa decidir sobre as acções de resposta.

Quadro 3

Doenças que requerem relatórios-síntese mensais ou trimestrais

Hepatite Viral Aguda	Paludismo
SIDA (Novos Casos)	Malnutrição em crianças menores de 5 anos
Úlcera de Buruli	Saúde Mental (Epilepsia)
Diabetes mellitus	Noma
Diarreia com grave desidratação em crianças menores de 5 anos	Oncocercose
VIH (novas detecções)	Pneumonia grave em crianças menores de 5 anos
Hipertensão	Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
Doença de tipo gripal	Tracoma
Traumatismos (Acidentes Rodoviários)	Tripanossomíase
Lepra (trimestralmente)	Tuberculose (trimestralmente)
Filaríase Linfática	Insuficiência ponderal à nascença (menos de 2500 g)

Todos os meses, cada unidade de saúde calcula o número total de casos e de óbitos devidos a doenças e ocorrências prioritárias observadas na sua unidade de saúde. Os totais separados são calculados para casos de doentes ambulatórios e internados. O resumo dos totais é registado num formulário (ver Anexo 2D) e enviado para o nível de distrito. O distrito agrega os totais de todas as unidades de saúde que notificaram e enviaram o resumo dos totais distritais para os níveis provincial, regional ou central.

Deverão ser desenvolvidos esforços especiais para se obter do sistema de informação sanitária, o número total de doentes ambulatórios e internados observados devido a uma condição de saúde (incluindo os que não constam da lista da IDSR) durante o período referido.

Sempre que houver computadores para a vigilância ou gestão dos casos, os registos dos doentes podem ser analisados para gerar os relatórios semanais, mensais ou trimestrais. Esta informação é importante para a elaboração de relatórios de situação nacional e subnacional. Todos os conjuntos de dados deverão ser partilhados com as autoridades de saúde, com uma cópia para o programa de prevenção e controlo das respectivas doenças: isto é importante para a coordenação a nível central e para a criação ou reforço do sistema de base de dados nacional da IDSR.

2.5 Melhorar as práticas de notificação de rotina

Em algumas unidades de saúde, pode haver mais do que um responsável pelo registo da informação sobre os doentes observados no serviço. Por exemplo, os médicos registam o nome do doente e o diagnóstico numa ficha clínica. Mais tarde, nesse mesmo dia, uma enfermeira conta o número de casos e óbitos observados no serviço de ambulatório. A enfermeira de serviço conta o número de casos hospitalizados. Todas as semanas, meses, ou trimestres, um responsável pelos registos ou um técnico de estatística calcula os resumos de todas as doenças e regista-os num formulário modelo. No caso da unidade de saúde estar equipada com computadores, os registos individuais dos doentes deverão ser introduzidos, dos quais será extraído o subconjunto da vigilância para ser analisado e formar a compilação necessária semanal, mensal ou trimestral.

2.5.1 Analisar o fluxo da informação no posto de notificação

Durante as visitas de supervisão aos postos de notificação, assegurar-se de que:

- Os clínicos registam as informações nas fichas dos doentes, usando as definições de casos recomendadas, de modo a que o pessoal de saúde que faz a contagem dos casos no final do dia possa registar com rigor os diagnósticos correctos na ficha de contagem.
- Os médicos, enfermeiros ou outro pessoal responsável deverão completar o formulário de notificação baseada em casos, de preferência na presença do doente.
- Os responsáveis pelos registos ou os técnicos de estatísticas têm formulários-síntese com espaços para registo de casos e óbitos devidos a doenças prioritárias, de acordo com as definições de caso padrão.
- O pessoal de saúde analisa semanal, mensal ou trimestralmente os totais resumidos e elabora as suas observações nos formulários acerca dos resultados observados durante a análise dos dados. (Ver Secção 3).
- O pessoal de saúde deverá registar os totais resumidos, semanal, mensal ou trimestralmente, num formulário de notificação recomendado.

2.5.2 Monitorizar o acesso a formulários e procedimentos

Dever-se-á guardar um registo dos formulários e relatórios de IDSR recebidos a cada nível. Esse registo constituirá uma fonte de dados essencial para calcular indicadores para o relatório do RSI de cada país e para a monitorização do desempenho dos indicadores de IDSR. No Anexo 2E, apresenta-se um modelo de formulário para Registo da Notificação e Partilha de Dados da IDSR.

Verificar periodicamente junto dos locais de notificação supervisionados (comunidade, unidade de saúde e distrito) para garantir a correcção dos formulários e dos procedimentos de modo a que o pessoal possa registar e notificar os necessários casos de doenças e condições prioritárias:

- Tomar medidas para garantir que todos os profissionais de saúde conhecem as definições de casos padrão recomendadas pela política nacional. Elaborar ou alterar os procedimentos existentes, para que todos os profissionais de saúde sejam capazes de aplicar definições de casos padrão na detecção e notificação de casos, surtos ou ocorrências prioritários.

- Verificar com o pessoal as doenças ou condições que exigem notificação imediata para a vigilância baseada em casos, incluindo PHEIC e outras doenças prioritárias ou ocorrências de preocupação nacional e regional. Por exemplo, todos os profissionais de saúde deverão estar alertados para as doenças de potencial epidémico, para as quais um simples caso constitui um

surto suspeito que exige uma acção imediata, assim como para qualquer ocorrência invulgar ou inexplicável, passível de afectar a saúde das pessoas.

- Analisar com o pessoal de saúde o papel desempenhado pelos dados baseados em casos na determinação dos factores de risco e dos meios de propagação ou de exposição às doenças numa ocorrência de saúde pública. Certificar-se de que o pessoal dispõe de um formulário recomendado para notificar os dados baseados em casos.

- Garantir que a unidade de vigilância tenha acesso a meios de comunicação rápidos (fax, telefone, mensagem de texto, correio electrónico, telegramas, mensagens pessoais ou quaisquer outros meios de comunicação rápida). Para o distrito, especificar como deverá ser feita a notificação ao nível regional ou nacional e quem deverá ser contactado nesses níveis.

2.5.3 Promover relações que reforcem a vigilância de base comunitária

Um sistema de vigilância de base comunitária assenta na capacidade dos membros da comunidade para identificarem problemas de saúde pública e para os notificarem à unidade de saúde mais próxima ou ao delegado distrital de saúde. Neste sistema, há informadores formados em vigilância que identificam e notificam ocorrências dentro da comunidade com significância para a saúde pública. Os informadores da comunidade notificam a unidade de saúde ou, tratando-se de um evento sério, directamente as autoridades do distrito.

Exemplo: *Um informador de vigilância comunitária ouve falar em diversos casos de diarreia aquosa aguda com vómitos dentro da comunidade. O informador suspeita de cólera e notifica esse rumor à unidade local de saúde e ao delegado distrital de saúde, através de uma mensagem de texto. Os membros da equipa de resposta rápida (ERR) dirigem-se à comunidade para verificarem e investigarem um eventual surto e, com base nos resultados dessa investigação, implementam medidas de controlo e de prevenção. O surto é rapidamente controlado, graças ao alerta precoce do informador da vigilância de base comunitária.*

O pessoal do distrito poderá identificar fontes na comunidade capazes de conhecerem o estado de saúde da comunidade. Esses exemplos de fontes comunitárias incluem:

-- Farmacêuticos
-- Professores
-- Pessoal das clínicas privadas
-- Líderes comunitários
-- Líderes religiosos
-- Curandeiros tradicionais
-- Parteiras ou outros profissionais comunitários de saúde.

O distrito pode organizar informadores de vigilância comunitária:

- Trabalhando com os líderes da comunidade para identificar os membros da comunidade que deverão receber uma formação adequada.

- Prestando informação às fontes da comunidade acerca das doenças prioritárias e ocorrências de saúde pública ou perigos que se querem monitorizar através da vigilância; dando informação suficiente acerca das doenças, para que a fonte da comunidade possa encaminhar os casos para a unidade de saúde ou notificá-la quando ocorrerem na comunidade eventos de saúde invulgares ou inexplicáveis.

- Envolvendo os informadores da vigilância comunitária no mapeamento dos riscos, em exercícios de simulação de emergências e de comunicação dos riscos durante os surtos.

- Divulgando os limiares de alerta e de epidemia.

Consultar a lista do Anexo 1B sobre os principais sinais e sintomas a usar nas definições dos casos para a vigilância comunitária.

Anexo à Secção 2

ANEXO 2A Formulário da IDSR para notificação imediata baseada em casos

ANEXO 2B Formulário da IDSR para notificação laboratorial baseada em casos

ANEXO 2C Instrumento de decisão do RSI (2005)

ANEXO 2D Formulário da IDSR resumido para notificação semanal/mensal

ANEXO 2E Relatórios da IDSR e registo da partilha de dados

ANEXO 2A Formulário da IDSR para notificação imediata baseada em casos

Formulário de IDSR para notificação imediata baseada em casos		
Variáveis / Questões		**Respostas - Caso nº**
1	País Notificador	
2	Província/Região Notificadora	
3	Distrito Notificador	
4	Posto Notificador (Unidade de saúde, acampamento, Aldeia…)	
5	Doenças /Ocorrência (diagnóstico): *	
6	Doente internado ou ambulatório?	
7	Data de observação na unidade de saúde (dia/mês/ano)	_________\
8	Nome do Doente	
9	Data de Nascimento (dia/mês/ano)	_________\
10	Idade (….. Anos/……Meses/……Dias).	
11	Sexo: M=Masculino F=Feminino	
12	Residência do Doente: Cidade/Vila /Aldeia	
13	Bairro	
14	Distrito da Residência	
15	Urbana/Rural? (U=Urbana R=Rural)	
16	Endereço, telemóvel… Se for caso disso, nome da mãe e do pai da criança ou do recém-nascido	
17	Data da manifestação (dia/mês/ano) dos primeiros sintomas	_________\
18	Número de doses de vacinas anteriormente recebidas contra as doenças agora notificadas	
19	Data da última vacinação	_________\
20	Resultados laboratoriais	
21	Situação: (Vivo, Morto, Transferido, Perdido no follow-up, desconhecido)	
22	Classificação Final: Confirmado, Provável, Compatível, Descartado	
23	Data em que a unidade de saúde notificou o distrito (dia/mês/ano)	_________\
24	Data do formulário enviado ao distrito (dia/mês/ano)	_________\
25	Identificador único de registo	
26	Pessoa que preencheu o Formulário: nome, função, assinatura	

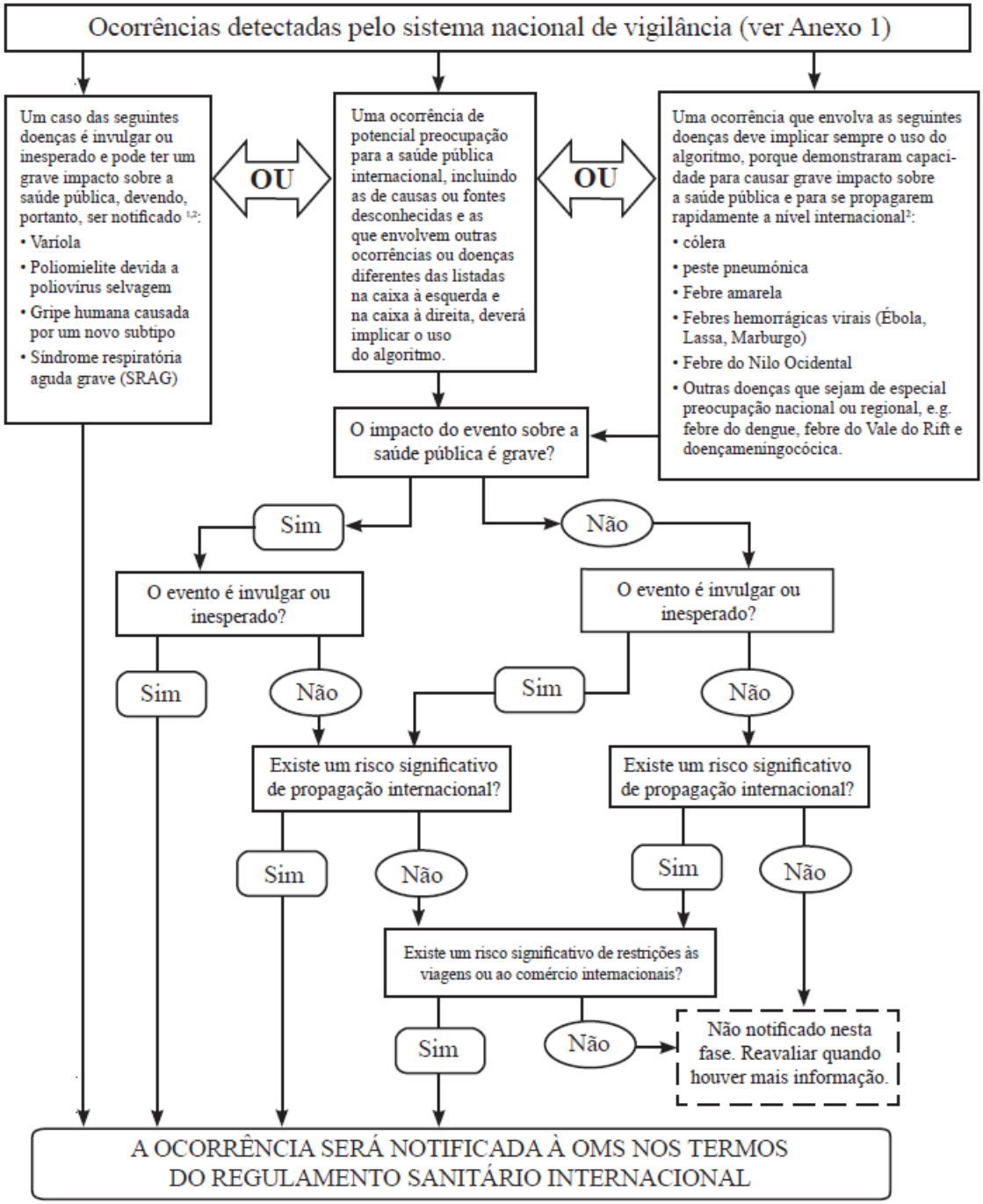
***** Doenças /Ocorrência (Diagnóstico)**:**
PFA, Antraz, Cólera, Diarreia Sanguínea, Dracunculose, Tétano Neonatal, Sarampo, Meningite, Febre-Amarela, Dengue, Chikungunya, Febre Hemorrágica Viral, Peste, Febre Tifóide, Raiva, Varíola, SARS, IRA, Mortalidade Materna, Gripe devida a novos subtipos, Efeitos Adversos Após a Vacinação (EAAV), Quaisquer outras ocorrências ou doenças de importância para a saúde pública (Especificar)

ANEXO 2B Formulário de IDSR para notificação laboratorial baseada em casos

Formulário de IDSR para notificação laboratorial baseada em casos		
Parte I. Este formulário deverá ser preenchido pelo profissional de saúde, sendo uma cópia enviada ao laboratório junto com a amostra		
	Variáveis	**Respostas**
1	Data da colheita da amostra (dia/mês/ano)	
2	Suspeita de Doença ou Condição	
3	Tipo de amostra *****	
4	Identificador único da amostra ******	
5	Nome do Doente	
6	Sexo (M= Masculino F= Feminino)	
7	Idade (….Anos/….Meses/….Dias).	
8	Data do envio da amostra para o lab (dia/mês/ano)	_________\
Parte II. Esta secção deverá ser preenchida pelo laboratório e o formulário devolvido ao distrito e ao médico		
	Variáveis	**Respostas**
1	Nome e localização do Laboratório	
2	Data em que o laboratório recebeu a amostra (dia/mês/ano)	_________\
3	Estado da amostra: (adequado/não adequado)	
4	Tipo de teste realizado	
5	Resultados finais do laboratório	
6	Data (dia/mês/ano) em que o laboratório enviou os resultados ao distrito	_________\
7	Data em que os resultados foram enviados ao médico (dia/mês/ano)	_________\
8	Data em que o distrito recebeu os resultados laboratoriais (dia/mês/ano)	_________\
***** Sangue, Plasma, Soro, Aspirado, LCR, Pus, Saliva, Biópsia, Fezes, Corrimento Uretral/Vaginal, Urina, expectoração**,** amostras de alimento/água ****** O mesmo que o identificador do doente no formulário da IDSR de notificação imediata baseada em casos		

ANEXO 2C Instrumento de decisão do RSI (2005)

INSTRUMENTO DE DECISÃO PARA A AVALIAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIAS QUE POSSAM CONSTITUIR UMA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE PREOCUPAÇÃO INTERNACIONAL



[1]De acordo com as definições de casos da OMS. *
[2]A lista das doenças deverá ser usada apenas para fins deste Regulamento.

* Os Estados-Membros que responderam "Sim" à questão da ocorrência cumprir quaisquer dois dos quatro critérios acima indicados deverão notificar a OMS, de acordo com o Artigo 6º do RSI

ANEXO 2D Formulário da IDSR para notificação semanal/mensal resumida

Formulário da IDSR para notificação semanal/mensal resumida			
Ano:	**Semana:**	**Mês:**	
País:	**Província/Região:**	**Distrito:**	**População:**
ISO Código do Distrito:	**Nome do posto de notificação:**	**Identificador Único de Notificação:**	
Notificações Oficialmente Previstas:	**Número de notificações recebidas:**		**Notificações recebidas dentro do prazo:**

Doenças e Ocorrências Notificáveis		**Casos**	**Óbitos**	**Casos laboratorialmente confirmados**	**Observações**
1	Paralisia Flácida Aguda				
2	Síndrome de Febre Hemorrágica Aguda				
3	Hepatite Viral Aguda				
4	Efeitos Adversos Após a Vacinação (EAAV)				
5	SIDA/VIH				
6	Antraz				
7	Úlcera de Buruli				
8	Chikungunya				
9	Cólera				
10	Dengue				
11	Febre do Dengue				
12	Diabetes mellitus				
13	Diarreia sanguínea				
14	Diarreia com desidratação grave <5				
15	Dracunculose				
16	Doença de tipo				
17	Lepra				

Formulário da IDSR para notificação semanal/mensal resumida					
18	Paludismo				
19	Malnutrição < 5 anos				
20	Mortalidade materna				
21	Sarampo				
22	Meningite Meningocócica				
23	Saúde Mental (Epilepsia)				
24	Tétano Neonatal				
25	Recém-nascidos com insuficiência ponderal (menos de 2500 g)				
26	Noma				
27	Oncocercose				
28	Peste				
29	Poliomielite (PFA)				
30	Ocorrências de saúde pública de preocupação internacional ou nacional				
31	Raiva				
32	SARS				
33	Infecção Respiratória Aguda Grave (IRAG)				
34	Pneumonia Grave <5				
35	Infecções Sexualmente Transmissíveis				
36	Varíola				
37	Tracoma				
38	Tripanossomíase				
39	Febre Tifóide				
40	Febre Hemorrágica Viral				
41	Febre-Amarela				

Formulário da IDSR para notificação semanal/mensal resumida	
Análise, Interpretação, Decisão, Acção e Recomendações	
Observações epidemiológicas	
Decisões e Acções tomadas	
Recomendações	
Data da Notificação : _________\	
(dia/mês/ano)	Funcionário Responsável:

ANEXO 2E Relatórios da IDSR e registo da partilha de dados

Relatórios da IDSR e registo da partilha de dados							
País:							
Província /Região:							
Distrito:							
Nome do posto de vigilância:							
Data de recepção do relatório ou conjunto de dados	**Descrição do relatório: escolher um da lista infra ***	**Nome do posto de notificação**	**Período notificado ****	**Formulário de notificação correctamente preenchido (Sim/Não)**	**Relatório recebido pontual ou tardiamente**	**Feedback enviado ao posto de notificação (Sim/Não)**	**Observações**

*

Semanalmente: Polio PFA; Doenças de Potencial Epidémico; Postos sentinela da gripe e resultados laboratoriais; **Mensalmente**: Dados agregados de IDSR, incluindo paludismo e dracunculose; Dados de vigilância da meningite pediátrica bacteriana; Dados laboratoriais do sarampo e da febre amarela; Dados baseados em casos do sarampo, febre-amarela e tétano neonatal; Dados laboratoriais de bacteriologia; Dados de vigilância do rotavírus; **Trimestralmente**: Relatório da Tuberculose; Relatório da Tuberculose MR e UR; Relatório da Lepra; Relatório da Tripanossomíase; **Anualmente**: Dados de vigilância do VIH, etc.

**

(Usar a notação epidemiológica para registar o período de notificação, por exemplo: S-2010-18 para dados semanais, M-2010-12 para dados mensais, T-2010-02 para dados trimestrais)

Nota:
As instruções de preenchimento dos formulários podem ser impressas no verso da folha ou em formato electrónico, se os relatórios forem compilados e transmitidos por computador.

Secção 3

Analisar os dados

Esta secção descreve a forma de:

- Receber, tratar e armazenar os dados oriundos dos postos de notificação
- Analisar os dados por data, local e pessoa
- Comparar os resultados da análise com os limiares para as acções de saúde pública
- Retirar conclusões dessa análise
- Resumir e usar a informação para melhorar as acções de saúde pública

3.0 Analisar os dados

Organizar e analisar os dados é uma importante função de vigilância. Não basta recolher, registar e notificar os dados numéricos sobre as doenças, óbitos e incapacidades, a partir das áreas de captação; os dados devem também ser analisados em cada um dos níveis em que são recolhidos. A análise dos dados fornece a informação necessária para tomar as acções de saúde pública relevantes, oportunas e adequadas. Por exemplo, a análise dos dados de vigilância permite:

- Observar as tendências ao longo do tempo e alertar o pessoal de saúde para as ocorrências emergentes ou padrões invulgares
- Identificar as áreas geográficas de maior risco
- Caracterizar as variáveis individuais como a idade, o sexo ou a profissão, que podem colocar a pessoa em maior risco de doenças ou ocorrências.

Na generalidade, a análise dos dados da vigilância de rotina deverá incluir as seguintes questões:

- Foram detectadas algumas doenças prioritárias ou outras ocorrências de preocupação para a saúde pública durante o período da notificação (esta semana, por exemplo)? Há suspeitas de epidemia ou ocorrência de saúde pública invulgar?
- Quantos casos, óbitos ou ocorrências detectadas foram confirmados?
- Onde é que eles ocorreram?
- De que modo se pode comparar a situação observada com anteriores períodos de observação ao longo deste ano? Por exemplo, em comparação com o início do período de notificação, o problema está aumentar?
- As tendências são estáveis ou estão a melhorar ou a piorar?
- Os dados de vigilância notificados serão suficientemente representativos da área de captação do posto de notificação? De todos os postos que deveriam fazer a notificação, que percentagem a fez de facto?
- Qual o grau de pontualidade dos dados recebidos dos postos de notificação?

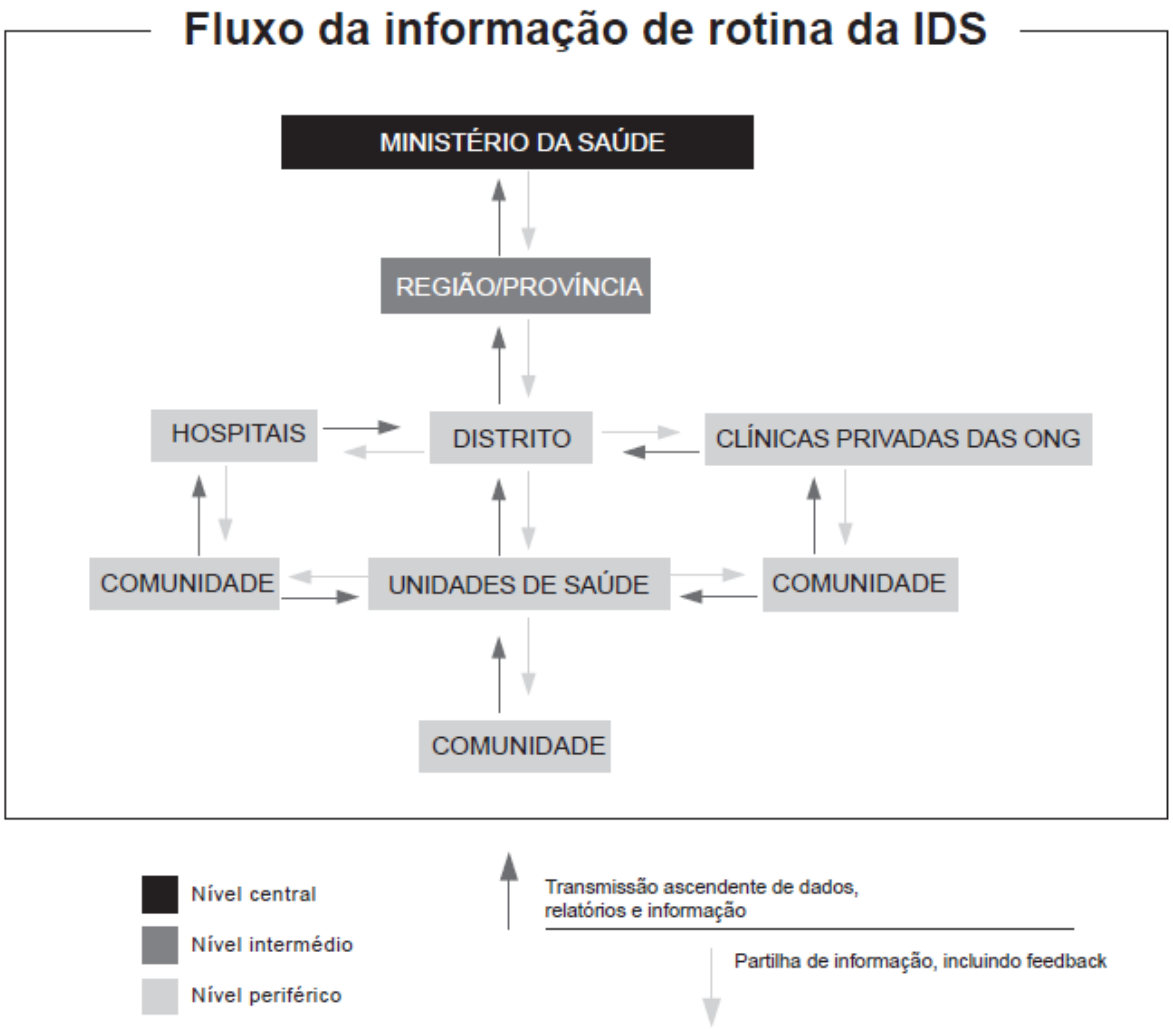
Cada posto que recolhe ou recebe dados deverá preparar e seguir um plano de análise, para apreciar a informação da vigilância de rotina (consultar o Anexo 3A desta secção).

Esta secção descreve a forma de receber os dados de vigilância e de os analisar por tempo, lugar e pessoa. Essa análise pode ser efectuada electrónica ou manualmente. Incluem-se ainda os métodos para efectuar a análise e os passos para interpretar e resumir os resultados. A informação desta secção pode ser aplicada aos níveis da unidade de saúde e do distrito.

3.1 Receber, tratar e armazenar dados oriundos dos postos de notificação

O fluxo de rotina dos dados da vigilância segue, normalmente, dos postos de notificação para cada um dos níveis seguintes, até ao nível central, como indica o diagrama abaixo. A nível da unidade de saúde, tanto a área dos doentes internados como a dos doentes ambulatórios são postos de vigilância. A informação recolhida neste posto é registada em fomulários-modelo, analisada e depois enviada à equipa distrital de gestão sanitária. Em certos países, há uma equipa subdistrital que recolhe os dados das unidades de saúde da sua área de captação e os envia para a equipa do distrito. Os distritos juntam, agregam e enviam os seus dados e relatórios para as províncias, regiões ou estados e, posteriormente, para as autoridades centrais de saúde.

O seguinte diagrama ilustra um fluxo normal de dados da vigilância num sistema de saúde.



Para situações especiais de emergência (como ocorrências preocupantes de saúde pública), deverá ser definido um sistema urgente de fluxo de dados, em harmonia com o Regulamento Sanitário Internacional (2005). Por exemplo, um país pode decidir que durante as emergências, o relatório da situação será enviado para o nível seguinte, com cópias para os níveis imediatamente superiores. Em tais casos, espera-se que o Ministério da Saúde partilhe o relatório da situação e os dados com a Organização Mundial da Saúde, em conformidade com o Artigo 7º do RSI (2005). Este artigo declara que "Se um Estado-Membro tem provas de qualquer ocorrência de saúde pública invulgar ou imprevista dentro do seu território, independentemente da sua origem ou fonte, que possa constituir uma emergência de saúde pública de preocupação internacional, deverá fornecer à OMS toda a informação relevante para a saúde pública."

3.1.1 Receber os dados

Proceder a um registo cuidadoso de todos os dados recebidos no posto. A equipa de vigilância em cada um dos níveis ou dos postos de notificação onde os dados são recebidos deverá:

- Acusar a recepção da notificação.
- Registar num livro apropriado todos os conjuntos de dados ou relatório de vigilância recebidos de qualquer posto de notificação (Consultar o Anexo 2E, Secção 2).
- Analisar a qualidade dos dados.
- Verificar se o formulário (cópia em papel ou ficheiro electrónico) está total e rigorosamente preenchido.
- Certificar-se de que não existem discrepâncias no formulário.
- Registar no livro a data de recepção dos dados, qual o assunto e quem os enviou.
- Verificar se os dados foram enviados a tempo ou com atraso.
- Juntar os dados e armazená-los numa base de dados.

3.1.2 Introduzir e limpar os dados

Em cada um dos níveis que recebem dados (unidade de saúde, distrito, província ou nacional), a equipa de vigilância deverá tomar medidas para introduzir correctamente os dados em formulários de notificação agregados, fazendo a listagem dos dados provenientes de todos os postos de notificação. Uma prática importante de tratamento dos dados é a sua reparação e a limpeza, antes da sua análise. As tendências e os mapas das doenças não serão rigorosos, se faltar informação acerca do número de casos, data da manifestação ou sua localização geográfica. Usar as oportunidades, durante as visitas dos supervisores, para sensibilizar os médicos para a importância de práticas de qualidade para registar os dados dos doentes nos respectivos livros de registo ou nos formulários de notificação. Deverá salientar-se que os livros de registo dos doentes são fontes de

dados para notificar informações de saúde pública e podem desempenhar um papel na detecção de uma ocorrência invulgar ou qualquer problema de saúde pública não detectado.

Os dados podem ser registados e agregados, quer manual quer electronicamente, se houver um computador disponível. Independentemente do método, utilizar as seguintes práticas:

- Actualizar os totais agregados para cada semana ou mês em que se receberam dados.
- Registar um zero quando não foram notificados quaisquer casos. Se se deixar em branco qualquer espaço a preencher, o nível seguinte pode ter uma perspectiva incorrecta da situação. Desse modo, não se poderá saber se faltam dados ou se não houve notificação de casos. Registar o zero permite que o nível seguinte saiba que a vigilância não detectou nenhum caso de doença ou condição, em particular.
- Garantir que os totais semanais incluam apenas os casos ou óbitos realmente notificados para essa semana. As notificações atrasadas, das semanas anteriores, deverão ser introduzidas na respectiva semana e os totais actualizados em conformidade.
- Evitar a duplicação de entradas, utilizando o relatório ou o identificador único de registo de casos, para evitar e também para confirmar se há entradas múltiplas dos mesmos registos.
- Estabelecer frequentes contactos com os postos de notificação, de modo a esclarecer as questões, remover a informação em falta e corrigir as inconsistências detectadas na notificação.

Uma vez os dados recebidos e introduzidos nos formulários agregados, proceder a uma cuidadosa revisão para se assegurar que não houve erros durante a introdução. Dado que os dados da vigilância servem de base às decisões sobre acções de prevenção e controlo das doenças, haverá importantes consequências éticas, sociais e económicas, se os dados não forem introduzidos e tratados correcta ou oportunamente.

3.2 Analisar os dados por tempo, local e pessoa

Os resultados da análise dos dados podem desencadear investigações e subsequente resposta a um surto, condição ou ocorrência de saúde pública. Os dados deverão ser analisados por tempo, local e pessoa (consultar o Quadro 4, na página seguinte).

Quadro 4. Tipos de análise, objectivos, instrumentos e métodos

Tipo de análise	Objectivo	Instrumentos	Métodos
Tempo	Detectar mudanças bruscas ou prolongadas em doenças ou eventos invulgares, quantos ocorreram e qual o período de tempo entre a exposição e a manifestação de sintomas.	Registar os totais resumidos num **quadro** ou num **gráfico linear** ou **histograma.**	Comparar o número de notificações de casos recebidas nesse período com o número recebido num período anterior (semanas, meses, estações ou anos)
Local	Determinar onde estão a ocorrer casos (por exemplo, identificar áreas de alto risco ou locais de populações em risco para certas doenças)	Assinalar os casos num **cartograma** do distrito ou área afectada durante um surto	Assinalar os casos num mapa e procurar agregados ou uma relação entre a localização dos casos e uma ocorrência de saúde sob investigação
Pessoa	Descrever as razões das mudanças na ocorrência de doenças, como ocorreram e quem está em maior risco de doença e potenciais factores de risco	Extrair dados específicos acerca da população afectada e resumi-los num **quadro**	Consoante as doenças, caracterizar casos segundo dados notificados para vigilância baseada em casos, como idade, sexo, local de trabalho, estado vacinal, grau de escolaridade e outros factores de risco conhecidos para essas doenças.

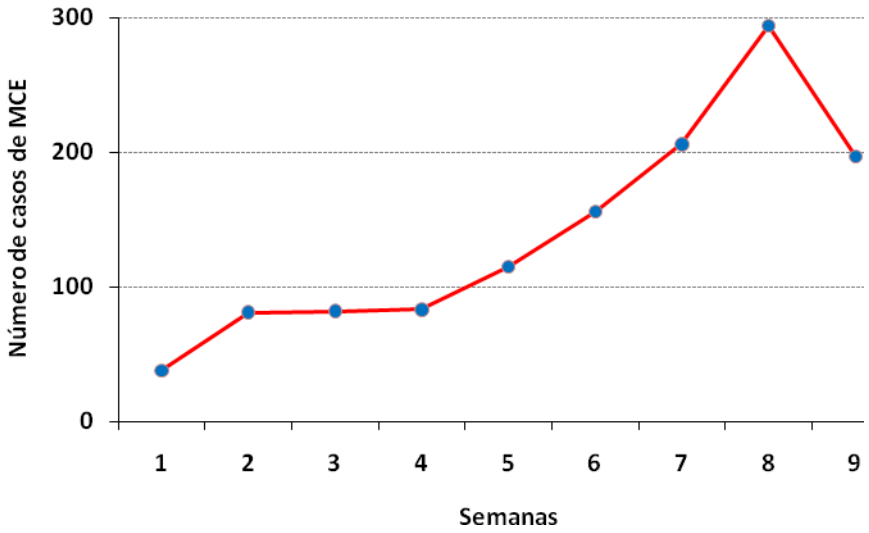
3.2.1 Analisar dados por tempo

Os dados para este tipo de análise são, normalmente, apresentados num gráfico. O número ou a taxa de casos ou óbitos é colocado na vertical ou eixo das coordenadas. O período de tempo a avaliar é colocado na horizontal ou eixo das abcissas. Os eventos ocorridos que podem afectar particularmente as doenças que estão a ser analisadas podem também ser registados no gráfico.

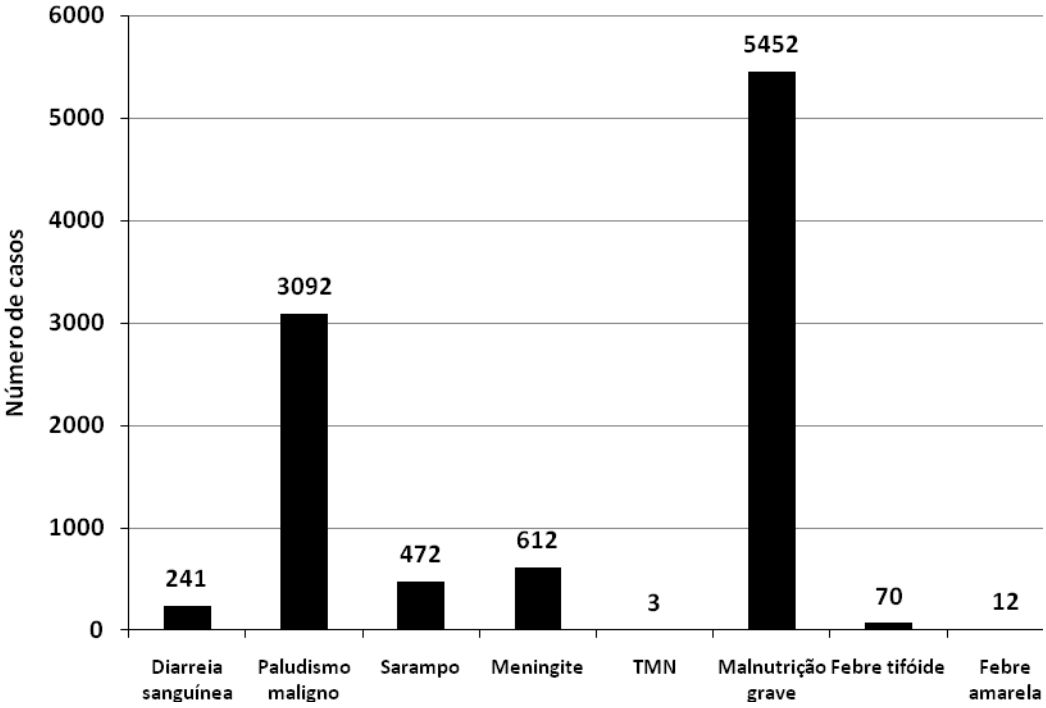
Os gráficos podem mostrar quantos casos e óbitos ocorreram num dado período de tempo. É mais fácil observar as alterações no número de casos e de óbitos, usando um gráfico, especialmente para um número elevado de casos, ou mostrarndo os casos ao longo de um determinado período de tempo.

Os gráficos são formados por linhas (linha de tendências) ou por barras (gráfico de barras ou histograma), para calcular o número de casos ao longo do tempo. O Anexo 3B desta secção descreve o modo de ***desenhar um gráfico***.

Exemplo da linha das tendências de casos notificados de Meningite Cerebrospinal, semanas 1-9, 2010



Exemplo de um gráfico de barras para casos de doenças notificadas para vigilância semanal, Jan-Ago. 2010



Usar um histograma

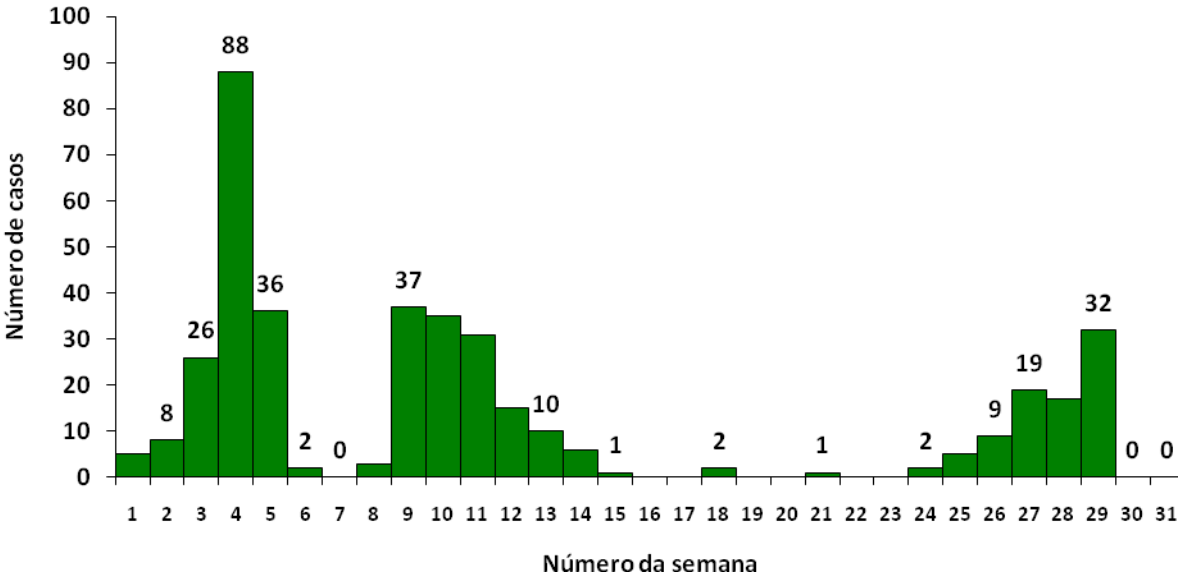
Preparar um histograma, usando dados dos formulários de notificação de casos e das listas lineares. Distribuir os casos pelo histograma, segundo a data da manifestação. Usar símbolos para representar cada caso. À medida que o histograma evolui, vai apresentando uma curva epidémica. Definir a área geográfica que a curva irá representar. Por exemplo, decidir se a curva deverá descrever o distrito completo ou a área de captação da unidade de saúde onde o caso ocorreu.

Salientar ocorrências significativas no histograma com setas. Por exemplo, analisar o livro dos surtos notificados para realçar as datas em que:

- Se manifestou o primeiro caso (ou índice)
- A unidade de saúde notificou o distrito
- O primeiro caso foi visto na unidade de saúde
- O distrito iniciou a investigação do caso
- Foi iniciada a resposta
- O distrito notificou o nível superior.

Os resultados desta análise permitem que os utilizadores desta informação reanalisem o surto e tentem saber quando ocorreu a exposição à doença e qual a duração do período de incubação.

Exemplo de histograma mostrando casos de cólera detectados por semana epidemiológica 1 a 31



3.2.2 Analisar dados por local

A análise de dados segundo o local fornece informação acerca do local em que a doença está a ocorrer. A elaboração e a actualização regular de um cartograma dos casos de doenças seleccionadas podem dar ideias sobre onde, como e porquê a doença se está a disseminar.

Usar o local de residência que consta do formulário de notificação de casos ou na lista linear, para detectar e descrever:

- Conjuntos de casos que ocorrem numa determinada zona
- Padrões de transporte relacionados com o método de transmissão dessas doenças
- Fontes de infecção vulgares nestes casos.

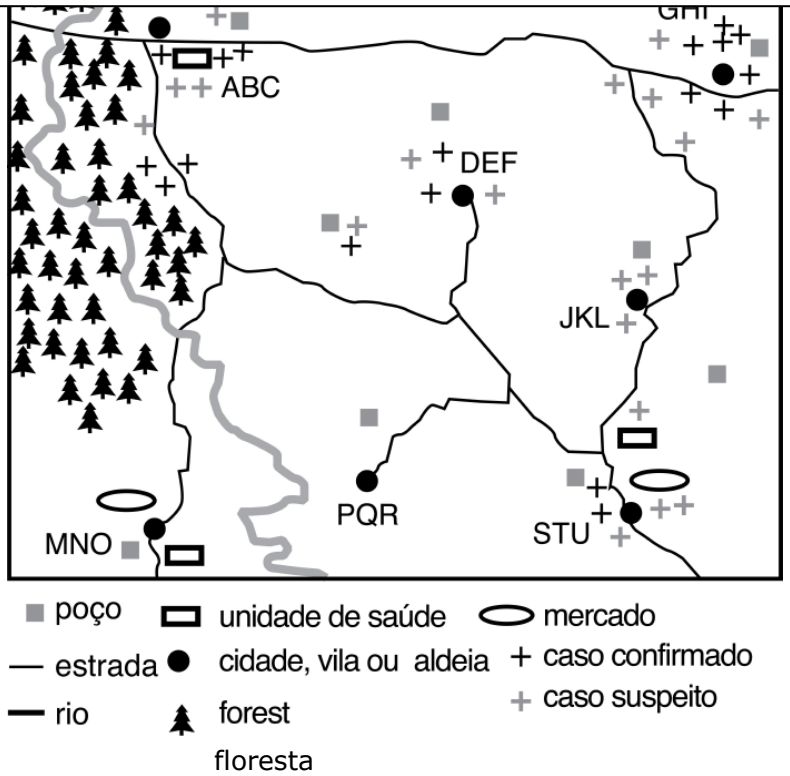
Usar métodos manuais ou *software* de informação geográfica para criar um mapa a usar como parte da análise de rotina da vigilância das doenças. Nesse mapa da área onde os casos ocorreram, marcar o seguinte:

- Estradas, fontes de água, localização de comunidades específicas e outros factores relacionados com o risco de transmissão das doenças ou condições em investigação. Por exemplo, um mapa para o tétano neonatal inclui a localização das parteiras tradicionais e das unidades de saúde onde as mães vão ter os bebés.

- Localização das habitações dos doentes ou das características geográficas mais relevantes para esta doença ou condição (por exemplo, por aldeia, bairro, campo de trabalho ou acampamento de refugiados. Outro exemplo é, ao fazer o mapeamento dos jovens doentes durante um surto de meningite, lembrar-se de assinalar a escola que os doentes frequentam).

- Outros locais adequados à doença ou condição a ser investigada. Queira consultar as orientações específicas das doenças e as recomendações específicas para a análise de dados por local.

Exemplo do cartograma do distrito mostrando a localização de casos suspeitos e confirmados



3.2.3 Analisar dados por pessoa

A análise por pessoa descreve a população com a doença específica, assim como as pessoas em risco de contraírem essa condição ou de serem expostas a factores a ela associados.

Fazer a distribuição dos casos, por cada uma das variáveis relativas à pessoa, no formulário de notificação. Por exemplo, comparar o número total e a percentagem de casos suspeitos e confirmados, por:

- Grupo etário
- Sexo
- Profissão
- Habitação urbana ou rural
- Situação vacinal
- Factores de risco
- Resultados
- Classificação final

Usar a informação específica das doenças para decidir quais as variáveis a comparar. Por exemplo, se tiver sido recolhida informação sobre um surto de paludismo, especificar os níveis etários visados pelo Programa Nacional de Luta contra o Paludismo. Comparar os níveis etários dos casos detectados nas crianças pequenas (entre 2 e 59 meses de idade), com os casos de crianças mais velhas (entre 5 e 14 anos de idade) e os casos em adultos (15 anos ou mais).

A análise por pessoa é normalmente recomendada para descrever a população de risco. Essa análise é mais fácil quando os dados são baseados em casos.

Identificar numeradores e denominadores

Uma simples contagem dos casos não fornece toda a informação necessária para compreender o impacto da doença sobre a comunidade, unidade de saúde ou distrito. As percentagens e taxas simples são úteis para comparar a informação notificada ao distrito.

O primeiro passo para a análise dos dados sobre as pessoas é identificar o numerador e o denominador, para calcular percentagens e taxas.

- O ***numerador*** é o número de ocorrências específicas a medir (como o número real de casos ou óbitos de uma determinada doença, por exemplo, o número de casos de dracunculose ocorridos durante o ano, em crianças em idade escolar).

- O ***denominador*** é o número de todas as ocorrências a medir (como o tamanho da população em que ocorreram os casos ou óbitos de uma determinada doença ou a população de risco).

Usar percentagens simples

As percentagens simples podem ser calculadas para comparar a informação proveniente de populações de diferentes tamanhos. Por exemplo:

Unidade de saúde	Número de casos de dracunculose nesse ano em crianças em idade escolar
A	42
B	30

Se olharmos apenas para o número de casos notificados, parece que houve uma ocorrência mais elevada de casos de dracunculose na unidade de saúde A.

Mas quando o número de casos notificados em cada unidade de saúde é comparado com o número total de crianças em idade escolar que vivem em cada área de captação, então a situação torna-se mais clara.

Unidade de saúde	Número de crianças em idade escolar que vivem na área de captação
A	1 150
B	600

Ao calcular a percentagem do número de casos de dracunculose nos últimos 12 meses em crianças em idade escolar, o funcionário do distrito pode comparar o impacto da doença sobre cada unidade de saúde. O numerador é o número de casos que ocorreram ao longo de um ano. O denominador é o número de crianças em idade escolar em risco, em cada uma das áreas de captação. Neste exemplo, a taxa de incidência é mais elevada na unidade de saúde B do que na unidade de saúde A.

Unidade de saúde	Percentagem de casos de dracunculose de crianças em idade escolar nos últimos 12 meses
A	4%
B	5%

3.2.4 Elaborar uma tabela para análise por pessoa

Para cada doença ou condição prioritária sob vigilância, usar uma tabela para analisar as características das pessoas que vão adoecendo. Uma tabela é um conjunto de dados organizados em linhas e em colunas. A finalidade de uma tabela é apresentar os dados de forma simples. Para a vigilância e a monitorização, usar uma tabela que mostre o número de casos e de óbitos por determinada doença, ocorrida num determinado período de tempo.

***Como elaborar uma tabela*:**

1. Decidir que informação se pretende mostrar na tabela. Por exemplo, considerar a análise de casos e óbitos pelo sarampo, por nível etário.

2. Decidir de quantas linhas e colunas irá precisar. Acrescentar uma linha extra no fundo e uma coluna extra à direita, para mostrar os totais, se for necessário. No exemplo, será necessária uma linha para cada grupo etário e uma coluna para cada variável, como o grupo etário ou casos e óbitos.

3. Pôr um título em todas as linhas e colunas, incluindo medições de tempo. No exemplo que se segue, a análise é feita anualmente. Recomenda-se ainda a análise por pessoa, para analisar os dados sobre o surto.

4. Registar o número total de casos e de óbitos como se indica em cada uma das linhas. Verificar se os números correctos estão na respectiva linha ou coluna.

Grupo etário	Número de casos notificados	Número de óbitos
0 - 4 anos	40	4
5-14 anos	9	1
15 anos ou mais	1	0
Idade desconhecida	28	0
Total	78	5

3.2.5 Calcular a percentagem de casos ocorridos num dado grupo etário

Após a introdução dos totais resumidos para cada grupo etário, uma análise que pode ser efectuada é descobrir qual a percentagem de casos ocorridos num dado grupo etário. Para calcular essa percentagem:

1. Identificar o número total de casos notificados em cada grupo etário a partir dos dados resumidos para os quais se conhecem as características de tempo ou pessoa. (Por exemplo, há 40 casos de crianças dos 0 aos 4 anos de idade).

2. Calcular o número total de casos para o tempo ou características a medir. (Neste exemplo, há 78 casos cuja idade é conhecida).

3. Dividir o número total de casos em cada grupo etário pelo número total de casos notificados. (Por exemplo, para crianças entre os 0 e os 4 anos, dividir 40 por 78. O resultado é 0,51).

4. Multiplicar o resultado por 100, para calcular a percentagem. (Multiplicar 0,51 X 100. O resultado é 51%).

Grupo etário	Número de casos notificados	% de casos notificados em cada grupo etário
0-4 anos	40	51%
5-14 anos	9	12%
15 anos ou mais	1	1%
Idade desconhecida	28	36%
Total	78	100%

3.2.6 Calcular a taxa de casos fatais

Uma taxa de casos fatais ajuda a:

- Perceber se um caso é prontamente identificado e tratado
- Indicar qualquer problema com o tratamento dos casos, logo que a doença tiver sido diagnosticada
- Identificar um agente patogénico mais virulento, novo ou resistente aos medicamentos
- Indicar a fraca qualidade dos cuidados ou a sua ausência
- Comparar a qualidade do tratamento dos casos entre as diferentes áreas de captação, cidades e distritos
- Identificar as condições subjacentes a doenças graves, por exemplo, a imunodeficiência.

Os programas de saúde pública podem ter impacto sobre a taxa de casos fatais, pois asseguram a pronta detecção dos casos e a boa qualidade do seu tratamento. Algumas recomendações para controlo de doenças específicas incluem a redução da taxa de casos fatais, como meta para medir se a resposta ao surto foi ou não eficaz.

Para calcular a taxa de casos fatais:

1. Calcular o número total de óbitos. (No caso dos dados do sarampo, há um total de 5 óbitos).

2. Dividir o número total de óbitos pelo número total de casos notificados. (Por exemplo, o número total de casos notificados é 78. O número de óbitos é 5. Portanto, divide-se 5 por 78, 5 ÷ 78 e o resultado é 0,06).

3. Multiplicar o resultado por 100 (0,06 X 100 = 6%).

Grupo etário	Número de casos notificados	Número de óbitos	Taxa de casos fatais
0-4 anos	40	4	10%
5-14 anos	9	1	11%
15 anos ou mais	1	0	0
Idade desconhecida	28	0	0%
Total	78	5	6%

Consultar as orientações para doenças específicas na Secção 9.0, para recomendações acerca das variáveis essenciais a comparar para cada doença.

3.3 Comparar os resultados da análise com os limiares para as acções de saúde pública

Os limiares são marcos que indicam quando alguma coisa deveria acontecer ou mudar. Eles ajudam os directores dos programas e da vigilância a responder à pergunta: “Quando deveremos agir e quais as acções a levar a cabo?” A informação sobre a definição de limiares encontra-se na Secção 4.1 deste guia.

Os limiares baseiam-se na informação oriunda de duas fontes diferentes:

- Uma análise da situação que descreve quem está em risco de doença, quais são os riscos, quando se deverá actuar para evitar a disseminação do surto e onde ocorrem normalmente essas doenças.

- As recomendações internacionais dos peritos técnicos e dos programas de luta contra as doenças.

Estas orientações debatem dois tipos de limiares: um limiar de alerta e um limiar de epidemia. Nem todas as doenças ou condições utilizam ambos os tipos de limiar, embora todas as doenças ou condições atinjam um ponto em que o problema deve ser notificado e as acções empreendidas.

Um ***limiar de alerta*** sugere ao pessoal de saúde e às equipas de vigilância que é preciso realizar mais investigação. Em função das doenças ou condições, atinge-se um limiar de alerta quando há um caso suspeito (como é o caso das doenças de potencial epidémico ou das doenças visadas para eliminação ou erradicação) ou quando há um aumento inexplicado de qualquer doença ou um padrão invulgar observado ao longo de um período de tempo, na notificação semanal ou mensal resumida.

Um ***limiar de epidemia*** desencadeia uma resposta definida. Marca o resultado de dados específicos ou de uma investigação que assinala uma acção, para além da confirmação ou da clarificação do problema. As acções possíveis incluem a comunicação da confirmação laboratorial aos centros de saúde afectados, a implementação de uma resposta de emergência, como uma actividade de vacinação, uma campanha de sensibilização da comunidade ou melhores práticas de controlo da infecção ao nível das unidades de saúde.

Têm sido propostos vários limiares para a acção, com base nos achados da vigilância das doenças. No caso das doenças raras ou das doenças visadas para erradicação, a detecção de um só caso sugere uma epidemia. Nessas situações, um só caso é invulgar e constitui uma grave ocorrência. Isso acontece porque essas doenças raras ou visadas têm um grande potencial para se propagarem rapidamente ou para atingirem elevadas taxas de casos fatais.

Noutras situações, alguns casos desencadeiam uma resposta. Por exemplo, o limiar de epidemia para a meningite cerebrospinal em países da cintura da meningite é de 10 casos para 100 000 habitantes e o limiar de alerta é de 5 casos para 100 000.

Na prática, o nível nacional é responsável pela comunicação dos limiares das doenças prioritárias a todos os postos de notificação do sistema de saúde. Isto

acontece para que a informação sobre a vigilância possa ser usada para a acção ao nível em que ela é recolhida. Periodicamente, os limiares da vigilância são avaliados e redefinidos a nível nacional ou internacional, em conformidade com as tendências observadas das doenças, ocorrências ou condições sob vigilância.

Os limiares sugeridos, para empreender acções para doenças ou condições específicas, são debatidos na Secção 9.0.

3.4 Retirar conclusões dos resultados

Dever-se-á recolher ou apresentar os gráficos, mapas e quadros de forma sistemática e reunir com a equipa distrital de saúde (ou equivalente), para rever o resultado das análises e debater as conclusões. Analisar sistematicamente os resultados, de acordo com o plano distrital de análise, se houver (ver Anexo 3A). No mínimo, analisar os resultados para:

- Avaliar se a situação está ou não a melhorar, e
- Descobrir a razão da situação observada.

3.5 Resumir e usar a análise para melhorar as acções de saúde pública

Preparar e partilhar, com todas as partes interessadas nesta informação, um resumo conciso e orientado para a acção dos resultados da vigilância. Usar tabelas simples, gráficos e mapas, com uma clara e breve descrição, interpretação, comentários e recomendações.

Redigir relatórios que descrevam as conclusões a que se chegou, a partir dos resultados da análise dos dados da vigilância. Usá-los na tomada de acções para:

- Efectuar uma investigação que descubra a razão do aumento do número de casos.
- Colaborar com os programas de redução de doenças específicas, para intensificar a vigilância, no caso de ter sido ultrapassado um limiar de alerta.
- Exercer advocacia, junto dos líderes políticos e da comunidade, por uma maior disponibilidade de recursos, caso a sua falta tenha sido identificada como uma das causas para o aumento do número de casos.

A partilha da informação é uma importante função da vigilância e um poderoso mecanismo de coordenação. Ela motiva o pessoal que envia os relatórios e forma

parcerias, através da transparência proporcionada pela partilha da informação. Assim, torna-se importante partilhar os resultados da análise e fornecer um rápido *feedback*. Consultar a Secção 7 destas orientações para informação e exemplos acerca do *feedback* da comunicação e da partilha.

Anexos à Secção 3.0

ANEXO 3A Como elaborar um plano para a análise de rotina dos dados da vigilância

ANEXO 3B Como elaborar manualmente um gráfico linear

ANEXO 3A Como elaborar um plano para a análise de rotina dos dados da vigilância

Um plano simples para a análise de rotina dos dados da vigilância deverá incluir as seguintes tabelas, gráficos e mapas.

1. Avaliar o grau de completamento e de pontualidade da notificação

   A monitorização da pontualidade dos relatórios da vigilância e do cumprimento do seu envio, por parte de todos os postos de notificação, é um primeiro passo essencial na análise de rotina do sistema de vigilância. Isto ajuda a equipa de vigilância do distrito (ou de outro nível) a identificar as áreas silenciosas (áreas em que as ocorrências de saúde podem estar a acontecer, mas que não estão a ser notificadas) ou os postos de notificação que precisam de ajuda na transmissão dos seus relatórios.

2. Calcular os totais distritais (ou de outro nível) por semana (ou mês). Actualizar o número total de casos e óbitos notificados durante o ano inteiro. Esta informação resumida ajuda a descrever o que aconteceu num determinado período de notificação.

3. Preparar os totais cumulativos de casos, óbitos e taxas de casos fatais, desde o início do período de notificação.

4. Usar variáveis geográficas (como hospitais, habitações, postos de notificação, bairros, aldeias, etc.), para analisar a distribuição de casos por localização geográfica. Esta informação irá ajudar a identificar zonas de alto risco.

5. Analisar as tendências das doenças para, pelo menos, as doenças de mais alta prioridade no distrito. Monitorizar as tendências dos casos, óbitos e taxas de casos fatais, para identificar quaisquer eventuais aumentos inesperados ou padrões de doenças.

Na próxima página é apresentado um exemplo de um produto, a partir de um plano de análise para informação sobre a vigilância de rotina.

Exemplo de um plano de análise para a cólera no país A, 2010

Distribuição por Tempo

Semana da manifestação	Resultado		Total	Taxa de casos fatais
	Mortos	Vivos		
26	7	16	**23**	30
27	5	92	**97**	5
28	1	87	**88**	1
29	2	19	**21**	10
32	0	11	**11**	0
33	2	9	**11**	18
Total	17	234	**251**	7

Distribuição por Local

Distrito	Resultado		Total	Taxa de casos fatais
	Mortos	Vivos		
Distrito 1	0	1	**1**	0
Distrito 2	6	86	**92**	7
Distrito 3	11	147	**158**	7
Total	17	234	**251**	7

Distrito	População	Casos	Taxa de ataque_para 100 000 habitantes
Distrito 1	179888	92	**51**
Distrito 2	78524	158	**201**

Distribuição por Pessoa

Grupo etário	Resultado		Total	Taxa de casos fatais
	Mortos	Vivos		
00-4 anos	2	35	**37**	5
05-9 anos	5	50	**55**	9
10-14 anos	2	28	**30**	7
15-19 anos	0	23	**23**	0
20-24 anos	1	27	**28**	4
25-29 anos	2	24	**26**	8
30-34 anos	1	11	**12**	8
35-39 anos	2	6	**8**	25
40 + anos	2	30	**32**	6
Total	17	234	**251**	7

Sexo	Resultado		Total	Taxa de casos fatais
	Mortos	Vivos		
F	8	114	**122**	7
M	9	120	**129**	7
Total	17	234	**251**	7

ANEXO 3B Como elaborar manualmente um gráfico linear

Como fazer um gráfico linear	
1.	Definir que informação se pretende mostrar no gráfico
2.	Escolher um título que descreva o conteúdo do gráfico (por exemplo, *Totais mensais para casos e óbitos de doentes internados devido a paludismo com anemia grave*).
3.	Definir que limites dos números mostrar no eixo vertical. • Começar com 0 como número mais baixo • Inscrever os números de modo crescente até atingir um número maior do que o número de casos • Escolher um intervalo, se os números do eixo vertical forem grandes.
4.	Legendar o eixo vertical, explicando o que os números representam
5.	Legendar o eixo horizontal e marcar nele as unidades de tempo. O eixo horizontal está dividido em unidades de tempo iguais. Normalmente, começar-se-á com o início de um surto, ou o início de um período de tempo, como uma semana, mês ou ano.
6.	Todas as barras do gráfico deverão ter a mesma largura.
7.	Marcar o número de casos no gráfico ou histograma. Para cada unidade de tempo no eixo horizontal, procurar o número de casos no eixo vertical. Preencher um quadrado para cada caso, ou para um certo número de casos, na coluna do dia em que o doente foi visto. Mostrar os óbitos, usando um padrão diferente de linhas ou uma cor diferente. Tratando-se de um gráfico linear, em vez de desenhar uma barra ou preencher quadrados, desenhar uma cruz ou assinalar o ponto em que as linhas horizontais e verticais se cruzam. Ligar esses pontos no gráfico, para mostrar a tendência para subir ou descer ao longo do tempo.

Secção 4

Investigar suspeitas de surtos e outras ocorrências de saúde pública

Esta secção descreve o modo de:

- Investigar um surto ou outra ocorrência de saúde pública notificada
- Registar surtos, ocorrências de saúde pública e rumores
- Verificar a informação notificada
- Preparar a realização de uma investigação
- Confirmar o surto ou ocorrência
- Proceder a uma resposta imediata
- Analisar os resultados da investigação para determinar as causas da ocorrência ou risco de saúde pública

4.0 Investigar e confirmar suspeitas de surtos e outras ocorrências de saúde pública

Os resultados de uma investigação de um surto ou outra ocorrência de saúde pública conduzem à identificação e à avaliação de pessoas que estiveram expostas a doenças infecciosas ou que foram afectadas por uma ocorrência invulgar de saúde. A investigação fornece dados relevantes para serem usados na tomada imediata de acções e na melhoria de actividades de maior duração para a prevenção das doenças. Os passos para conduzir uma investigação de um surto suspeito devido a uma doença infecciosa podem também ser usados para investigar outros problemas de saúde pública no distrito, como quando se detecta um aumento nas doenças crónicas ou não transmissíveis.

A finalidade de uma investigação é:

- Verificar o surto ou a ocorrência e risco de saúde pública.
- Identificar e tratar outros casos que não tenham sido notificados ou reconhecidos.
- Recolher informação e colher amostras de laboratório para confirmar o diagnóstico.
- Identificar a fonte da infecção ou a causa do surto.
- Descrever o modo de transmissão da doença e identificar a população em risco.
- Seleccionar actividades de resposta adequadas para controlar o surto ou a ocorrência de saúde pública.

4.1 Investigar um surto ou outra ocorrência de saúde pública notificada

A responsabilidade da investigação de surtos depende da política nacional, dos recursos e da política local. Na maioria dos países, os distritos são globalmente responsáveis pela investigação dos surtos. Estas orientações presumem que o nível do distrito tem a responsabilidade da liderança da investigação e estas orientações também se aplicam às unidades de saúde e às províncias.

Para certas doenças transmissíveis, um único caso suspeito é suficiente para desencadear as acções, notificar o caso ao nível superior e proceder a uma investigação. Isto porque se trata de doenças muito perigosas, que se propagam muito rapidamente ou que têm taxas muito elevadas de casos fatais, se não forem imediatamente atacadas.

Para as outras doenças, só se desencadeiam as acções quando os casos atingem um determinado limiar (por exemplo, um certo número de casos por 100 000 habitantes). O pessoal de saúde deverá investigar de imediato o problema e

responder prontamente aos casos. Deverá ser preparada uma resposta de saúde pública mais alargada. Os limiares de alerta e epidemia são descritos na Secção 3.

NOTA: *Os limiares para certas doenças não poderão variar entre os distritos nem entre as unidades de saúde, porque os limiares desencadeiam a imediata notificação e são estabelecidos pela política nacional.*

Porém, há certas ocorrências urgentes de saúde que exigem uma investigação imediata. ***Independentemente da situação, os distritos deverão estabelecer a meta de investigar surtos e ocorrências suspeitas no prazo de 48 horas após a notificação.***

Dever-se-á proceder a uma investigação sempre que:

- O distrito receber uma notificação de um surto suspeito devido a uma das doenças visadas para notificação imediata
- Se observar um aumento invulgar do número de casos ou de óbitos durante uma análise de rotina dos dados
- Os limiares de alerta ou de epidemia tiverem sido atingidos em doenças prioritárias específicas
- As comunidades notificarem rumores de óbitos, ou um grande número de casos que não foram observados na unidade de saúde
- Ocorrer um conjunto de doenças ou mortes por causas invulgares ou inexplicadas (por exemplo, a morte de um adulto devida a diarreia sanguínea).

4.2 Registar os surtos, ocorrências de saúde pública e rumores notificados

Preparar um método para verificar a notificação ao distrito de surtos, ocorrências e rumores suspeitos. A finalidade dessa verificação é garantir que a notificação de cada surto ou rumor suspeito será seguida por qualquer acção e resolução. Manter esse registo ajudará a recolher a informação para avaliar a pontualidade e o grau de completamento do processo de investigação e resposta a surtos.

Apresenta-se no Anexo 4A desta secção um fomulário-modelo para verificar as notificações de surtos. Se o distrito usar um livro de registo de análise para anotar e analisar as tendências a longo prazo, incluir esse fomulário-modelo no livro de registo.

4.3 Verificar a informação notificada

A investigação de surtos exige recursos humanos, logísticos e financeiros. Sempre que é notificada uma suspeita de surto ou ocorrência, verificar de imediato se a informação é rigorosa e se reflecte condições que sugiram um verdadeiro surto ou ocorrência. Isso ajudará a garantir que os recursos são eficazmente usados.
Para verificar a informação, dever-se-á ter em conta os seguintes factores:

- Fonte de informação (por exemplo, será a fonte do rumor fiável? A notificação é oriunda de uma unidade de saúde?)
- A gravidade da doença notificada e o uso de definições de casos-padrão na notificação
- Número de casos e de mortes notificadas
- A idade e sexo dos casos e mortes notificadas
- Modo de transmissão do agente patogénico suspeito e risco de uma propagação mais lata
- Considerações politicas ou geográficas
- Importância de manter boas relações com os parceiros e as comunidades
- Disponibilidade de recursos.

Após ter em conta os factores acima descritos, a situação pode exigir uma resposta mais urgente do que a habitual. Por exemplo, as notificações de casos suspeitos de uma febre hemorrágica viral são tratadas com mais urgência do que as notificações de doenças menos virulentas, dado o seu potencial para elevadas taxas de mortalidade e de rápida transmissão.

Independentemente dos factores, todos os surtos ou ocorrências suspeitos (incluindo doenças ou ocorrências de notificação imediata) notificados pelas unidades de saúde têm de ser notificados ao nível seguinte, no prazo de 48 horas.

4.4 Preparar a realização de uma investigação

Mobilizar a equipa distrital de resposta às epidemias e preparar a investigação da notificação. Integrar o coordenador distrital para as doenças ou ocorrências sob investigação e outro pessoal relevante que já tenha sido identificado e formado para fazer parte da equipa de resposta rápida, no planeamento da investigação. (Nota: rever e actualizar periodicamente o estado vacinal do pessoal que integra as actividades de investigação e resposta a surtos de doenças infecciosas.)

Em conjunto com a equipa, definir os objectivos da investigação, de modo a recolher a informação essencial para implementar a resposta mais adequada e relevante. Incluir os métodos-padrão relevantes para as doenças ou condições sob investigação (por exemplo, colher correctamente as amostras de laboratório).

4.4.1 Especificar o trabalho que o pessoal de saúde tem de executar

Informar o pessoal de saúde acerca das tarefas que dele se espera durante a investigação e as funções que deverão apoiar. Contribuir para uma motivação positiva na execução da investigação. Por exemplo, assegurar-se de que a equipa de investigação compreende a interligação entre os resultados da investigação e a escolha das actividades de resposta, de modo a evitar mais casos e a salvar mais vidas. Assegurar-se de que o pessoal de saúde tem acesso e sabe usar o necessário equipamento de protecção pessoal e as relevantes precauções universais contra a eventual causa do surto ou ocorrência suspeitos.

4.4.2 Definir linhas de supervisão e de comunicação

Planear a forma das equipas comunicarem durante uma investigação. Preparar um diagrama que mostre quem fará a notificação e a quem esta será dirigida, e como se orientará o fluxo da informação, quer dentro da equipa de investigação, quer entre o distrito e os outros níveis, incluindo o nível mais local. Por exemplo, definir quem comunicará com o Ministério da Saúde, os meios de comunicação social e a comunidade. Definir os métodos de comunicação e a sua frequência durante um surto, de modo a manter o pessoal superior informado. Estes métodos podem incluir actualizações diárias por radiotelefone, telemóvel, fax, correio electrónico ou conferência telefónica. Mostrar através do diagrama as linhas de autoridade e os papéis de cada um dos profissionais da equipa. Definir o papel dos trabalhadores não integrados na área da saúde e a forma como poderão ser supervisionados.

É essencial possuir um canal de comunicação para estabelecer ligação com a comunidade e os principais parceiros. Isto é importante para assegurar a partilha de informação crucial acerca da identificação e da resposta aos riscos associados com os surtos ou ocorrências.

4.4.3 Decidir onde realizar a investigação

Rever a informação já conhecida sobre a doença suspeita, incluindo o seu modo de transmissão e factores de risco. Usar esta informação para definir os limites geográficos e a população-alvo que será sujeita a investigação. Começar a investigação pelo local mais afectado.

Contactar as unidades de saúde da zona para verificar se eles detectaram casos semelhantes ou um aumento dos casos com o mesmo diagnóstico. Envolver a comunidade e o pessoal da unidade de saúde local no planeamento e na realização da investigação. Estar atento e procurar informação acerca dos costumes locais, cultura e rotinas que possam afectar o êxito da investigação do surto.

4.4.4 Obter as autorizações necessárias

Obter todas as autorizações, certificações, normas éticas e licenças necessárias para realizar uma investigação. Além das autorizações oficiais, garantir a inclusão de acordos com individualidades locais com influência dentro da comunidade.

4.4.5 Completar formulários e métodos de recolha de dados e de colheita de amostras

Seleccionar as variáveis necessárias para identificar, registar e analisar as doenças visadas pela investigação (O anexo a esta secção apresenta uma selecção de formulários de investigação de casos, com anotação das principais variáveis). Em conformidade com as responsabilidades do pessoal, analisar o modo de:

- Registar a informação sobre os casos numa lista linear para usar posteriormente no resumo das variáveis para a análise em função do tempo, local e pessoa
- Preparar (e, se necessário, actualizar) uma curva epidémica
- Construir um cartograma com a localização das variáveis geográficas, nomeadamente a localização dos casos e das mortes
- Elaborar quadros analíticos para os factores de risco, grupo etário, sexo, situação vacinal, etc.

4.4.6 Organizar transportes e logística

Disponibilizar meios de transporte para ir e voltar ao local da investigação e para deslocações durante a investigação. Certificar-se, antes da partida da equipa, de

que existem meios adequados para transportar amostras para os respectivos laboratórios.

4.4.7 Reunir material para colher amostras de laboratório

Alguns distritos podem já ter adquirido um kit de resposta rápida, contendo material e equipamento para realizar a investigação (incluindo material de laboratório).

Se não houver esse tipo de kit no distrito, consultar as orientações do programa específico das doenças e falar com os especialistas de laboratório para saber quais os materiais necessários para uma correcta colheita, armazenamento e transporte das amostras relevantes (consultar o Anexo 4B).

Recomenda-se vivamente o uso de equipamento de protecção pessoal (EPP) e de produtos de desinfecção (consultar o Anexo 4C).

Consultar as orientações para doenças específicas na Secção 9 sobre requisitos laboratoriais.

4.5 Confirmar o surto ou ocorrência

4.5.1 Analisar a história clínica e a epidemiologia

Examinar o doente ou doentes para confirmar se os seus sinais e sintomas correspondem à definição do caso. Fazer perguntas ao doente ou a um familiar que possa falar em seu nome:

- Onde vive?
- Quando começaram os sintomas?
- Quem mais adoeceu em sua casa, escola, local de trabalho, aldeia, bairro?
- Viajou recentemente para algum lugar?
- Onde esteve nas últimas 3 semanas antes da manifestação dos sintomas (residência no momento da infecção)?
- Recebeu a visita de alguém nas últimas 2 semanas?
- Esteve recentemente em contacto com aves ou outros animais doentes ou mortos (para as zoonoses)?
- Que vacinas recebeu recentemente (para EAAV)?

4.5.2 Colher amostras de laboratório e obter os resultados para confirmar o diagnóstico

Se a doença puder ser confirmada por testes laboratoriais, consultar os requisitos laboratoriais na Secção 9.0, para determinar o teste diagnóstico e a amostra necessária. Os requisitos de laboratório para doenças específicas descrevem igualmente a forma de colher, armazenar e transportar as amostras relevantes, e quantas amostras deverão ser colhidas para confirmar um surto dessa doença em particular.

Analisar os resultados do laboratório com a equipa de investigação, médicos e técnicos de laboratório, na unidade de saúde. Serão os resultados laboratoriais consistentes com os achados clínicos? Procurar maior ajuda junto dos gestores do programa a nível nacional ou de peritos técnicos, caso haja algumas dúvidas acerca dos resultados laboratoriais.

4.6 Executar uma resposta imediata

4.6.1 Se necessário, isolar e tratar os casos

Segundo as orientações de tratamento dos casos, reforçar o controlo da infecção (incluindo o isolamento dos doentes, se for caso disso) e o tratamento dos casos no local onde os doentes estiverem a ser tratados. Fornecer aconselhamento, apoio e material à unidade de saúde.

Usar precauções padrão com todos os doentes da unidade de saúde, especialmente durante um surto de uma doença transmitida pelo contacto com produtos contaminados e fluidos corporais.

4.6.2 Procurar outros casos

Logo que os primeiros casos tiverem sido clinicamente confirmados e o tratamento iniciado, procurar activamente outros eventuais casos.

4.6.2.1 Procurar casos e óbitos suspeitos nos registos da unidade de saúde

Procurar nos registos das unidades de saúde onde os casos foram notificados novos casos ou óbitos suspeitos. Procurar outros doentes que possam ter apresentado sinais e sintomas iguais ou semelhantes aos das doenças ou condições sob investigação. A equipa deverá solicitar ao pessoal de saúde que procure casos semelhantes nas proximidades das unidades de saúde.

Consultar no Anexo 4D, no final desta secção, as instruções para realizar a análise dos registos. Certificar-se de que é feito o seguimento de eventuais casos a quem foi permitido o regresso a casa.

4.6.2.2 Procurar pessoas de contacto e mortes suspeitas na comunidade

Identificar áreas de provável risco em que os doentes tenham vivido, trabalhado ou visitado, como um jardim zoológico, quinta de criação de galináceos, laboratório ou terrenos de caça. Conversar também com outros informantes da comunidade, nomeadamente farmacêuticos, professores, veterinários (para saber da situação da saúde animal), agricultores e líderes da comunidade.

As áreas a pesquisar podem ser influenciadas pelas doenças, o seu modo de transmissão e factores de risco relacionados com a análise por tempo, local e pessoa. Visitar esses locais e falar com as pessoas que tiveram, ou que poderão ter tido, contacto com o doente. Perguntar se ele ou alguém que ele conheça teve alguma doença ou condição semelhante à que está a ser investigada. Descobrir se mais alguém nas redondezas esteve doente com sinais ou sintomas que correspondam à definição do caso. Recolher dados que ajudem a descrever a magnitude e a extensão geográfica do surto.

Transferir os novos casos identificados para tratamento numa unidade de saúde. Consultar nos Anexos 4E e 4F desta secção os exemplos de formulários para registo e seguimento dos contactos de outros casos.

4.7 Registar informação acerca de outros casos

Para cada novo caso, seja dos registos da unidade de saúde, seja das pesquisas da comunidade que correspondam à definição de caso da vigilância, registar a informação recolhida, quer num formulário de notificação baseado em casos, quer numa lista linear ou em qualquer outro formulário recomendado.

4.7.1 Registar a informação num formulário de notificação de casos

No mínimo, registar a informação num formulário de notificação de casos para os primeiros cinco doentes. Registar também a informação num formulário de caso para todos aqueles a quem foram colhidas amostras de laboratório. Para cada caso, registar pelo menos:

- Nome do doente, endereço e aldeia ou bairro e informação da localização. Se não houver endereço específico, registar informações que possam ser usadas para contactar os doentes se forem necessários mais dados ou para informar o doente acerca dos resultados laboratoriais e da investigação.
- Idade e sexo do doente. Esta informação é usada para descrever as características da população afectada pela doença
- A data da manifestação dos sintomas e a data em que o doente foi observado pela primeira vez na unidade de saúde
- Informação relevante sobre factores de risco, como a situação vacinal, no caso da doença sob investigação ser uma doença evitável pela vacinação
- O nome e a designação da pessoa que comunicou a informação.

Certas doenças possuem o seu próprio formulário detalhado para investigação de casos. Apresentam-se nos Anexos no final da Secção 9 formulários detalhados que sublinham dados próprios para investigação de doenças específicas.

4.7.2 Registar informação acerca de outros casos numa lista linear

Quando tiverem sido identificados mais de cinco a dez casos, e tiverem sido colhidos o número necessário de amostras de laboratório, registar todos os novos casos numa lista linear. Usar essa lista linear como formulário de transmissão do laboratório, se houver 10 ou mais casos que precisem de amostras laboratoriais colhidas no próprio dia e as amostras forem transportadas para fora do laboratório num lote.

4.8 Analisar dados sobre o surto

Os métodos para analisar dados de um surto são semelhantes aos da análise dos dados resumidos, conforme descritos na Secção 3. Os dados sobre o surto são analisados e reanalisados muitas vezes, durante a ocorrência do surto.

Durante a análise inicial, resumir o surto ou as ocorrências e procurar pistas acerca do local onde eles estão a ocorrer, para onde se deslocam, a sua fonte (de uma só fonte, por exemplo, um poço ou um funeral), e as pessoas em risco de adoecerem (por exemplo, crianças pequenas, refugiados, pessoas que vivem nas zonas rurais, etc.). Apresentar os dados do seguinte modo:

- Desenhar um histograma que represente o curso da doença (uma curva epidémica).

- Assinalar os casos num cartograma.
- Elaborar quadros com as características mais relevantes dos casos (por exemplo, comparar o grupo etário com a situação vacinal, rácio por sexo).
- Calcular taxas de casos fatais (consultar os passos na Secção 3)
- Calcular as taxas de ataque (consultar os passos na Secção 3).

Durante o surto, estes dados precisarão de ser actualizados com frequência (por vezes todos os dias) para ver se a informação recebida altera a opinião quanto às causas do surto.

4.9 Interpretar os resultados da análise

Rever os resultados da análise e tirar conclusões acerca do surto. Por exemplo:

- Qual foi o agente causal do surto.
- Qual foi a fonte da infecção.
- Qual foi o padrão de transmissão.
- Que medidas de controlo foram implementadas e para que efeito.

4.9.1 Interpretar os resultados da análise por tempo

Observar o histograma e reparar na forma da curva epidémica. Retirar conclusões acerca do momento em que ocorreu a exposição ao agente causador da doença, a fonte da infecção e o respectivo período de incubação.

- Se a forma da curva se elevar repentinamente para descrever uma subida brusca, seguida de um descida igualmente rápida, a exposição ao agente causal durou provavelmente um curto período de tempo. Pode tratar-se de uma fonte comum de infecção.
- Se a exposição à fonte comum durar um longo período de tempo, é mais provável que a forma da curva epidémica pareça um planalto do que um pico acentuado.
- Se a doença resultar de uma transmissão pessoa a pessoa, a curva apresentar-se-á como uma série de picos progressivamente mais altos, separados por períodos de incubação.

4.9.2 Interpretar os resultados da análise por local

Usar um mapa para:

- Descrever a extensão geográfica do problema e identificar zonas de alto risco.
- Identificar e descrever quaisquer grupos ou padrões de transmissão ou de exposição. Conforme o organismo que contribuiu para este surto, especificar a proximidade de casos a prováveis fontes de infecção.

4.9.3 Interpretar os resultados da análise por pessoa

A informação recolhida a partir da análise por pessoa é essencial para planear a resposta ao surto, pois ela descreve com maior precisão os grupos de risco mais elevado de transmissão desta doença ou condição. Por exemplo, se ocorrerem casos de febre amarela em doentes com menos de 15 anos, então a resposta do programa de vacinação terá de visar as crianças com menos de 15 anos de idade.

4.10 Conclusões e recomendações da investigação

Após o estudo dos resultados da análise, formular conclusões e recomendações acerca do surto:

- Situação confirmada como surto ou problema de saúde pública
- População afectada e em risco
- Possíveis causas do surto/problema de saúde pública, resultados de laboratório, fonte de infecção, modo de transmissão, taxa de ataque, taxa de casos fatais e eventuais factores de risco
- Medidas já iniciadas para conter o surto
- Recomendações:
    - Para controlar a situação
    - Outras investigações/estudos.

4.11 Redigir um relatório sobre a investigação de surtos

A equipa distrital de investigação rápida deverá preparar de imediato um relatório sobre a investigação do surto. Este relatório detalhado da investigação do surto deverá ser preparado e divulgado imediatamente junto de todos os interessados, incluindo a unidade de saúde onde ocorreu o surto.

Encontra-se uma sugestão para redigir um relatório de investigação no Anexo 7 A da Secção 7.

4.12 Conduzir uma avaliação dos riscos e identificar os determinantes para explicar o surto ou a ocorrência

A avaliação dos riscos deverá ser iniciada assim que possível pela equipa de investigação designada para dar resposta às seguintes questões:

- É grave o impacto da ocorrência sobre a saúde pública?
- Trata-se de uma ocorrência invulgar ou inesperada?
- Existe um risco significativo de propagação além fronteiras?
- Existe um risco significativo de restrições ao transporte e comércio internacionais?

O nível nacional pode ser solicitado a participar na avaliação dos riscos, no final da qual se decidirá se a ocorrência é uma potencial PHEIC, devendo assim garantir-se a sua notificação (consultar o instrumento de decisão na Secção 2).

Anexos à Secção 4

ANEXO 4A Registo distrital de surtos e rumores suspeitos

ANEXO 4B Lista de verificação de materiais de laboratório a usar numa investigação de surtos

ANEXO 4C Lista recomendada de equipamento de protecção pessoal

ANEXO 4D Como fazer a análise de um registo

ANEXO 4E Ficha de registo de contactos

ANEXO 4F Ficha de detecção dos contactos (follow-up)

ANEXO 4A Registo distrital de surtos e rumores suspeitos

Registar a informação oral ou escrita a partir das unidades de saúde ou comunidades, sobre surtos e rumores suspeitos ou relatórios de ocorrências inexplicadas. Registar as medidas tomadas e quaisquer actividades de resposta realizadas.

Condição, doença ou ocorrência (1)	Número de casos inicialmente notificados (2)	Localização (centro de saúde, aldeia, etc.) (3)	Data em que o distrito foi notifi-cado (4)	Data em que o surto suspeito foi investigado pelo distrito (5)	Resultado da investigação do distrito (confirmado, excluído ou desco-nhecido) (6)	Data em que o surto começou Data do início do 1º caso/data de limiar ultrapassado ou primeiro grupo (7)	Data do 1º caso visto numa unidade de saúde (8)	Data de início da acção espe-cífica (9)	Tipo de acção concreta iniciada (10)	Data em que o surto foi notifica-do pelo distrito ao nível nacional (11)	Data em que o distrito recebeu a resposta nacional (12)	Obser-vações (13)

ANEXO 4B Lista de verificação dos materiais de laboratório a usar na investigação de surtos

Para usar precauções padrão de segurança durante a colheita e manuseamento de todas as amostras:

_____ Sabão e lixívia para criar pontos de lavagem de mãos
_____ Reserva de luvas
_____ Caixas de segurança para colher e descartar material e equipamento contaminado

Para colher amostras de laboratório:

Sangue
_____ Agulhas estéreis, diferentes tamanhos
_____ Seringas estéreis
_____ Tubos Vacutainers
_____ Tubo de ensaio para soro
____ Desinfectante antiséptico cutâneo
_____ Torniquetes
_____ Tubos de transporte com tampas de rosca

_____ Meios de transporte (Cary-Blair, Trans-Isolate)

Esfregaço de sangue (paludismo)
_____ Lanceta estéril ou descartável
_____ Lâminas de vidro e lamelas de cobertura
_____ Caixa de lâminas

Amostras respiratórias
_____ Mechas de algodão
_____ Meio de transporte para vírus

Líquido Céfalo-Raquidiano (LCR)
_____ Anestésico local
_____ Agulha e seringa para anestésico
_____ Desinfectante antiséptico cutâneo
_____ Tubos estéreis de rosca e suporte para tubos
_____ Caixa de lâminas de microscópio
_____ Meio de transporte Trans-Isolate
_____ Kit de latex
_____ Coloração de Gram
_____ Kit May Grunwald Giemsa

Fezes
_____ Recipientes para fezes
_____ Mechas rectais
_____ Meio de transporte Cary-Blair

Peste
_____ Kit de coloração de Gram
_____ Teste Rápido de Diagnóstico (dipstix AgF1)
_____ Transporte Cary-Blair

Se a unidade de saúde tiver centrifugadora:
_____ Pipeta e balão estéreis
_____Frasco ou tubo de plástico estéril, ou garrafa com tampa de rosca

Para embalar e transportar amostras:
____ Caixa frigorífica com acumuladores de gelo ou frasco de vácuo
____ Fibra de algodão para proteger a amostra e evitar a quebra
____ Rótulos para enviar itens para o laboratório
____ Rótulos para marcar “armazenar em frigorífico” no exterior da caixa de transporte
____ Formulários de casos e listas lineares usadas como formulário para transmissão de amostras
____ Marcador para escrever nos tubos o nome do doente e o nº ID (se atribuido pelo distrito)

Equipamento Protecção Pessoal Adequado (EPP) (para todas as doenças EPR, como as FHV, a gripe aviária suspeita, etc.)

ANEXO 4C Lista recomendada de equipamento de protecção pessoal (EPP)

Deverá ser disponibilizado o seguinte equipamento de protecção pessoal para todos os profissionais que investigam um caso suspeito de qualquer febre hemorrágica viral ou gripe aviária. O equipamento deverá estar guardado no nível provincial. Ver Anexo 5A para outros stocks que possam ser precisos para responder a um surto suspeito.

Composição de um conjunto de EPP	**Kits de distribuição da OMS**
1 bata cirúrgica	100 batas cirúrgicas
1 capa	100 capas
1 touca de protecção	100 toucas de protecção
2 pares de óculos de protecção	50 pares de óculos de protecção
1 par de luvas de borracha	100 pares de luvas de borracha
1 máscara N95	200 peças
1 cobertura de calçado*	0
1 caixa de 50 pares de luvas de exame	800 pares de luvas de exame
1 avental plástico reutilizável	20 peças
1 par de botas de borracha	20 botas de borracha
1 pulverizador manual	2 pulverizadores de 1,5 litros cada
1 pulverizador corporal	1 pulverizador corporal de 10-12 litros
Recipientes para amostras	
Fita-cola	3 rolos
Anti-embaciadores para óculos	3 frascos
Cloro	
N.B: O cloro e as botas de borracha podem ser comprados localmente * Não essencial	

ANEXO 4D Como efectuar uma análise dos registos

1. Antecedentes

A finalidade de uma análise dos registos é recolher informação sobre os casos internados numa unidade de saúde durante um período específico (explicar que essa informação será usada para determinar o que causou o surto ou o aumento do número de casos):

- Qualquer serviço de internamento com **mais de 10 camas de hospital**. Dar prioridade a unidades de saúde governamentais.

- Grandes hospitais de referência ou universitários com enfermarias pediátricas que recebam doentes transferidos de outras unidades de saúde.

- Pequenos hospitais ou unidades de saúde que sirvam zonas remotas e populações de alto risco. Por exemplo, grupos nómadas, refugiados ou áreas sem serviços de saúde regulares programados.

2. Reunir com o pessoal da unidade de saúde e explicar a finalidade da análise

Explicar aos funcionários superiores da unidade de saúde a finalidade da análise. Essa informação ajudará o distrito e a unidade de saúde a determinar as acções mais adequadas para limitar o surto e evitar que ocorram futuros casos. Salientar que a actividade é um exercício de pesquisa de informação e que não se trata de uma análise do desempenho dos profissionais de saúde.

3. Preparar a realização da análise

Preparar o momento oportuno para proceder à análise, para que o pessoal que irá ajudar esteja presente e disponível para auxiliar ou responder a perguntas.

4. Identificar fontes de informação

Durante a visita, em função das doenças ou condições prioritárias ou das ocorrências sob investigação, verificar os registos dos doentes internados nas enfermarias pediátricas e de doenças infecciosas. O registo dos internamentos nas enfermarias pediátricas é uma boa fonte porque disponibiliza a lista de todas as crianças internadas na enfermaria. Os relatórios-síntese

anuais nem sempre são rigorosos e os registos dos doentes do ambulatório muitas vezes apenas incluem um diagnóstico provisório.

Analisar o sistema e procedimentos usados pelos profissionais de saúde para registar a informação nos registos dos diagnósticos. Certificar-se de que a informação necessária para investigar quaisquer casos suspeitos está disponível. No mínimo, o registo deverá incluir:

- nome e local de residência do doente
- sinais e sintomas
- data da manifestação dos sintomas e resultados (por exemplo, data da morte, se for relevante)
- condição vacinal, se for adequado à doença em questão.

Se a unidade de saúde não guardar pelo menos esta informação, conversar com os funcionários superiores acerca do modo de reforçar a manutenção dos registos para que seja recolhida a informação mínima necessária.

5. Realizar a análise dos registos na data e horário marcados

Ir para a enfermaria escolhida na hora marcada. Durante a visita, procurar na unidade de saúde registos de casos e mortes que possam constituir casos suspeitos de doenças prioritárias. Deverá tratar-se de casos ou mortes que correspondam à definição de casos padrão para casos suspeitos. Verificar se esse caso suspeito foi investigado e feita a notificação de acordo com as orientações nacionais.

6. Registar numa lista linear os casos suspeitos encontrados

Registar a informação sobre os casos suspeitos. Esta informação será usada durante as actividades de investigação.

7. Dar feedback ao pessoal da unidade de saúde

Reunir com o supervisor da unidade de saúde e discutir os resultados da actividade. Aproveitar a oportunidade para analisar certas características do tratamento do caso da doença que possam ajudar o pessoal de saúde dos serviços. Reforçar a importância da imediata notificação e investigação do caso, como instrumento de prevenção de doenças e condições prioritárias.

8. Notificar ao nível seguinte qualquer caso suspeito

Notificar o caso suspeito de acordo com os procedimentos locais. Investigar mais profundamente o caso para determinar os factores que colocaram o doente em risco para essa doença ou condição. Planear uma resposta adequada ao caso.

ANEXO 4E Ficha de registo dos contactos[2]

Ficha de Registo de Contactos[1] preenchida por ……

Nome do doente …….…….. Número do doente (se atribuído) ……..

Endereço do doente ……. Chefe ou líder comunitário…. …….…….

Distrito/ Cidade ……. …... Província/Região …….…….

Hospitalizado ……. / Encontrado na comunidade …. Se hospitalizado, Hospital …… Data do Internamento:…… ……..

Apelido	Outros Nomes	Relação com o caso	Idade (anos)	Sexo (M/F)	Chefe de Família	Aldeia/ Bairro	Chefe ou líder comunitário	Distrito/ Cidade	Tipo de Contacto (1, 2 ou 3, listar todos)	Data do último contacto	Última data de follow-up	1ª Visita	Resultado

[1] Contactos são definidos como pessoas que:
1 –dormiram na mesma casa com um caso ou um caso suspeito no espaço de 3 semanas
2 – tiveram contacto físico directo com o caso (morto ou vivo)
3 - tiveram contacto físico com a roupa ou fluidos corporais do doente
4 – tenham comido ou tocado num animal doente ou morto.

ANEXO 4F Formulário de detecção de contactos (follow-up)

Formulário de detecção de contactos – por Aldeia Equipa ……. Nome do Voluntário……

Aldeia ……..... Chefe ou líder comunitário ……
Distrito/Cidade …….. Província/Região ……

CN	Nome de Família	Primeiro Nome	Idade	Sexo	Data último contacto	Dia do Follow-up																				
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Registar “O” se o contacto não teve febre nem hemorragia
Registar “X” se o contacto faleceu ou teve febre e/ou hemorragia (completar o Formulário de Investigação de Casos e, se estiver vivo, transferir para o hospital).

Secção 5

Preparar a resposta aos surtos e outras ocorrências de saúde pública

Esta secção descreve como:

- Criar uma comissão distrital de gestão de saúde pública
- Criar uma equipa distrital de resposta rápida às emergências
- Preparar um plano de preparação e resposta às epidemias
- Preparar uma reserva de contingência de medicamentos, vacinas, reagentes e material
- Executar mapeamentos de riscos, em caso de surtos e ocorrências de saúde pública

5.0 Preparar a resposta aos surtos e a outras ocorrências de saúde pública

Uma emergência de saúde pública, como um surto agudo ou uma ocorrência de saúde pública, exige uma resposta imediata. Estar preparado para detectar e responder a uma ocorrência dessas é um dos principais papéis do distrito. Exemplos de preparação antecipada incluem: identificar membros-chave de uma equipa de gestão de ocorrências, mapear os recursos disponíveis e calcular e comprar o material necessário. Se estes passos forem cumpridos antes de uma ocorrência, o sistema de saúde terá condições para funcionar rapidamente, de forma eficaz e eficiente para prevenir mortes ou incapacidades desnecessárias devidas à emergência.

Esta secção descreve os passos para organizar actividades de preparação no distrito. Essas actividades devem ser realizadas através do sistema de saúde e podem ser guiadas por um plano de preparação nacional. O plano deve conter os papéis e responsabilidades de uma Comissão de Gestão das Emergências de Saúde Pública e Equipas de Resposta Rápida de emergência, a nível nacional, regional e distrital/estatal/provincial. As orientações de preparação nacional são seguidas ao nível distrital, de modo a desenvolver planos de contingência e outras actividades de preparação.

5.1 Criar uma comissão distrital de gestão das emergências de saúde pública

As comissões de gestão das emergências de saúde pública (PHEMC), a nível distrital, trabalham em conjunto com os seus equivalentes a nível provincial/regional e nacional, de modo a planear e monitorizar a implementação de planos de emergência para a saúde pública. As PHEMC são comissões coordenadoras, compostas por membros técnicos e não técnicos da saúde e outros sectores. O papel da PHEMC é desenvolver e supervisionar a implementação das estratégias de preparação, planos de acção e procedimentos de emergência.

5.1.1 Identificar as funções da comissão de gestão das emergências

A comissão distrital de gestão das emergências de saúde pública deve-se reunir para elaborar o plano de preparação e resposta às emergências do distrito. Assim que o plano esteja preparado, a comissão deve revê-lo e actualizá-lo periodicamente, como resposta a quaisquer alterações nas situações técnicas, administrativas ou epidemiológicas do distrito.

As principais funções da comissão distrital de gestão das emergências de saúde pública são:

- Elaborar um plano distrital de preparação e resposta às emergências que tenha em conta todas as possíveis situações de emergência, incluindo surtos de doenças e detecção de outras ocorrências ou perigos emergentes da saúde pública.

- Criar um plano de comunicação da comunidade, para partilhar informações com as comunidades antes, durante, e depois de quaisquer emergências relacionadas com a saúde pública. O plano também deverá incluir um plano de disseminação da informação para o público e comunicação social, relativamente às actividades conduzidas para a preparação e durante a resposta à emergência. O plano também deverá incluir actividades de coordenação com parceiros relevantes nos vários sectores, incluindo pontos de entrada e quaisquer outros postos de notificação necessários.

- Mobilizar recursos para a prevenção e controlo de emergências, incluindo a compra de material de resposta e comunicação. Planear a monitorização do uso de recursos antes, durante e após a ocorrência das emergências.

- Apoiar a compra de reservas de materiais de emergência dentro do distrito.

- Melhorar a ligação com informadores de vigilância da comunidade, de modo a assegurar o fluxo de dados na detecção precoce de ocorrências de saúde pública.

- Coordenar actividades de mapeamento de riscos da comunidade dentro do distrito e assegurar que todos os postos de notificação estejam cientes do uso de limiares, para notificar surtos ou ocorrências graves.

- Coordenar a formação da comunidade e do pessoal das unidades de saúde e do distrito, no domínio da preparação e respostas às emergências.

- Planear, periodicamente, a execução de actividades de simulação de resposta às emergências, ao nível do distrito e da comunidade.

- Coordenar a avaliação da pós-emergência e planear a divulgação dos resultados pelas comunidades afectadas.

5.1.2 Identificar membros para as PHEMC

As PHEMC devem ser organizadas de modo a incluir uma mistura de representantes das organizações públicas, não-governamentais (ONG) e dos sectores privados.

Os participantes do sector público podem incluir:

- Administrador do distrito ou equivalente
- Comandante da polícia do distrito
- Representante cívico ou da comunidade do distrito (por exemplo, o chefe do distrito)
- Director dos serviços distritais de saúde
- Enfermeiro de saúde pública do distrito
- Funcionário de controlo de doenças do distrito
- Funcionário de saúde ambiental do distrito
- Funcionário médico ou clínico do distrito
- Peritos veterinários e peritos da vida selvagem
- Técnico ou tecnólogo do laboratório distrital.

De organizações não-governamentais com prestações de cuidados de saúde no local, devem incluir-se representantes de:

- Programas de saúde comunitários e hospitais das missões
- Cruz Vermelha, Crescente Vermelho ou quaisquer outras agências semelhantes que trabalhem no local.

Do sector privado, é necessário envolver a participação de:

- Funcionários clínicos ou de enfermagem de hospitais, clínicas ou laboratórios privados
- Farmacêuticos ou químicos.

5.1.3 Reunir regularmente antes e durante uma ocorrência de saúde pública

Quando não existir uma ***epidemia***, a PHEMC deve:

- Reunir-se para rever as tendências das doenças do distrito, bem como as actualizações do processo de preparação adoptado pelo distrito
- Rever o nível de preparação no início de cada estação de epidemias (por exemplo, antes do período em que os casos de meningite começam a aumentar)
- Partilhar as conclusões e recomendações destas reuniões com as autoridades, a nível regional e nacional.
- Organizar exercícios/treinos de simulação para testar os planos da operação.

Durante uma ***resposta a emergências ou surtos***, a comissão de gestão das epidemias deve:

- Reunir-se assim que a epidemia ou ocorrência for reconhecida
- Verificar a necessidade e pedir o apoio da PHEMC regional ou nacional ou das Equipas de Resposta Rápida, quando necessário
- Reunir-se diariamente no início de um surto ou epidemia e semanalmente, enquanto a resposta à epidemia está a decorrer ou quando necessário.
- Rever regularmente a resposta à epidemia e tomar a iniciativa, de modo a melhorar as acções de controlo da epidemia, como indicado.
- Documentar e comunicar as acções de resposta à epidemia ao nível superior seguinte.

5.2 Criar uma equipa distrital de resposta rápida às emergências

Uma Equipa de Resposta Rápida é uma equipa técnica, multidisciplinar, que está prontamente disponível para uma rápida mobilização e deslocação em caso de emergência.

5.2.1 Identificar membros da equipa distrital de resposta rápida às epidemias

Os membros da Equipa Distrital de Resposta Rápida às Epidemias (EDRR) devem incluir:

- Um epidemiologista ou funcionário de saúde pública (o funcionário de controlo das doenças, por exemplo)
- Tecnólogo ou técnico de laboratório
- Médico hospitalar
- Funcionário de saúde ambiental
- Peritos de gestão veterinária ou peritos de gestão da vida selvagem
- Outros, com base na disponibilidade do pessoal técnico e de acordo com a especificidade do surto (por exemplo, peritos em envenenamento industrial ou ocorrências químicas).

5.2.2 Identificar papéis e responsabilidades da equipa distrital de resposta rápida

- Investigar rumores, surtos notificados e outras emergências de saúde pública
- Propor estratégias apropriadas e medidas de controlo, incluindo actividades de comunicação dos riscos.
- Coordenar acções de resposta rápida com parceiros e outras agências.
- Iniciar a implementação das medidas de controlo propostas, incluindo a formação de capacidades
- Preparar relatórios de investigação detalhados
- Contribuir para a avaliação final da resposta ao surto.

5.3 Criar um plano de preparação e resposta às epidemias

O objectivo do plano é fortalecer a capacidade de resposta rápida do distrito em caso de ser detectado um surto agudo ou outra ocorrência de saúde pública.

Este plano deve:

- Ser baseado nas avaliações de risco do distrito e deve especificar os recursos disponíveis para a preparação e resposta a uma epidemia.
- Ter em consideração as doenças de potencial epidémico do distrito e distritos vizinhos.
- Fornecer estimativas sobre a população em risco de contrair doenças de potencial epidémico e outras emergências de saúde pública.
- Indicar, claramente, em cada surto suspeito, qual o laboratório de referência que será usado para confirmação.
- Fornecer estimativas sobre as quantidades de medicamentos, vacinas e material necessários para cada doença de potencial epidémico que possa ocorrer no distrito.
- Ser testado antes da sua implementação.
- Incluir os procedimentos operacionais padrão (POP) no plano de treino.

Principais secções do plano de preparação e resposta às epidemias:

1. Comissões de coordenação designadas
2. Epidemiologia e vigilância, incluindo gestão de dados
3. Passos para executar uma estratégia de comunicação de riscos, incluindo mobilização social
4. Acções operacionais de acordo com as fases previstas da epidemia
5. Laboratório: colheita, tratamento, transporte e processamento de amostras
6. Gestão dos casos, tratamentos (antiviral, antimicrobiano, descontaminação, desinfecção ou outros como indicado) e controlo das infecções
7. Tratamento profiláctico pré e pós exposição
8. Estratégias de vacinação
9. Actividades de contenção rápida e métodos adicionais se a contenção rápida falhar
10. Formação de capacidades, incluindo a formação necessária, reuniões de sensibilização e simulações
11. Logística, incluindo as listas de material
12. Ambiente, água e saneamento
13. Monitorização do surto ou ocorrência.

5.4 Preparar uma reserva de contingência de medicamentos, vacinas, reagentes e material

Os surtos e outras emergências de saúde pública necessitam de uma rápida mobilização de recursos como vacinas, medicamentos e material de laboratório. É prudente estabelecer e preparar o armazenamento de materiais antes que aconteça uma emergência.

Os distritos devem possuir uma reserva de contingência de medicamentos, vacinas, reagentes e material na sequência da actividade de avaliação de riscos para a saúde pública, de modo a permitir a gestão rápida e sem demora dos primeiros casos, antes que chegue o apoio dos níveis superiores. Também é necessário monitorizar regularmente e de forma cuidadosa essa reserva de contingência, de modo a evitar escassez ou expiração dos prazos de validade de medicamentos, vacinas, reagentes e material. Exemplos de instrumentos de gestão de reservas estão incluídos nos anexos no final desta secção.

O conteúdo da reserva de contingência varia consoante a natureza das doenças de potencial epidémico e o risco de surtos no distrito. As actividades de avaliação de riscos ajudam a desenvolver uma lista de materiais que devem ser armazenados a nível do distrito e da comunidade. Uma lista dos medicamentos e material de contingência sugeridos está disponível no Anexo 5A, no final desta secção.

5.4.1 Fazer a gestão da reserva como resposta aos surtos

Manter uma reserva segura de material e equipamento, para responder a um surto ou a uma ocorrência de saúde pública.

Utilizar uma lista de verificação do inventário, como a apresentada no Anexo 5B, para averiguar qual o material já disponível a ser utilizado, durante uma actividade de resposta. Se o material já estiver disponível, determinar se pode ser colocado de parte para ser usado durante uma resposta. Se não estiver disponível, determinar se pode ser comprado ou requisitado através do sistema nacional de compras.

Periodicamente, por exemplo, de 4 em 4 meses, confirmar se o material está seco, limpo e pronto a ser utilizado.

No mínimo, executar as seguintes tarefas (relevantes para cada nível), para estimar o material necessário, inventariar o que estiver disponível e planear a compra de artigos essenciais a usar numa resposta.

1. Fazer uma lista de todo o material necessário para levar a cabo a vigilância, nomeadamente produtos de laboratório e equipamento de resposta, que permitam detectar e responder às doenças, condições e ocorrências prioritárias. Ter em consideração:
    a. Formulários
    b. Reagentes e material de laboratório
    c. Material para a gestão dos casos e intervenção no terreno.
2. Fazer um inventário e anotar a quantidade de cada artigo disponível.
3. Completar e actualizar de forma regular a folha de balanço de cada artigo.
4. Observar os prazos de validade e executar as melhores práticas logísticas para embalar, enviar, armazenar e descartar materiais e equipamentos.
5. Estabelecer uma quantidade necessária ou mínima para cada artigo, que seria necessário estar disponível, de modo a cumprir uma actividade de investigação ou resposta. Ter em consideração factores logísticos e epidemiológicos ao estabelecer as quantidades mínimas.
6. Monitorizar a quantidade da reserva, em relação à quantidade necessária estabelecida.
7. Notificar, de forma regular, a situação da reserva da IDSR. Ver o Anexo 5C, para observar um exemplo de uma transacção de um artigo de reserva e de uma folha de balanço.

5.5 Mapeamento de riscos em caso de surtos e outras ocorrências de saúde pública

As actividades de preparação devem ser contínuas e actualizadas periodicamente. Isto inclui a avaliação dos riscos (na área de captação), com potencial para afectar a saúde da comunidade. Estas actividades de avaliação de riscos podem incluir a avaliação das fontes de água potável ou métodos de armazenamento de alimentos. Regularmente, uma vez por ano, por exemplo, avaliar esses riscos e registar essa informação num mapa. Isto é informação útil aquando da consideração de material, transporte e outros recursos necessários a uma resposta.

O mapeamento de riscos deve ser alargado a todos os riscos de saúde pública especificados no RSI (2005), incluindo químicos, zoonóticos, radiológicos e nucleares.

Anexos à Secção 5

ANEXO 5A Componentes essenciais dos stocks para responder a surtos

ANEXO 5B Relatório de situação dos stocks

ANEXO 5C Ficha de transacção e de balanço de componentes de um stock da IDSR

ANEXO 5A Componentes essenciais dos stocks para responder aos surtos

Componentes essenciais de stocks para responder a surtos				
Medicamentos	**Desinfectantes, Insecticidas e Raticidas**	**Material**	**Vacinas**	**Equipamento**
Benzilpenicilina	**Desinfectantes**	Seringas auto-destrutíveis	Vacinas da meningite AC	Sacos para cadáveres
Ciprofloxacina	Cloro a 2%	Seringas auto-destrutíveis	Vacinas da meningite ACW135	Baldes
Diazepam	Lixívia	Mosquiteiros de cama	Vacinas conjugadas da meningite	Kits de campismo
Doxiciclina	Hipocloreto de Cálcio	Equipamento de protecção pessoal (ver Anexo 4D)	Vacinas da cólera	Velas
Medicamentos para cuidados de apoio	Cresol	Material de laboratório (ver Anexo 4C)	Anatoxina tetânica	Computador
Eritromicina	Hipocloreto de sódio	Redes mosquiteiras	Febre amarela	Recipientes
Ácido nalidíxico	**Pesticidas**	Tubos nasogástricos 2.7 mm OD, 38 cm	Outras vacinas	Equipamento de cozinha
Cloranfenicol oleoso	Cipermetrina	Tubos nasogástricos 5.3 mm OD, 50 cm		Combustível
Sais de Reidratação Oral	Malation	Agulhas		Lanternas
Paracetamol	Permetrina	Kits de aplicação intravenosa (tamanhos diferentes)		GPS
Penicilina V	**Raticidas**	Colheres de chá		Candeeiro de querosene
Soro de reidratação:	Brodifacoum	Pulverizadores (bomba e difusor)		Lab: ver anexo 5A
Ribavirina	Bromadione			Candeeiros
Lactato de Ringer				Mapas
Estreptomicina				Parafina
Tetraciclina				Telefones
Trimetroprim /sulfametoxazole				Folhas de plástico
				Gerador
				Rádio
				Pulverizadores

ANEXO 5B Relatório de situação dos stocks

Vigilância, Preparação e Resposta às Epidemias: Relatório de Situação de Stocks						
Ano:						
Relatório diário (dia/mês/ano):						
Período de notificação:						
Nome do posto de notificação:						
Distrito:						
Província:						
País:						
Descrição dos itens	***Stock inicial***	***Quantidade recebida***	***Stock total***	***Quantidade saída***	***Balanço do stock***	***Observações, decisões e recomendações***
Título, Nome e Função do Responsável:						

ANEXO 5C Ficha de transacção e de balanço dos componentes de um stock da IDSR

Ficha de transacção e de balanço dos componentes de um stock da IDSR																	
Nome do Laboratório ou Armazém	Descrição do Componente (Nome)	Apresentação (unidade de compra)	Prazo de validade	Fabricante	Número do lote	Localização no armazém	Carta de porte	Número de atribuição	Custo do frete e das operações (US$)	Data da transacção (Dia/Mês/Ano)	Quantidade recebida	Doador ou Fornecedor	Quantidade saída	Destino ou Beneficiário	Balanço do Stock	Assinatura (Nome e função)	Observações/ Comentários
															0		Inventário
Usar uma ficha por cada componente do stock e a																	

Secção 6

Responder aos surtos e outras ocorrências de saúde pública

Esta secção descreve como:

- Convocar a comissão distrital de gestão das emergências de saúde pública e seleccionar a resposta apropriada de saúde pública
- Mobilizar as equipas de resposta para uma acção imediata
- Implementar as actividades de resposta
- Apresentar regularmente relatórios de situação sobre os surtos e ocorrências
- Documentar a resposta

6.0 Responder aos surtos e outras ocorrências de saúde pública

A finalidade da Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças é usar os dados para as acções de saúde pública. Quando se detecta um surto, uma ocorrência ou condição aguda de saúde pública, deve fazer-se uma investigação, para determinar a causa do problema. Os resultados da investigação devem ser usados para seleccionar a resposta a dar. A maioria dos programas de prevenção e controlo das doenças promovem acções de resposta recomendadas, tais como conduzir uma campanha de vacinação em massa para uma doença evitável pela vacinação, reforçar o apoio nutricional e as práticas de alimentação das crianças com malnutrição ou administrar tratamentos com antipalúdicos, antibióticos ou antivirais, conforme o caso. As respostas bem sucedidas são levadas a cabo com a participação das comunidades, incluindo, frequentemente, uma componente de educação das comunidades e de mudança de comportamentos. Independentemente da resposta específica recomendada, o papel do distrito na selecção e implementação de uma resposta recomendada é essencial, para salvaguardar a saúde e o bem-estar das comunidades do distrito.

Como consequência do Regulamento Sanitário Internacional, os distritos estão também envolvidos na resposta a outras infecções, zoonóticas, químicas, radionucleares e outras ocorrências desconhecidas, se forem detectadas.

Esta secção descreve os passos a dar, para conduzir uma resposta de saúde pública, e fornece orientações gerais para acções imediatas de resposta às principais causas de doença, morte e incapacidade. Queria consultar as orientações relevantes da OMS para a resposta a ocorrências químicas e radionucleares.

6.1 Convocar a comissão distrital de gestão das emergências de saúde pública

Quando há confirmação de um surto ou ocorrência, a Equipa Distrital de Gestão Sanitária (EDGS) convoca a comissão de gestão das epidemias de saúde pública, para avaliar e implementar a resposta. Devem dar-se os seguintes passos:

1. Comunicar o surto ou ocorrência ao nível seguinte. É provável que o surto já tenha sido comunicado ao nível seguinte e que a coordenação esteja a ser feita juntamente com a investigação.
2. Aproveitar todas as oportunidades para comunicar com o nível designado que está a fornecer a coordenação da resposta.
3. Solicitar a libertação dos fundos de resposta aos surtos ou ocorrências.

4. Alertar os distritos vizinhos para o surto. Se eles estiverem a ser afectados por um surto semelhante, coordenar com eles os esforços da resposta.
5. Atribuir responsabilidades claras aos indivíduos ou equipas, para a implementação de actividades específicas de resposta.
6. Fornecer orientação ou formação, juntamente com um fornecimento adequado de material relevante, à equipa distrital de resposta e ao pessoal da unidade de saúde.
7. O nível nacional, em colaboração com o distrito, avaliará se a ocorrência é uma potencial ocorrência de saúde pública de preocupação internacional (PHEIC), usando o instrumento de decisão.
8. Rever os recursos existentes, tal como estão definidos no plano de preparação. Determinar que recursos adicionais são necessários. Por exemplo, considerar:
   - Recursos humanos que possam ser mobilizados para gerir a epidemia
   - Fundos de apoio às actividades de resposta
   - Stocks de emergência ou medicamentos necessários e outro material médico
   - Apoio laboratorial para confirmação dos agentes patogénicos responsáveis pelas epidemias. Se o distrito não tiver capacidade para colher, embalar e expedir as amostras, pedir ajuda ao laboratório de referência.
9. Mobilizar o apoio logístico (viagens da equipa de resposta rápida, alojamento, comunicações e outro equipamento essencial)
10. Se não houver material disponível localmente:
    - Contactar o nível provincial ou central, para pedir fornecedores alternativos
    - Pedir emprestado a outros serviços, actividades ou organizações não governamentais que existam na área
    - Identificar substitutos práticos não dispendiosos.

6.1.1 Seleccionar a resposta apropriada de saúde pública

Rever os resultados da investigação e a interpretação da análise dos dados, a fim de seleccionar as actividades de resposta apropriadas, para conter um surto confirmado ou um problema de saúde pública.

Consultar a Secção 9 e as orientações nacionais específicas da doença, para seleccionar as actividades de resposta, que envolvem:

- Medidas de eficácia comprovada, para evitar as mortes ou incapacidades desnecessárias, devidas à causa específica do problema.

- Um misto de actividades, para rápido controlo do problema a curto prazo e para reduzir, a longo prazo, o risco da transmissão em curso, através das actividades de prevenção.
- Participação das pessoas da comunidade, unidades de saúde e distrito.

Por exemplo, as actividades de resposta para determinados surtos ou problemas e ocorrências de saúde pública incluem o seguinte:

- Conduzir campanhas de vacinação, quando tal for recomendado
- Dispensar a quimioprofilaxia e a vacinação indicadas ao pessoal de saúde
- Melhorar o acesso à água potável
- Melhorar a eliminação dos resíduos humanos
- Melhorar as práticas de manuseamento dos alimentos
- Reduzir a exposição aos mosquitos e outros vectores
- Controlar os vectores

6.2 Mobilizar as equipas de resposta para uma acção imediata

As equipas de resposta rápida deverão ter sido identificadas durante as actividades de preparação. Mobilizar as equipas e verificar se a sua composição reflecte as necessidades técnicas da resposta. Consultar, na Secção 5 destas orientações, as recomendações sobre a composição das equipas de resposta rápida, bem como os seus papéis e responsabilidades.

6.3 Implementar as actividades de resposta

Implementar uma resposta significa levar a cabo os passos operacionais, para que as acções se concretizem, conforme planeado. Independentemente das causas específicas do surto ou ocorrência, o êxito da resposta depende do êxito de factores gerais, tais como a gestão dos casos, o fornecimento de material e a formação do pessoal de saúde. Os factores comuns das actividades de resposta seleccionadas, para dar resposta aos surtos ou ocorrências de saúde pública, incluem os seguintes:

6.3.1 Reforçar as medidas de tratamento dos casos e controlo das infecções

Tomar as medidas necessárias, para apoiar melhores práticas clínicas no distrito. Rever as recomendações do Anexo 6A relativas ao tratamento dos casos, durante um surto. Preparar o pessoal de saúde para conduzir essas respostas.

- Verificar, com cada unidade de saúde, se o pessoal clínico conhece e usa os protocolos recomendados para o tratamento dos casos de doença durante um surto.
- Certificar-se de que os clínicos recebem os resultados da confirmação laboratorial, quando necessário.
- Numa grande epidemia, pedir ao médico-chefe de cada unidade de saúde que identifique uma área que possa ser usada para acomodar um grande número de doentes.
- Fornecer procedimentos operacionais padrão que incluam orientações para controlo das infecções.
- Implementar medidas de controlo das infecções e mitigação dos riscos, por exemplo:
    - Criar uma enfermaria de isolamento para as doenças altamente contagiosas (Ébola, Cólera, SARS, etc.)
    - Certificar-se de que o pessoal de saúde tem acesso a medidas de segurança e de protecção pessoal para todas as doenças infecciosas (especialmente a Ébola e a SARS).
- Disponibilizar os medicamentos e o material de tratamento necessários.

6.3.2 Actualizar as competências do pessoal de saúde

Criar oportunidades para que o pessoal de saúde receba informação e actualização sobre a definição de casos de surtos ou ocorrências, os procedimentos para o tratamento dos casos, o processo de notificação e os dados necessários. É fundamental que os membros da equipa de resposta rápida conheçam e tenham acesso ao equipamento de protecção pessoal mais indicado e às práticas de controlo das infecções indicadas para a doença envolvida na resposta. Se existirem requisitos de vacinação para dar resposta a determinada doença ou condição, verificar se o pessoal da resposta rápida está actualizado em relação às vacinas indicadas.

Para actualizar o pessoal de saúde e a equipa de resposta rápida:

1. Fornecer orientações concisas e claras ao pessoal de saúde que participa nas actividades de resposta.
2. Seleccionar tópicos para a orientação ou formação. Realçar o tratamento de casos de doenças específicas, de acordo com as recomendações específicas para a doença. Seleccionar outros tópicos de formação, em conformidade com o risco da exposição a perigos específicos de saúde pública, por exemplo:
    - Melhorar as precauções-padrão (uso de água limpa, lavagem das mãos e descarte seguro de objectos cortantes)
    - Enfermagem barreira e uso de vestuário de protecção
    - Precauções de isolamento
    - Protocolos de tratamento, tais como a administração de sais de reidratação oral (SRO) e o uso de fluidos intravenosos
    - Desinfecção das superfícies, vestuário e equipamento
    - Remoção segura dos corpos.

3. Fornecer formação
    - Orientar ou reorientar o pessoal da comissão distrital de gestão das epidemias, da equipa de resposta rápida e outro pessoal de saúde ou não para a gestão das epidemias, com base na epidemia em presença.
    - Numa situação urgente, muitas vezes não há tempo para uma formação formal. Fornecer formação "em serviço", quando necessário. Certificar-se de que há oportunidade para o médico ou enfermeiro formador observar os formandos, usando competências actualizadas ou novas.
    - Monitorizar o desempenho dos participantes e, se necessário, rever as competências,

6.3.3 Melhorar a vigilância durante a resposta

Durante a resposta a um surto, encorajar o pessoal de saúde, em todas as unidades de saúde, a estar atento na vigilância da doença ou condição. Por exemplo, os membros das equipas de resposta e o pessoal de saúde nas unidades afectadas deverão:

- Procurar outras pessoas que tenham a doença específica e enviá-las para a unidade de saúde ou centros de tratamento ou, se necessário, pôr a casa de quarentena e tratar o doente.
- Assegurar, em devido tempo, a troca de informações laboratoriais com a equipa
- Actualizar a lista de tarefas, fazer a análise dos dados por tempo (epi-curva), pessoa (idade e sexo) e lugar (mapeamento dos casos).
- Monitorizar a eficácia da actividade de resposta ao surto.
- Fazer relatórios diários, no início da epidemia. Quando a epidemia estiver instalada, a comissão pode decidir elaborar os relatórios com uma frequência diferente.
- Localizar e seguir activamente os contactos, conforme indicado

6.3.4 Informar e educar a comunidade

A comunicação eficaz dos riscos é um elemento fundamental para gerir as ocorrências de saúde pública. Quando a população está em risco de uma ameaça real ou potencial à saúde, as opções de tratamento podem ser limitadas, as intervenções directas podem demorar a organizar e os recursos podem ser escassos. Comunicar os conselhos e orientações pode ser, portanto, o instrumento mais importante de saúde pública na gestão de um risco.
Manter as populações informadas para as tranquilizar e encorajar a cooperação na resposta ao surto. Criar mensagens de educação das comunidades, com informação sobre o reconhecimento da doença, a forma de evitar a transmissão e o momento de procurar tratamento. Iniciar actividades de comunicação com a comunidade, logo que seja identificada uma epidemia ou problema de saúde pública.

1. Decidir o que comunicar, consultando as recomendações específicas para a doença na Secção 9. Certificar-se de que inclui:
   - Sinais e sintomas da doença
   - Como tratar a doença em casa, se for recomendado o tratamento em casa, incluindo a preparação de soluções desinfectantes.
   - Comportamentos de prevenção que sejam viáveis e que tenham uma elevada probabilidade de evitar a transmissão da doença
   - O momento de se dirigir à unidade de saúde para avaliação e tratamento
   - Recomendações de vacinação, se as houver.

2. Decidir como formular a mensagem. Certificar-se de que as mensagens:
   - Usam a terminologia local
   - São culturalmente sensíveis e aceitáveis
   - São claras e concisas
   - Se ajustam às tradições locais
   - Referem as crenças sobre a doença.

   No Anexo 6F, no final desta secção, apresentam-se amostras de mensagens de educação das comunidades.

3. Seleccionar os métodos apropriados de comunicação presentes no seu distrito. Por exemplo,
   - *Mass media*, (rádio, televisão, jornais)
   - Reuniões (pessoal de saúde, comunidade, líderes religiosos, políticos e fazedores de opinião)
   - Materiais educativos e de comunicação (cartazes, desdobráveis)
   - Apresentações multimédia (por exemplo, apresentações em filme, vídeo ou diapositivos, acompanhados de narração) nos mercados, centros de saúde, escolas, grupos de mulheres e outros grupos comunitários, organizações de serviços e centros religiosos.

4. Enviar mensagens de educação em saúde aos grupos comunitários e organizações de serviços e pedir-lhes que as divulguem durante as suas reuniões.

5. Enviar mensagens de educação em saúde aos líderes comunitários respeitados e de confiança e pedir-lhes que as transmitam às comunidades.

6. Seleccionar e usar um oficial de ligação da comunidade, um ponto focal ou um profissional de saúde, para actuar como porta-voz para a comunicação social. Logo que o surto tenha sido reconhecido:

   - Informar os *media* sobre o nome do porta-voz, dizendo que será ele que dará todas as informações sobre o surto
   - Fornecer informação aos *media* apenas através do porta-voz, para ter a certeza de que a comunidade recebe informação clara e consistente.

7. Reunir regularmente com o porta-voz da comunidade, para fornecer:
   - Informação frequente e actualizada sobre o surto e a resposta
   - Mensagens sobre saúde que sejam claras e simples e que os *media* possam usar sem que precisem de ser editadas

- Instruções claras, para comunicar aos *media* apenas a informação e as mensagens de educação em saúde provenientes da Comissão de Resposta às Epidemias.

6.3.5 Conduzir uma campanha de vacinação em massa

Colaborar com o gestor do programa nacional de PAV e de controlo das doenças, para conduzir uma campanha de vacinação em massa, se tal for indicado. Começar a planear essa campanha tão cedo quanto possível. A rapidez é essencial numa vacinação de emergência, porque é necessário tempo para obter e distribuir as vacinas.

Determinar a população-alvo para a actividade, com base nos resultados da investigação sobre os casos e os surtos (consultar as orientações do PAV para conhecer as recomendações específicas sobre a administração das vacinas indicadas).

No Anexo 6C, no final desta secção, encontrará uma ficha de trabalho intitulada "Planear uma campanha de vacinação em massa".

Uma ficha de trabalho intitulada "Estimar as necessidades em vacinas para as actividades de vacinação" é apresentada no Anexo 6D, no final desta secção. O Anexo 6E descreve as práticas de vacinação recomendadas a usar durante a campanha de vacinação.

6.3.6 Melhorar o acesso à água potável

Os recipientes que contêm água de beber podem ser o veículo para surtos de doenças, incluindo a cólera, a febre tifóide, a S*higella* e as hepatites A e E. Certificar-se de que a comunidade tem um abastecimento adequado de água potável, para beber e para outros usos. Em baixo apresentam-se as necessidades diárias de água por pessoa, durante situações sem surtos. A necessidade de água é muito maior durante uma situação de epidemia, designadamente nos surtos de doenças diarreicas.

Necessidade diária de água por pessoa *		
	Situação sem surtos	***Durante um surto de doenças diarreicas***
Uso doméstico	20 litros por dia	50 litros
Unidade de cuidados de saúde	40 a 60 litros por dia	50 litros nas enfermarias 100 litros na cirurgia 10 litros na cozinha

**Refugee Health: an Approach to Emergency Situations, Medecins sans Frontieres, 1997 MacMillan

As fontes seguras de água para beber incluem:

- Água canalizada com cloro
- Água tratada com cloro no ponto de uso, para garantir água de beber segura
- Fontes de água protegidas (por exemplo, poços fechados com tampa, água das chuvas recolhida em recipientes limpos)
- Água fervida de qualquer fonte.

Se não existirem fontes locais de água segura, durante uma emergência, será necessário fazer o abastecimento de água a partir do exterior.

Para ter a certeza de que as famílias dispõem de ***água de beber segura em casa*** (mesmo que a fonte seja segura), fornecer:

- Educação às comunidades sobre o modo de obter água de beber segura em casa. Consultar o Anexo 6F, para conhecer exemplos de mensagens às comunidades e referências a orientações de prevenção específicas para preparar água segura em casa.
- Recipientes que evitem a contaminação da água. Por exemplo, fornecer recipientes com boca estreita, para que as pessoas não possam contaminar a água, colocando as mãos dentro do recipiente.
- Os locais para a deposição do lixo, incluindo fezes, devem estar localizados a 30 metros ou mais das fontes de água.

6.3.7 Garantir a eliminação segura do lixo infeccioso

Para garantir que as fezes humanas são descartadas em segurança, a fim de evitar infecções secundárias pelo contacto com substâncias contaminadas:

- Designar equipas, para inspeccionar as áreas locais de deposição dos excrementos humanos. Práticas seguras podem ser a deposição das fezes numa latrina ou o seu enterramento a mais de 10 metros de uma fonte de água.

- Se forem encontradas práticas não seguras, fornecer informação à comunidade sobre a eliminação segura dos resíduos. Construir latrinas apropriadas às condições locais, com a colaboração da comunidade
- Conduzir uma educação eficaz da comunidade sobre práticas de saneamento.

6.3.8 Melhorar as práticas de manuseamento dos alimentos

Certificar-se de que as pessoas manuseiam os alimentos com segurança, não só em casa, mas também nos restaurantes, nos locais de venda de alimentos e nas fábricas. Consultar as normas e medidas de controlo estabelecidas, a nível nacional, para o manuseamento e processamento dos alimentos.

Para garantir a higiene alimentar:

- Ensinar à comunidade as práticas de higiene alimentar, visando o público em geral e os que trabalham na indústria alimentar.
- Visitar restaurantes, vendedores de alimentos, fábricas de embalagem de alimentos, etc., para inspeccionar as práticas de manuseamento dos alimentos e verificar o uso de práticas seguras, tais como a lavagem das mãos, a limpeza e o cumprimento das normas nacionais.
- Fechar os restaurantes, os pontos de venda ou as fábricas, se os resultados da inspecção revelarem práticas não seguras de manuseamento dos alimentos.
- Reforçar os controlos nacionais, se necessário.

6.3.9 Reduzir a exposição a perigos ambientais ou infecciosos

Conforme o surto ou ocorrência, tomar as medidas necessárias para reduzir a exposição aos perigos ou factores que contribuíram para esse surto ou ocorrência. Estes podem ser agentes químicos, físicos ou biológicos. Os requisitos técnicos para reduzir a exposição serão determinados de acordo com a política nacional e através da colaboração com aqueles que têm experiência nessa área. Por exemplo, a exposição ocupacional ou industrial aos metais pesados (por exemplo, o chumbo) requer a coordenação com múltiplos ministérios e parceiros. As intervenções para a educação das comunidades e mudança de comportamentos podem ajudar a comunidade a efectuar mudanças que limitem a exposição a níveis perigosos de substâncias químicas e outros perigos.

Relativamente às doenças transmitidas por vectores, solicitar os serviços de peritos, tais como um entomologista, para conceber intervenções apropriadas que reduzam a exposição aos vectores perigosos (por exemplo, para as doenças transmitidas por mosquitos) e trabalhar com o programa de controlo do paludismo do seu distrito, para:

- Implementar um programa de redes impregnadas de insecticida (ITN).
- Ensinar às comunidades o uso adequado de redes de cama e o modo de evitar as picadas de mosquitos ao crepúsculo e ao amanhecer.
- Promover o uso de ITN localmente disponíveis e de outros materiais impregnados de insecticida (cobertores, roupas, lençóis, cortinas, etc.)

Encorajar a prevenção das ***doenças transmitidas por roedores***, ajudando as pessoas do seu distrito a reduzirem a sua exposição a esses animais. Por exemplo, os roedores podem transmitir o vírus que causa a febre de Lassa ou podem estar infestados de pulgas que transportam a peste. Trabalhar com o funcionário de controlo dos vectores do seu distrito, para incentivar a comunidade a:

- Evitar o contacto com os roedores, urinas, excrementos e outras secreções
- Manter cobertos os alimentos e a água em casa, para evitar a contaminação por roedores
- Manter a casa e a cozinha limpas e arrumadas, para reduzir as possibilidades dos roedores se alojarem na casa.
- Usar produtos químicos (insecticidas, raticidas, larvicidas, etc.) e ratoeiras, conforme necessário, com base numa avaliação ambiental e entomológica.

6.3.10 Garantir a logística e materiais apropriados e adequados

Durante todo o surto, monitorizar a eficácia do sistema de logística e fornecimento de produtos e materiais essenciais. Desenhar um planeamento logístico, para ter a certeza de que os transportes serão usados do modo mais eficaz. Monitorizar a fiabilidade da comunicação entre as equipas durante o surto e, se for necessário, mais equipamento (por exemplo, mais minutos para os telemóveis), tomando medidas para fornecer às equipas aquilo de que elas precisam para levarem a cabo as acções de resposta.

Monitorizar a implementação do surto ou ocorrência é fundamental para o controlo dos surtos. É importante incçuir os resultados da monitorização no relatório da resposta aos níveis de supervisão e aos líderes comunitários e para futura advocacia.

Por exemplo, certificar-se de que existe uma monitorização contínua de:
- Tendências das doenças, para avaliar a eficácia das medidas de resposta, a extensão da epidemia e os factores de risco
- Eficácia da resposta: taxa de casos fatais, incidência
- Implementação da resposta: cobertura do programa, reuniões da comissão de gestão das epidemias, etc.
- Disponibilidade e uso dos recursos, material e equipamento adequados

6.4 Apresentar regularmente relatórios de situação sobre os surtos e ocorrências

Periodicamente, apresentar relatórios sobre os progressos efectuados na resposta aos surtos (consultar o anexo 6G). Fornecer, às comunidades afectadas e às unidades de saúde, a informação desenvolvida pela PHEMC. Nas actualizações da situação, fornecer as seguintes informações:

- Pormenores sobre as actividades de resposta, incluindo datas, locais e pessoas envolvidas em cada actividade. Incluir igualmente a "epi-curva", um cartograma, um quadro de análise de pessoas e uma lista dos casos
- Alterações que tenham sido feitas desde o ultimo relatório
- Alterações recomendadas para melhorar a resposta à epidemia no futuro, tais como uma estratégia de vacinação, para tornar a actividade da vacinação mais eficaz, ou um procedimento de transporte das amostras, de modo a permitir que estas cheguem em boas condições ao laboratório de referência.

Os relatórios de situação serão uma referência importante para avaliar a resposta e elaborar um relatório final. No Anexo 7A da Secção 7, apresenta-se uma sugestão de formato para o relatório. Na Secção 8, encontrará os passos a dar para monitorizar e avaliar uma resposta.

6.5 Documentar a resposta

No final das actividades de resposta, a equipa distrital de gestão sanitária deverá:

- Coligir todos os documentos, incluindo as actas das reuniões, as actividades, o processo, o relatório da epidemia, o relatório da avaliação e outros documentos relevantes.
- Preparar uma lista de capa de todos os documentos acima mencionados.

Isso constituirá uma importante fonte de dados, para avaliar a resposta. Na Secção 8, descreve-se a forma de monitorizar e avaliar as actividades da IDSR.

Anexos à Secção 6

ANEXO 6A Tratar os casos durante um surto

ANEXO 6B Preparar soluções desinfectantes a partir de produtos caseiros normais

ANEXO 6C Planear uma campanha de vacinação de emergência

ANEXO 6D Estimar o material necessário para as actividades de vacinação

ANEXO 6E Práticas de vacinação recomendadas

ANEXO 6F Exemplos de mensagens para a educação das comunidades

- Lavagem das mãos
- Manuseamento seguro dos alimentos
- Deposição segura dos resíduos humanos
- Água de beber potável e armazenamento
- Enterramento seguro dos corpos
- Redução da exposição aos mosquitos

ANEXO 6G Comunicação dos surtos

ANEXO 6A Tratar os casos durante um surto

Usar os medicamentos e os tratamentos apropriados para gerir os casos durante um surto. Em baixo, apresentam-se recomendações para o tratamento a usar numa situação de surto das seguintes doenças:
1. Cólera
2. Disenteria
3. Sarampo
4. Meningite bacteriana.

---

1. Tratar a cólera numa situação de surto

Fonte: *Orientações da OMS para tratamento do doente com cólera, WHO/CDD/SER/91.15*

1. Avaliar o doente, procurando sinais de desidratação. Ver o guia de avaliação em baixo.
2. Administrar líquidos, de acordo com o plano de tratamento apropriado (ver página seguinte).
3. Colher uma amostra de fezes dos primeiros 5 doentes suspeitos de cólera.
4. Administrar um antibiótico oral aos doentes com desidratação grave.

Avaliar o doente, procurando sinais de desidratação	
• Examinar a condição geral do doente: o doente está letárgico, inquieto e irritável ou inconsciente? • Os olhos do doente estão encovados?. • Oferecer líquidos ao doente: o doente não consegue beber ou bebe pouco, bebe ansiosamente, tem sede? • Beliscar a pele do abdómen. A pele recua muito lentamente (durante mais de 2 segundos?) ou lentamente?	
Verificar se o doente tem sinais graves, alguns sinais ou nenhuns sinais de desidratação e administrar mais líquido, de acordo com o plano de tratamento	
Se dois dos seguintes sinais estiverem presentes: • letárgico ou inconsciente • olhos encovados • não consegue beber ou bebe pouco • a pele beliscada recua muito lentamente	**DESIDRATAÇÃO GRAVE*** Administrar líquidos para “desidratação grave” (Plano C)
*nos adultos e crianças maiores de 5 anos, outros sinais de desidratação grave são “pulso radial ausente” e “tensão baixa”.	
Se dois dos seguintes sinais estiverem presentes: • inquieto, irritável • olhos encovados • bebe ansiosamente, tem sede • a pele beliscada recua lentamente	**ALGUMA DESIDRATAÇÃO** Administrar líquidos para “alguma desidratação” (Plano B)

Avaliar o doente, procurando sinais de desidratação	
Se não houver sinais suficientes para classificar como alguma desidratação ou desidratação grave	**SEM DESIDRATAÇÃO** Administrar líquidos ou alimentos para tratar a em casa. (Plano A)

Administrar antibióticos recomendados para tratamento de doentes de cólera gravemente desidratados		
Antibiótico	**Crianças**	**Adultos**
Doxiciclina Uma dose única	–	300 mg
Tetraciclina 4 vezes por dia durante 3 dias	12.5 mg por kg	500 mg
Trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMX) 2 vezes por dia durante 3 dias	TMP 5 mg por kg e SMX 25 mg por kg[2]	TMP 160 mg e SMX 800 mg
Furazolidona 4 vezes por dia durante 3 dias	1.25 mg por kg	100 mg[3]
Eritromicina[4] adultos: 4 vezes por dia durante 3 dias crianças: 3 vezes por dia durante 3 dias	10 mg por kg	250 mg

- Se o doente vomitar quando bebe líquidos, esperar 10 minutos. Depois pedir ao doente que recomece a comer mas mais lentamente.
- Continuar a monitorizar o doente e a substituir o líquido até que a diarreia pare.
- Quando o doente estiver pronto para sair da unidade de saúde, aconselhá-lo a tratar a diarreia em casa.
- Consultar as orientações da AIDI para tratar as crianças menores de 5 anos e as orientações nacionais para mais informações sobre o tratamento da diarreia aquosa aguda e da cólera confirmada.
- A tetraciclina deve ser evitada em crianças menores de 8 anos.

[2] TMP-SMX é o antibiótico de eleição da OMS para as crianças. A tetraciclina é igualmente eficaz. Contudo, em alguns países, não existe para uso pediátrico.

[3] Furazolidona é o antibiótico de eleição da OMS para as mulheres grávidas.

Plano A: Tratar a diarreia em casa

Se os doentes não mostraram nenhuns sinais de desidratação, quando foram examinados, podem ser tratados em casa. Fornecer-lhes uma dose de SRO para 2 dias e explicar-lhes como tomar a solução de SRO, de acordo com a seguinte tabela: aconselhar a mãe a dar-lhes mais líquidos, suplementos de zinco e continuar a alimentá-los.

IDADE	Quantidade de solução após fezes soltas	Fornecer saquetas suficientes de SRO para preparar:
Até 2 anos	50 a 100 ml após fezes soltas	500 ml por dia
2 anos até 10 anos	100 to 200 ml após fezes soltas	1000 ml por dia
10 anos ou mais	Tanta quanto o doente desejar	2000 ml por dia

Plano B: Tratar alguma desidratação com SRO

Na clínica, administrar a dose recomendada de SRO durante um período de 4 horas. Determinar a quantidade de acordo com o peso do doente. Usar a idade do doente apenas quando o peso é desconhecido.

< **Determinar a quantidade de SRO a administrar durante as primeiras 4 horas**						
IDADE ou PESO	**Até 4 meses**	**4 meses até12 meses**	**12 meses até 2 anos**	**2 anos até 5 anos**	**5 anos até 14 anos**	**15 anos ou mais**
Peso em kg	< 6 kg	6 - < 10 kg	10 - < 12 kg	12 - < 19 kg	19 - 30 kg	30 kg ou mais
Administrar esta quantidade de SRO	200 – 400 ml	400 - 700 ml	700- 900 ml	900 -400 ml	1400-2200 ml	2200-4000 ml

- Se o doente quiser mais SRO do que se aconselha, dar mais.
- Para os bebés com menos de 6 meses, que não sejam amamentados, administrar também 100-200 ml de água potável durante este período.
- Dar pequenos sorvos frequentes de uma taça.
- Se o doente vomitar, esperar 10 minutos. Depois, continuar a administrar líquidos, mas mais lentamente.
- Para as crianças que são amamentadas, continuar a amamentação, sempre que o bebé quiser.
- Avaliar os doentes a cada 1-2 horas, para se certificar de que eles estão a tomar devidamente os SRO e para monitorizar a perda de líquidos. Reavaliar por completo o

estado de desidratação do doente após 4 horas e seguir o plano de tratamento adequado para a classificação da desidratação.

Plano C: Tratar rapidamente a desidratação grave

1. Iniciar imediatamente a administração de líquidos por via intravenosa. Se o doente for uma criança e puder beber, administrar SRO pela boca, enquanto decorre a infusão intravenosa. Administrar 100 ml por kg de solução de lactato de Ringer, divididos como se segue:

Para administrar líquidos por via IV:		
	Primeiro:	***Depois:***
A **adultos** (e doentes com 1 ano ou mais), dar 100 ml por kg IV em 3 horas, como se segue:	Primeiro, dar 30 ml/kg, tão rapidamente quanto possível, dentro de 30 minutos	Depois, dar 70 ml por kg durante as 2 ½ horas seguintes
Aos **doentes com menos de 1 ano**, dar 100 ml por kg IV em 6 horas, como se segue:	Primeiro, dar 30 ml por kg na primeira hora*	Depois, dar 70 ml por kg nas 5 horas seguintes

* *Repetir uma vez, se o pulso radial continuar muito fraco ou não for detectável após os primeiros 30 ml por kg.*

2. Reavaliar o doente após os primeiros 30 ml por kg e, depois, em cada 1 a 2 horas. Se o estado da hidratação não melhorar, administrar gotas IV mais rapidamente.
3. Dar também SRO (cerca de 5 ml por kg por hora), logo que o doente possa beber. Isso acontece, normalmente, após 3 a 4 horas nos bebés e após 1 a 2 horas nos doentes com mais de 1 ano.
4. Reavaliar o doente após 6 horas (para os bebés) ou 3 horas (para crianças com 1 ano ou mais). Classificar a desidratação. Depois, escolher o plano apropriado (Plano A, Plano B, Plano C), para continuar o tratamento.
5. Administrar os antibióticos recomendados para o tratamento de doentes de cólera gravemente desidratados. Ver o quadro da página seguinte.
6. Fornecer aos doentes informação sobre os cuidados em casa, antes de eles saírem da unidade de saúde.
    - Se o doente vomitar, quando toma os SRO, esperar 10 minutos e depois continuar a dar líquidos mais lentamente.
    - Continuar a amamentação dos bebés e crianças pequenas.
    - Retomar o tratamento, se o doente tiver um dos seguintes sintomas:
        - Maior número de fezes aquosas
        - Comer ou beber mal
        - Sede acentuada

- Vómitos repetidos
- Febre
- Sangue nas fezes

2. Administrar um antibiótico oral apropriado para surtos de diarreia com sangue devida à *Shigella dysentariae* tipo 1.

Fonte: *WHO Guidelines for the control of epidemics due to S. dysentariae type 1. WHO Geneva. 1995*

	ÁCIDO NALIDÍXICO ☐Quatro vezes por dia durante 5 dias	**CIPROFLOXACINA** ☐Duas vezes por dia durante 5 dias	**COTRIMOXAZOLE** (trimetoprim + sulfametoxazole) ☐Duas vezes por dia durante 5 dias		
PESO	**COMPRIMIDO** 250 mg	**COMPRIMIDO** 250 mg	**COMPRIM. ADULTO** 80 mg trimetoprim + 400 mg sulfameto-xazole	**COMPRIM. PEDIÁTRICO** 20 mg trimetoprim + 100 mg sulfameto-xazole	**XAROPE** 40 mg trimetoprim + 200 mg sulfameto-xazole por 5 ml
Dose de criança					
3 - 5 kg	¼	¼	1/4	2	5,0 ml
6 - 9 kg	½	½	1/2	2	5,0 ml
10 - 14 kg	1	1	1	3	7,5 ml
15 - 19 kg	1	1	1	3	7,5 ml
20-29 kg	2	2	1	6	15 ml
Dose de adulto	**COMPRIMIDO** 250 mg	**COMPRIMIDO** 250 mg	**COMPRIM.** 160 mg TMP +800 mg SMX		
	4 comprimidos	4 comprimidos	2 comprimidos		

3. Administrar vitamina A às crianças com sarampo

- Dar a primeira dose na unidade de saúde ou clínica.

- Fornecer à mãe uma dose para dar à criança, em casa, no dia seguinte.

Fonte: WHO guidelines for epidemic preparedness and response to measles outbreasks, WHO/CDS/CSR/ISR/99.1

IDADE	Cápsulas de Vitamina A		
	200 000 UI	100 000 UI	50 000 UI
Até 6 meses		½ cápsula	1 cápsula
6 meses até 12 meses	½ cápsula	1 cápsula	2 cápsula
12 meses até 5 anos	1 cápsula	2 cápsulas	4 cápsulas

4. Administrar o antibiótico apropriado, nos casos de meningite bacteriana, durante um surto da doença

1. Enviar o doente a uma unidade de saúde para diagnóstico e tratamento.
2. Iniciar um antibiótico imediatamente. O cloranfenicol oleoso por injecção intramuscular é a melhor escolha durante uma epidemia. É muito eficaz e uma dose única é, normalmente, suficiente. Se não for possível o tratamento injectável, administrar amoxicilina ou cotrimoxazole oral ou tratar com um antimicrobiano recomendado pelas orientações nacionais para o tratamento da meningite.
3. Não é necessário isolar o doente. Prestar bons cuidados de apoio e simplificar o tratamento do caso.

Administrar uma dose única de cloranfenicol oleoso

IDADE	CLORANFENICOL OLEOSO INTRAMUSCULAR 100 mg por kg numa dose única. Se o doente não melhorar, dar uma segunda dose 24 a 48 horas mais tarde.	
	Dose em gramas	Dose em mililitros
Adulto: com 15 anos ou mais	3,0 g	12 ml
Criança:10 a 14 anos	2,5 g	10 ml
6 a 9 anos	2,0 g	8 ml
3 a 5 anos	1,5 g	6 ml
1 a 2 anos	1,0 g	4 ml
2 a 11 meses	0,5 g	2 ml
1 a 8 semanas	0,25 g	1 ml

Outros antibióticos recomendados para tratar a meningite

Agente	Via	Dose para adultos	Dose para crianças	Duração do tratamento
Penicilina G	IV	3-4 MU por dia, cada 4-6 horas	400 000 Unidades/ kg	4 dias
Ampicilina ou Amoxicilina	IV	2-3 g por dia cada 6 horas	250 mg por kg	4 dias
Amoxicilina	Oral	2-3 g cada 6 horas	250 mg por kg	4 dias
Cloranfenicol	IV	1 g cada 8-12 horas	100 mg por kg	4 dias
Cefotaxima	IV	2 g cada 6 horas	250 mg por kg	4 dias
Ceftriaxona	IV	1-2 g durante12-24 horas	50-80 mg por kg	4 dias
Ceftriaxona	IM	1-2 g dose única	50-80 mg por kg	1-2 dias

Fonte: Control of epidemic-prone meningococcal disease, WHO practical guidelines, 2nd edition 1998, WHO/EMC/BAC/98.3

ANEXO 6B Preparar soluções desinfectantes a partir de produtos de casa comuns

Durante a resposta a um surto de qualquer doença transmitida por contacto directo com fluidos corporais infecciosos (por exemplo, sangue, urina, fezes, sémen e expectoração), pode criar-se um sistema não dispendioso, usando lixívia doméstica normal.

O seguinte quadro descreve como fazer soluções de cloro 1:10 e 1:100, a partir da lixívia doméstica e outros produtos do cloro.

Usar este produto de cloro	**Para fazer uma solução 1:10 para desinfectar**: -- *Excrementos* -- *Cadáveres* -- *Excedentes de fluidos corporais infecciosos*	Para fazer uma solução **1:100** para desinfectar**:** -- *Mãos com luvas* -- *Mãos nuas e pele* -- *Chão* -- *Vestuário* -- *Equipamento* -- *Roupa de cama*
Lixívia doméstica 5% de cloro activo	1 litro de lixívia para 10 litros de água	100 ml para 10 litros de água, ou 1 litro de solução de lixívia 1:10 para 9 litros de água
Pó ou grânulos de hipocloreto de cálcio 70% (HTH)	7 gramas ou ½ colher de sopa para 1 litro de água	7 gramas ou ½ colher de sopa para 10 litros de água
Lixívia doméstica 30% de cloro activo	16 gramas ou 1 colher de sopa para 1 litro de água	16 gramas ou 1 colher de sopa para 10 litros de água

Para desinfectar o vestuário:

- Desinfectar pronta e profundamente os artigos pessoais do doente e o ambiente circundante, usando um dos seguintes desinfectantes:
  -- Pó de cal clorado
  -- Solução a 1% de cloro
  -- Solução a 1% ou 2% de fenol

- Desinfectar pronta e profundamente o vestuário do doente:
  -- Lavar a roupa com água e sabão
  -- Ferver ou embeber em solução desinfectante
  -- Secar ao sol
  -- Lavar os utensílios com água fervida ou solução desinfectante
  -- Não lavar os artigos contaminados nos rios ou lagos que possam ser fontes de água para beber, nem perto de poços.

ANEXO 6C Planear uma actividade de vacinação de emergência

1. Especificar qual a população-alvo para a actividade de vacinação

2. Estimar as quantidades necessárias de vacinas, diluentes e material de vacinação, como seringas e agulhas esterilizadas, caixas frigoríficas e caixas de segurança

3. Escolher os pontos de vacinação e informar a comunidade.

- **a.** Coordenar com o PAV ou o programa de controlo das doenças do seu distrito, para identificar os pontos onde efectuar as actividades de vacinação.
- **b.** Identificar as unidades de saúde que podem participar na actividade
- **c.** Identificar uma equipa móvel de vacinação, se necessário.
- **d.** Determinar se existem áreas de difícil alcance, por exemplo, um campo de trabalhadores temporários. Identificar uma equipa móvel de vacinação, para chegar a essas áreas.
- **e.** Contactar as unidades de saúde e agendar os pontos de vacinação.
- **f.** Contactar o nível nacional, para solicitar as vacinas. Se não existir um stock nacional de reserva, o gestor do PAV nacional solicitará à OMS um abastecimento de emergência.
- **g.** Certificar-se de que existe capacidade suficiente para armazenar quantidades extra da vacina, durante o armazenamento e transporte para o ponto de vacinação.

4. Seleccionar as equipas de vacinação. Para cada 100 a 150 pessoas previstas no posto da vacinação, é necessário o seguinte pessoal:

- **a.** Um ou dois vacinadores, para administrar as vacinas
- **b.** Um funcionário para fazer o registo nos boletins de vacinação
- **c.** Voluntários para verificar a idade e a situação vacinal.

5. Trabalhar com a sua equipa de PAV, para conduzir um acção de actualização dos vacinadores sobre práticas recomendadas de vacinação.

6. Mobilizar a comunidade. Informar o público acerca da actividade de vacinação de emergência.

7. Organizar o transporte do pessoal para o posto de vacinação.

- a. Planear o transporte para o posto de vacinação e o regresso
- b. Escalar os veículos e planear os custos de combustível e outros
- c. Estimar os custos em subsídios diários (*per diem*) e fazer os preparativos necessários para o alojamento, se o posto de vacinação ficar distante do local de trabalho habitual do agente de saúde.

8. Monitorizar o número de doses de vacina administradas.

ANEXO 6D Estimar o abastecimento em vacinas necessário para as actividades de vacinação

Surto: _____ ***Data da confirmação***: _____

População-alvo: ___ crianças de 0 a 5 anos
___ crianças de 9 meses a 14 anos
___ crianças e adultos de 0 a 30 anos
___ mulheres em idade fértil - 15 a 45 anos
___ todos os adultos e crianças da população em geral

1. Calcular o tamanho da população-alvo. Se a actividade apenas visar uma percentagem da população em geral, estimar o tamanho da população-alvo. Multiplicar a população em geral pela percentagem de crianças ou adultos da população-alvo. Se não souber as taxas exactas de distribuição por idades na sua área, usar as estimativas recomendadas, como se segue:

   - crianças de 0 a 5 anos 20%
   - crianças de 9 meses a 14 anos 45%
   - crianças e adultos de 1 até 30 anos 70%
   - mulheres em idade fértil - 15 a 45 anos 20%

2. Verifique quantas doses deve receber cada pessoa. Registe o número em baixo como o "número de doses recomendadas."

3. Contar com os desperdícios. Usar um factor de desperdício de 20%. Multiplicar o tamanho da população-alvo (ver passo 1) pelo número de doses vezes 1,20.

_____ x	_____ x	1,20 =	_____
Tamanho da população-alvo	*Número de doses recomendadas*	*desperdício*	*Número de doses a encomendar, incluindo o desperdício*

4. Contar com um stock de reserva. Usar um factor de reserva de 25%. Multiplicar o número de doses estimado, incluindo o desperdício vezes 1,25, para obter o número total estimado de doses.

_____ x	1.25 =	_____
Número de doses, incluindo o desperdício	*Factor de reserva*	*Número total estimado de doses*

5. Para obter o número total de frascos de vacinas a encomendar, dividir o número total estimado de doses pelo número de doses contidas no frasco (que está, normalmente, impresso no rótulo e pode ser uma dose, duas doses, cinco doses, dez doses ou vinte doses).

_____ ÷	_____ =	_____
Número total estimado de doses	*Doses por frasco*	*Número total de frascos necessário*

6. Se a vacina exigir um diluente, multiplicar o número de mililitros de diluente por frasco pelo número total de frascos necessários.

_____	x	_____	=	_____
Diluente necessário por frasco		*Número total de frascos*		*Total do diluente a encomendar*

7. Estimar o número de agulhas e seringas esterilizadas que serão necessárias para levar a cabo a actividade. Se forem usadas agulhas e seringas de uso único, encomendar a mesma quantidade que para o número de doses estimado no Passo 4.

8. Por outro lado, estimar o número de seringas de diluição necessárias para preparar a vacina.

Fonte: *Field Guide for Supplementary Activities Aimed At Achieving Polio Erradication*, World Heaslth Organization, Geneva 1997

District guidelines for yellow fever surveillance, Division of Emerging and other communicable disease *surveillance* and control, World Health Organization, Geneva 1998.

ANEXO 6E Práticas de vacinação recomendadas

Trabalhar com a equipa de PAV, para actualizar a formação das equipas de vacinadores que conduzirão a actividade de vacinação de emergência. No mínimo, é preciso que as equipas de vacinadores saibam como:

1. Reconstituir a vacina correctamente:
   - -- Determinar a quantidade apropriada de diluente, para reconstituir a vacina seca congelada.
   - -- Usar uma seringa e uma agulha esterilizadas para cada dose.
   - -- Usando a seringa de diluição, puxar e expelir o diluente várias vezes no frasco que contém a vacina, de modo a misturar devidamente a vacina.

2. Envolver o frasco em folha de alumínio ou cobri-lo com um pano escuro. Assim, o frasco ficará protegido da luz solar.

3. Numa situação de campo, proteger a vacina e o diluente contra a contaminação. Cobrir a extremidade aberta do frasco com folha de alumínio, para o proteger contra o pó e as moscas.

4. Colocar imediatamente os frascos com a vacina reconstituída e os frascos abertos com a vacina líquida numa taça de gelo ou colocá-los de pé sobre um saco de gelo. Manter o gelo e as vacinas à sombra.

5. Seguir a política nacional para a reutilização dos frascos de vacina líquida abertos, como, por exemplo, a DTP.

6. Registar a dose num boletim de vacinas para cada pessoa vacinada, se a política nacional exigir que cada pessoa vacinada tenha um boletim de vacinas.

7. Recolher dados para monitorizar a actividade. Por exemplo, registar o número de doses administradas numa ficha de inventário, para que se possa calcular a cobertura da campanha.

8. Relembrar aos agentes de saúde o risco de apanharem uma doença transmitida pelo sangue, através de uma picada acidental de uma agulha. Rever as práticas seguras para manusear e descartar os instrumentos pontiagudos e as agulhas, usando uma caixa para objectos cortantes.

9. No final da actividade, assegurar o descarte seguro do material de injecção usado. Este pode ser queimado ou enterrado.

10. Dar instruções para o uso de técnicas de injecção seguras. Rever com os agentes de saúde a necessidade de planear as campanhas de vacinação.

ANEXO 6F Exemplos de mensagens para a educação das comunidades

PROMOVER A LAVAGEM DAS MÃOS

A lavagem das mãos com sabão pode ser o meio mais eficaz para evitar a transmissão de alguns organismos que provocam doenças infecciosas. Por essa razão, é preciso promover a lavagem das mãos em todas as famílias. A lavagem das mãos é particularmente importante após a defecação, após limpar uma criança que defecou, após remover as fezes de uma criança, antes de preparar ou manusear alimentos e antes de comer.

A lavagem das mãos é praticada mais vezes quando existe muita água com fácil acesso. Se possível, a água para lavagens deve ser guardada separadamente da água para beber. Durante uma epidemia, deve oferecer-se sabão a quem o não tem. Se não houver sabão, pode usar-se cinza ou terra para esfregar as mãos. Não secar as mãos com panos sujos, depois da lavagem. Secar as mãos molhadas ao ar.

Mensagem:

ESTÁ PROTEGIDO CONTRA A DISENTERIA (diarreia com sangue)?

A lavagem das mãos protege-o a si e aos outros contra a doença.

Lavar *sempre*:

- Após a defecação
- Depois de limpar uma criança que tenha defecado
- Depois de remover as fezes de uma criança
- Antes e depois de comer
- Antes de preparar ou manusear alimentos.

Mensagem:

ESTÁ PREPARADO PARA LAVAR AS MÃOS?

Tem

- Água limpa e sabão (ou, se não tiver sabão, usar cinza ou terra para esfregar as mãos)
- Pano limpo para secar as mãos.

MANUSEAMENTO SEGURO DOS ALIMENTOS

Encorajar as seguintes práticas de segurança alimentar:

- Lavar as mãos com sabão, antes de preparar os alimentos
- Lavar bem a fruta e os vegetais com água limpa, antes de os consumir
- Cozinhar os alimentos, até ficarem completamente quentes
- Comer enquanto os alimentos ainda estão quentes, ou voltar a aquecê-los bem, antes de comer
- Lavar bem todos os utensílios de cozinha e talheres, depois de usados
- Manter os alimentos cozinhados e os utensílios limpos separados dos alimentos não cozinhados e dos utensílios potencialmente contaminados
- Cobrir bem os alimentos.

Mensagem:

PREPARA OS ALIMENTOS COM SEGURANÇA?

Cozinhar mata os germes

- Cozinhar bem todas as carnes, peixe e vegetais
- Comer as carnes, o peixe e os vegetais enquanto estão quentes.

Lavar protege contra as doenças

- Lavar as mãos, antes de preparar ou servir comida
- Lavar os pratos e utensílios com água e sabão
- Lavar muito bem a *tábua de cortar*, com sabão.

Descascar protege contra as doenças

- Comer apenas fruta que tenha sido recentemente descascada (por ex., bananas e laranjas)

MANTER A LIMPEZA: COZINHAR, DESCASCAR ou NÃO COMER.

Cinco chaves para alimentos mais seguros:

- Manter a limpeza
- Separar o cru do cozinhado
- Cozinhar bem
- Manter os alimentos a uma temperatura segura
- Usar água e matéria-prima seguras

Five keys to safer food

Keep clean

- Wash your hands before handling food and often during food preparation
- Wash your hands after going to the toilet
- Wash and sanitize all surfaces and equipment used for food preparation
- Protect kitchen areas and food from insects, pests and other animals

Why?

With most microorganisms do not cause disease, dangerous microorganisms are widely found in soil, water, animals and people. These microorganisms are carried on hands, wiping cloths and utensils, especially cutting boards and the slightest contact can transfer them to food and cause foodborne diseases.

Separate raw and cooked

- Separate raw meat, poultry and seafood from other foods
- Use separate equipment and utensils such as knives and cutting boards for handling raw foods
- Store food in containers to avoid contact between raw and prepared foods

Why?

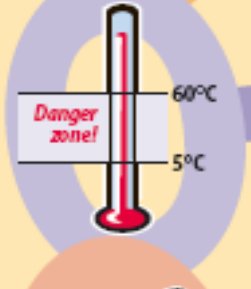
Raw food, especially meat, poultry and seafood, and their juices, can contain dangerous microorganisms which may be transferred onto other foods during food preparation and storage.

Cook thoroughly

- Cook food thoroughly, especially meat, poultry, eggs and seafood
- Bring foods like soups and stews to boiling to make sure that they have reached 70°C. For meat and poultry, make sure that juices are clear, not pink. Ideally use a thermometer
- Reheat cooked food thoroughly

Why?

Proper cooking kills almost all dangerous microorganisms. Studies show that when cooking foods to a temperature of 70°C can help ensure it is safe for consumption. Foods that require special attention include minced meats, rolled meats, large joints of meat and whole poultry.



Keep food at safe temperatures

- Do not leave cooked food at room temperature for more than 2 hours
- Refrigerate promptly all cooked and perishable food (preferably below 5°C)
- Keep cooked food piping hot (more than 60°C) prior to serving
- Do not store food too long even in the refrigerator
- Do not thaw frozen food at room temperature

Why?

Microorganisms can multiply very quickly if food is stored at room temperature. By holding at temperatures below 5°C or above 60°C, the growth of microorganisms is slowed down or stopped. Some dangerous microorganisms still grow below 5°C

Use safe water and raw materials

- Use safe water or treat it to make it safe
- Select fresh and wholesome foods
- Choose foods processed for safety, such as pasteurized milk
- Wash fruits and vegetables, especially if eaten raw
- Do not use food beyond its expiry date

Why?

Raw materials, including water and ice, may be contaminated with dangerous microorganisms and chemicals. Toxic chemicals may be formed in damaged and mouldy foods. Careful selection of raw materials and simple measures such as washing and peeling may reduce the risk.

Food Safety
World Health Organization

Knowledge = Prevention

ELIMINAÇÃO SEGURA DE RESÍDUOS HUMANOS

A eliminação segura de resíduos humanos deve merecer uma elevada prioridade em todos os momentos e, especialmente, durante as epidemias de doenças diarreicas. Com a colaboração da comunidade, devem construir-se sistemas sanitários adequados às condições locais.

As mensagens à comunidade devem realçar o seguinte:

- Todos, incluindo as crianças, devem usar as latrinas devidamente.
- Os excrementos das crianças devem ser transferidos, com uma pá ou enxada, para a latrina ou enterrados num buraco.
- Não se deve defecar no chão, nem perto ou dentro de uma fonte de água.

Quando se juntam grandes multidões, como nas feiras, funerais ou festas religiosas, deve assegurar-se a eliminação segura dos resíduos humanos. Se não existirem latrinas, devem designar-se áreas para a defecação e fornecer uma enxada para enterrar os excrementos.

Mensagem:

ESTÁ PROTEGIDO CONTRA A DISENTERIA (diarreia aquosa)?
USA SANITÁRIOS ou LATRINAS?

Os germes que provocam a disenteria vivem nas fezes. Mesmo uma pessoa saudável pode ter germes da disenteria.

- *Usar sempre* sanitários ou latrinas. Se não os tiver, construa-os!
- Manter *limpos* os sanitários ou latrinas
- *Lavar as mãos* com sabão ou cinza e água limpa, depois de usar os sanitários ou latrinas.

MANTER A LIMPEZA: USAR SANITÁRIOS ou LATRINAS

ÁGUA SEGURA PARA BEBER E SEU ARMAZENAMENTO

- **Abastecimento e armazenamento da água de beber na comunidade**

1. *Água canalizada.* Para manter a segurança, deitar cloro na água canalizada. Para evitar a entrada de água subterrânea nos canos, reparar as juntas com fugas e manter uma pressão constante no sistema.

2. *Poços fechados*. Equipar com uma tábua de drenagem à boca do poço e com uma roldana, molinete ou bomba.

3. *Transporte de água*. Se existir localmente, é provável que a água esteja contaminada e, por isso, a água para beber deve ser fornecida por carros-tanque ou transportada em bidões, se for devidamente clorada e for possível garantir um abastecimento regular. O transporte da água, contudo, é dispendioso e difícil de manter; é, normalmente, considerado uma medida a curto prazo, até se poder criar um abastecimento local.

- **Armazenamento e tratamento, em casa, da água para beber**

Quando a segurança da água para beber for duvidosa, ela deve ser clorada em casa ou fervida.

Para evitar a contaminação da água para beber, as famílias devem armazená-la usando um dos seguintes tipos de recipientes:

1. *Recipientes cobertos*, que são limpos todos os dias e mantidos fora do alcance das crianças e animais. A água deve ser retirada dos recipientes, usando uma concha de cabo comprido, a usar especialmente para esse fim.

2. *Recipientes de bocal estreito*, com uma abertura tão pequena que impede a entrada de uma mão. A água deve ser retirada, despejando-a pela abertura ou bico.

A água usada para banhos, lavagens e outros fins, que não sejam beber, não precisa de ser tratada, devendo ser guardada separadamente da água para beber.

REMOÇÃO SEGURA DOS CORPOS

Os fluidos corporais das pessoas que morrem por uma doença diarreica ou febre hemorrágica viral são infecciosos. Usar extrema cautela na preparação dos corpos de doentes suspeitos de cólera ou febre hemorrágica viral. Encorajar práticas seguras de funeral e enterro.

REDUZIR A EXPOSIÇÃO AOS MOSQUITOS

A luta contra os mosquitos é a principal intervenção para reduzir a transmissão do paludismo. Ela pode reduzir a transmissão do paludismo desde níveis muito elevados até, praticamente, o nível zero. Nas zonas de elevada transmissão, a luta contra os mosquitos pode reduzir significativamente os óbitos maternos e infantis. A protecção pessoal contra as picadas dos mosquitos constitui a primeira linha de defesa para a prevenção do paludismo.

Mensagem:

ESTÁ PROTEGIDO CONTRA AS PICADAS DOS MOSQUITOS?

Sempre que possível,

- Evitar sair entre o crepúsculo e a madrugada, alturas em que os mosquitos, normalmente, picam.
- Usar vestuário de manga comprida e calças compridas, quando sair à noite, e evitar cores escuras, que atraem os mosquitos.
- Aplicar um repelente de insectos na pele exposta (se tiver acesso a repelente)
- Usar protecção nas portas e janelas.
- Usar uma rede tratada com insecticida sobre a cama
- Usar um pulverizador anti-mosquito ou um distribuidor de insecticida (se disponível)

A transmissão do paludismo pode ser rapidamente reduzida, através da pulverização residual interna (IRS) com insecticidas. A IRS funciona durante 3 a 12 meses, dependendo do insecticida usado e do tipo de superfície que é pulverizada.

ANEXO 6G Comunicação de um surto

Introdução

Depois da confirmação e verificação da ocorrência, as autoridades sanitárias primárias e as autoridades do nível distrital devem contactar com as autoridades do nível nacional, para comunicar e receber instruções sobre as posições comuns a passar para a comunicação social.

Desde o primeiro anúncio sobre o surto, a comunicação do nível distrital deve seguir as instruções e as mensagens-chave elaboradas a nível nacional, em consulta com as equipas no terreno, a fim de garantir a consistência e a coerência das informações.

Embora a comunicação deva ser centralmente coordenada, a nível nacional, é certo que a imprensa abordará os níveis de resposta local e distrital de saúde pública, para obter informações, em primeira mão, directamente das fontes.

Por outro lado, o director do hospital do nível distrital deve apoiar a comunicação e fornecer informações científicas como base para a intervenção.

Acções a nível distrital

- Identificar o porta-voz a nível distrital (político e técnico);
- Estabelecer ligação regular com as autoridades nacionais, para lhes dar informações em primeira mão (recebidas a nível da comunidade local, da imprensa e dos interessados a nível local);
- Manter um contacto regular com as autoridades nacionais, para receber mensagens comuns, incluindo orientações e respostas para as perguntas frequentemente recebidas, a fim de alimentar a imprensa local;
- Estar disponível para entrevistas a pedido da imprensa local, para fornecer informação rigorosa, transparente e actualizada do nível nacional, em mensagens-chave simples e claras;
- Organizar encontros com os *media* locais, para lhes fornecer informação regular, segundo as instruções do nível nacional;
- Estabelecer um bom relacionamento com a imprensa local, para partilhar a transmissão à população de mensagens rigorosas, transparentes e oportunas;
- Usar os materiais de informação elaborados a nível nacional, com mensagens claras e consistentes, para fornecer orientações à população;
- Identificar os canais locais mais poderosos, para transmitir a informação à população;
- Reunir regularmente com os interessados, a fim de se divulgarem mensagens correctas de prevenção e vigilância à população;
- Organizar campanhas de prevenção porta-a-porta, para chegar às zonas rurais remotas, e promover a prevenção e vigilância, seguindo as orientações do nível nacional.

Secção 7

Comunicar a informação

Esta secção descreve como:

- Preparar um relatório da resposta a um surto ou ocorrência
- Informar os interessados e a população
    - Elaborar fichas descritivas
    - Comunicar com os líderes e as partes interessadas das comunidades
    - Elaborar e distribuir boletins de saúde pública
- Fornecer *feedback* ao pessoal de saúde
    - Elaborar fichas-síntese de informação
    - Elaborar boletins distritais

7.0 Comunicar a informação

Uma comunicação eficaz é uma função essencial da vigilância. Por exemplo, fornecer aos decisores informação sumária sobre a resposta a um surto permite-lhes verificar como os recursos foram aplicados para conter a ocorrência. Uma comunicação eficaz durante um surto ou uma ocorrência de saúde pública também revela transparência na gestão da ocorrência. Garantir uma boa participação da população na resposta a uma doença ou outro evento de saúde pública depende da prestação de informação e da atenção às preocupações da comunidade.

O *feedback* consiste em comunicar com o pessoal de saúde, a partir de outros níveis, sobre os dados, resultados da sua análise e as medidas tomadas para responder ao potencial evento de saúde pública notificado. O *feedback* visa reforçar os esforços dos agentes de saúde para participarem no sistema de vigilância.

7.1 Preparar um relatório sobre a resposta a um surto ou ocorrência

Depois de se ter concretizado uma resposta a um surto ou ocorrência, o pessoal do distrito que conduziu a investigação deve preparar um relatório. A finalidade desse relatório é documentar como o problema foi identificado, investigado, respondido, qual foi o resultado, a decisão tomada e as recomendações feitas. Não esquecer de enviar uma cópia do relatório para a unidade de saúde que notificou os primeiros casos.

Ver ANEXO 7ª, no final desta secção, onde se apresenta um exemplo de um formato recomendado.

7.2 Informar os interessados e a população

7.2.1 Elaborar fichas descritivas

Fichas descritivas são resumos curtos, de 1 a 2 páginas. Normalmente, são preparadas pelo pessoal de saúde, para serem lidas pela população em geral, e tratam de um único tópico ou mensagem. Por exemplo, uma ficha descritiva sobre um surto de *Shigella*, num determinado distrito, pode conter a seguinte informação para a comunidade: causa da *Shigella*, como se transmite, passos para a prevenção e número actualizado de casos e mortes. As fichas descritivas podem

ser afixadas num expositor ou distribuídas aos grupos comunitários que estão a planear campanhas de educação em saúde.

7.2.2 Comunicar com as comunidades afectadas e as partes interessadas

A coordenação entre os parceiros é essencial, durante a resposta a um surto ou ocorrência. A criação de estruturas e processos de comunicação de rotina, entre os parceiros da saúde e da comunidade, ajuda a assegurar que esse laço vital está disponível e funcional durante uma emergência. As opções de comunicação entre os vários parceiros vão desde o SMS, telefone, mensagem por mão própria, fax, actualizações por correio electrónico e troca de material de comunicação até às comissões mais formais de decisão. Independentemente do mecanismo, deve garantir-se que a atenção será focada numa comunicação transparente e fidedigna, que tome em consideração as experiências da comunidade.

7.2.3 Elaborar e distribuir boletins de saúde pública

Em muitos países, o nível nacional ou a região publicam, regularmente, um boletim nacional de saúde pública. Esses boletins têm um público bastante mais vasto do que apenas o pessoal de saúde de um determinado distrito ou unidade de saúde. Os boletins são, normalmente, curtos (2 a 8 páginas) e são vistos pelos decisores políticos, legisladores e outros decisores. Os boletins são canais valiosos para chegar aos parceiros técnicos e doadores.

Os boletins contêm, pelo menos:

- Um quadro-síntese mostrando o número de casos e mortes notificados, até ao momento, para cada doença prioritária

- Um comentário ou mensagem sobre uma determinada doença ou tópico

Se um boletim nacional de saúde pública for enviado ao escritório distrital, deve ser exposto num local onde toda a gente o possa ver. Fazer cópias para distribuir ao pessoal da unidade de saúde. Na sua próxima visita de supervisão, leve o boletim consigo, para mostrar aos agentes de saúde como os dados que eles enviam contribuem para melhorar a saúde pública.

No Anexo 7B, apresenta-se um modelo para preparar um boletim.

7.3 Fornecer *feedback*

Na maioria dos casos, as unidades de saúde e os distritos enviam, ao nível seguinte, relatórios fiáveis sobre os dados da vigilância, conforme necessário. Mas se a unidade não receber informação do nível seguinte sobre o modo como os seus dados foram usados ou o que eles significavam, o pessoal de saúde poderá pensar que os seus relatórios não são importantes. Consequentemente, os futuros relatórios poderão não ser tão rigorosos, porque os profissionais de saúde não sabem se a informação que enviaram aos outros níveis foi importante ou necessária. Eles compreendem bem a situação sanitária ao seu nível, mas não têm a informação de que necessitam, para caracterizar a situação ao nível distrital ou nacional.

Quando os directores distritais ou nacionais recebem dados, devem responder às unidades de saúde que os enviaram. A finalidade do *feedback* é intensificar os esforços dos agentes de saúde para participarem no sistema de vigilância. Outra finalidade é reforçar os conhecimentos sobre certas doenças e as realizações dos projectos de luta contra as doenças na área.

O *feedback* pode ser dado por escrito, por exemplo, através de um boletim mensal, ou por via oral, através de uma chamada telefónica ou encontros periódicos. Esta secção trata do *feedback* ao nível distrital. Mas a informação pode, igualmente, ser aplicada ao nível nacional ou de unidade de saúde.

7.3.1 Elaborar fichas-síntese de informação

Uma ficha-síntese de informação é um relatório que apresenta dados e sua interpretação, num quadro ou noutro formato gráfico. Por exemplo:

- Numa reunião de pessoal, ou durante uma visita de supervisão, apresentar um relatório verbal ou um comentário sobre os dados que foram enviados pela unidade de saúde, durante um certo período de tempo. Exibir os dados num quadro simples. Sentar-se com o pessoal de saúde e mostrar-lhes os dados. Discutir as conclusões prováveis a que se pode chegar. Considerar as conclusões, não apenas para a unidade de saúde, mas também para todo o distrito, no seu conjunto.

- Preparar uma ficha única, com um quadro simples, que mostre como os dados enviados durante esse período são diferentes dos enviados para outro qualquer período ou população-alvo. Por exemplo, apresentar o número de casos de diarreia com desidratação em crianças menores de 5

anos, em relação ao mesmo período do ano anterior. Compará-los com um período correspondente do ano presente, após a implementação de um projecto de água segura numa área de alto risco, por exemplo.

- Usar as fichas-síntese para justificar os pedidos de fundos, materiais e recursos adicionais feitos aos níveis superiores.

7.3.2 Elaborar boletins distritais

A finalidade de um boletim distrital é fornecer actualizações mais breves do que as apresentadas num comunicado de *feedback* mais pormenorizado. O boletim distrital é útil para informar e motivar o pessoal de saúde.

O público-alvo de um boletim pode ser o pessoal de saúde do distrito. O boletim pode conter 2 a 4 páginas e ser produzido, simplesmente, com um texto feito em computador ou máquina de escrever.

Exemplos de artigos que poderão ser apresentados num boletim são:

- Resumo dos dados nacionais ou distritais para uma determinada doença prioritária
- Relatório dos progressos feitos para uma meta específica de saúde pública
- Relatório de uma realização específica, na área da saúde pública, por um determinado profissional de saúde ou grupo de profissionais de saúde
- Descrição de eventos ou actividades especiais (por exemplo, uma mudança no dia do mercado)

ANEXOS à Secção 7

ANEXO 7A Exemplo de um relatório distrital sobre um surto

ANEXO 7B Exemplo de um boletim de saúde pública

ANEXO 7A Exemplo de um relatório distrital sobre um surto

_____

Título/Descrição (incluir doença/condição investigada)

_____ _____

Período Local (Aldeias, Bairros, Distrito, Província)

Resumo: _____

_____

_____

I. Introdução:

- Antecedentes
- Razões para a investigação (significado para a saúde pública, limiar atingido, etc.)
- Investigação e preparação para o surto

II. Métodos:

- Datas da investigação
- Locais da investigação (unidades de saúde, aldeias, outros)
- Detecção de casos (indicar o que foi feito em relação à detecção de casos, e.g., análise dos registos, investigação dos contactos, alerta a outras unidades de saúde, outros)
- Colheita de amostras de laboratório
- Descrição da resposta e intervenção (incluir datas)
- Tratamento dos dados

III. Resultados:

- Data e local do primeiro caso conhecido (índice)
- Data e unidade de saúde em que o primeiro caso foi observado pelo sistema de cuidados de saúde
- Resultados da detecção adicional de casos
- Análise e resultados laboratoriais
- Em texto, descrever as principais características dos resultados da análise por tempo, local e pessoas
- Resultados pormenorizados por tempo (epi-curva), local (mapa) e características das pessoas (quadros) e listas lineares
- Resultados da resposta e evidências do impacto

IV. Auto-avaliação da pontualidade e qualidade da preparação para a detecção, investigação e resposta a um surto

Preparação para as epidemias

Indicador	Sim	Não
Havia medicamentos e material médico disponíveis no início do surto?		
Os protocolos de tratamento foram disponibilizados aos agentes de saúde?		
A comissão distrital de gestão das epidemias reúne-se regularmente como parte da preparação para as epidemias?		

Detecção do surto

Indicador	Data 1	Data 2	Intervalo
Intervalo entre o início do caso índice (ou ocorrência de um conjunto de casos invulgar ao nível comunitário) [Data 1] e a chegada do primeiro caso de surto na unidade de saúde [Data 2] (Meta: <3 dias)			
Intervalo entre o caso de surto inicial observado na unidade de saúde (ou data da passagem do limiar de surto na unidade de saúde) [Data 1] e notificação à equipa distrital de saúde [Data 2] (Meta: dentro de 24 horas)			
Intervalo cumulativo entre início do caso índice (ou ocorrência de um conjunto de casos invulgar na comunidade ou unidade de saúde) [Data 1] e a notificação ao distrito [Data 2] (Meta: <7 dias)			

Investigação sobre o surto

Indicador	Sim	Não
Os formulários e as listas lineares dos casos foram preenchidos?		
Foram colhidas amostras laboratoriais (se necessário)?		

Indicador	Data 1	Data 2	Intervalo
Intervalo entre a notificação ao distrito [Data 1] e a investigação feita no terreno, a nível distrital [Data 2] (Meta: dentro de 48 horas)			
Intervalo entre o envio de amostras para o laboratório [Data 1] e a recepção dos resultados pelo distrito [Data 2] (Meta: 3-7 dias, dependendo do tipo de teste)			

Resposta ao surto:

Indicador	Data 1	Data 2	Intervalo
Intervalo entre a notificação do surto ao distrito [Data 1] e resposta concreta do distrito [Data 2] (Meta: dentro de 48 horas a partir da notificação)			

Avaliação e *feedback*:

Indicador	**Data 1**	**Data 2**	**Intervalo**
Intervalo entre o fim do surto [Data 1] e a finalização do relatório sobre o surto, com formulário/lista linear dos casos enviados ao nível nacional [Data 2] (Meta: 2 semanas)			

Indicador	**Sim**	**Não**
A comissão de gestão dos surtos reuniu-se para analisar os resultados da investigação?		
Foi dado *feedback* às unidades de saúde e comunidade?		

V. Avaliação de outros aspectos da resposta:

VI. Interpretações, discussão e conclusões:

VII. Acções de saúde pública recomendadas:

Comentar sobre os seguintes níveis: comunidade, unidade de saúde, distrito, parceiros, provincial e nacional

Presidente da Comissão Distrital para as Epidemias:

_____ _____

Nome Assinatura

Delegado Distrital de Saúde:

_____ _____

Nome Assinatura

Data da conclusão do relatório: _____

ANEXO 7B Exemplo de um boletim de saúde pública

MINISTÉRIO DA SAÚDE
BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

Distrito_____ Semana epidemiológica _____ Semana que termina em (data)_____

I. Situação epidemiológica: Semana (inserir aqui o número da semana e a data)

Quadro 1: Situação epidemiológica: Semana____

Doença	Casos	Mortes	Fatalidades (%)	Distritos em alerta	Distritos com epidemia	Semana notificada	Pontualidade (%)	Completamento (%)
D1								
D2								
Dn…								
Total								

Comentários:

Contactar-nos:

II. Síntese da situação epidemiológica (inserir aqui as semanas notificadas)

Quadro 2: Situação epidemiológica: Semanas____

Distritos	Casos	Mortes	Fatalidades (%)	Distritos em alerta	Distritos com epidemia	Semana notificada	Pontualidade (%)	Completamento (%)
D1								
D2								
Dn								
Total								

Comentários:

III. Gráficos (Esta secção apresenta uma representação gráfica dos dados)

IV. Tendências da epidemia

Secção 8

Monitorizar, avaliar e melhorar a vigilância e a resposta

Esta secção descreve como:

- Identificar metas e indicadores
- Monitorizar a qualidade das actividades de vigilância ao nível distrital
- Supervisionar as actividades de vigilância e resposta
- Avaliar o sistema de vigilância e resposta
- Tomar medidas para melhorar o sistema de vigilância e resposta

8.0 Monitorizar, avaliar e melhorar a vigilância e a resposta

Monitorização dos sistemas de vigilância e resposta refere-se ao acompanhamento de rotina e contínuo das actividades de vigilância planeadas (por exemplo, os relatórios são recebidos em devido tempo). A avaliação verifica periodicamente (por exemplo, anualmente) se os objectivos da vigilância e resposta foram atingidos. Tanto a monitorização como a avaliação são usadas para melhorar a vigilância e a resposta.

A secção 3 das presentes orientações descreve como, todos os meses, o pessoal de saúde, responsável pela vigilância na unidade de saúde e no distrito, revê e analisa os dados notificados durante o mês. Todos os meses, eles tiram conclusões sobre:

- A pontualidade e o grau de completamento da notificação de cada nível, e
- A qualidade das actividades de prevenção e controlo de rotina que estão a ser usadas, para que, quando surgirem problemas, os distritos possam responder com acções apropriadas.

A mesma informação também pode ser usada para a monitorização de rotina e a avaliação anual:

- Pontualidade da notificação imediata das doenças, condições ou eventos notificáveis
- Investigações e respostas aos surtos e
- Notificação de rotina de dados sumários.

Quando são detectados problemas no sistema de vigilância e resposta, podem ser tomadas medidas para reforçar o sistema. Fazendo correcções aos problemas identificados, torna-se mais provável que os resultados do final do ano apresentem os efeitos desejados. Por exemplo, usar a monitorização mensal dos dados para fazer uma avaliação no final do ano. Seguem-se perguntas que ajudam a avaliar:

- Os objectivos da vigilância para as actividades existentes estão a ser atingidos?
- Os dados da vigilância foram usados para tomar medidas relativamente à saúde pública?
- As actividades de vigilância, laboratoriais e de resposta tiveram impacto sobre o efeito das ocorrências sanitárias no distrito?

A informação contida nesta secção descreve como monitorizar rotineiramente e avaliar anualmente o desempenho do sistema de vigilância e dos programas específicos das doenças ou de prevenção e controlo das ocorrências de saúde pública.

8.1 Identificar metas e indicadores

Usar indicadores é um método para medir a extensão das realizações de um determinado programa ou actividade. As realizações são comparadas às práticas globais de qualidade-padrão recomendadas. O método pode, igualmente, medir os progressos feitos na implementação de uma meta de um programa global. Por exemplo, um distrito pode ter um objectivo de consecução a 100% do grau de completamento da notificação, num certo período. Pode desenvolver-se um indicador, para medir a proporção ou percentagem dos serviços que fazem a notificação. Essa proporção é depois comparada com o objectivo ou meta pretendida e pode ser usada para avaliar os progressos e, portanto, a qualidade do serviço ou actividade.

Usar indicadores, de acordo com os objectivos nacionais, e especificar planos para melhorar as actividades de vigilância e resposta integradas num distrito. Seleccionar os indicadores, que são mais relevantes para o plano do distrito de melhorar a vigilância este ano, e que fornecerão informação que pode ser usada pelo distrito.

Os indicadores seleccionados poderão ser os seguintes:

- Indicadores para medir a qualidade da vigilância, em geral. Por exemplo, para avaliar a pontualidade e o grau de completamento da notificação, seleccionar como indicador a percentagem de unidades de saúde que enviaram informação de rotina em devido tempo.

- Indicadores para medir a qualidade da vigilância de doenças ou ocorrências específicas de saúde pública (por exemplo, para monitorizar a resposta aos dados da vigilância sobre meningite, seleccionar como indicador a percentagem de unidades de saúde em que foram detectados surtos de meningite – isto é, a taxa foi superior a 15 casos suspeitos por 100 000 habitantes – e que foram confirmados laboratorialmente)

- Podem ser necessários outros indicadores para medir o impacto das intervenções de saúde pública

Os indicadores sugeridos e um gráfico para monitorizar os indicadores essenciais na unidade de saúde encontram-se nos Anexos 8A e 8B. Os indicadores essenciais para o nível distrital encontram-se nos Anexos 8C e 8D, para o nível provincial no Anexo 8E e para o nível nacional no Anexo 8F.

Indicadores para monitorizar o desempenho das funções essenciais da Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta às Doenças

1.	Proporção das unidades de saúde que apresentam semanalmente (ou mensalmente) ao distrito relatórios de vigilância, em devido tempo
2.	Proporção de distritos que apresentam semanalmente (ou mensalmente) ao nível mais elevado seguinte relatórios de vigilância, em devido tempo
3.	Proporção de casos de doenças que são alvo de eliminação, erradicação e quaisquer outras doenças seleccionadas para a vigilância baseada em casos, que foram notificadas ao distrito, usando formulários baseados em casos ou listas lineares
4.	Proporção de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico, notificadas ao nível mais elevado seguinte, no prazo de 2 dias, a partir da passagem do limiar de epidemia
5.	Proporção de distritos em que existe actualmente uma análise das tendências (gráfico de linhas ou histograma) para doenças prioritárias seleccionadas
6.	Proporção de relatórios sobre surtos investigados, que incluem os dados baseados em casos que foram analisados
7.	Proporção de surtos investigados, com resultados laboratoriais
8.	Proporção de surtos confirmados, com uma resposta de saúde pública nacionalmente recomendada
9.	Taxa de casos fatais para cada doença de potencial epidémico que foi notificada
10.	Taxa de ataque para cada surto de uma doença prioritária
11.	Número de epidemias detectadas a nível nacional, que passaram despercebidas ao nível distrital durante o último ano
12.	Proporção de distritos que comunicaram dados laboratoriais relativos a doenças em vigilância
13.	Proporção de laboratórios distritais que receberam, pelo menos, uma visita de supervisão, com *feedback* escrito do nível provincial ou nacional, durante o último ano
14.	Proporção de províncias que notificam mensalmente dados laboratoriais analisados ao laboratório nacional de referência

Indicadores para a monitorização do desempenho das funções essenciais à implementação do RSI (2005)

1.	Proporção de hospitais com requisitos estabelecidos para a prevenção e controlo das infecções (IPC)
2.	Proporção de distritos com riscos de saúde pública e recursos mapeados
3.	Proporção de distritos que notificam informação, usando a vigilância baseada em eventos
4.	Proporção de distritos aos quais as autoridades nacionais forneceram leis ou instrumentos suficientes para a implementação de obrigações, nos termos do RSI
5.	Proporção de distritos com um mecanismo criado para a coordenação dos sectores relevantes na implementação do RSI

8.1.1 Seleccionar dados para a medição dos indicadores

Depois de se terem seleccionado os indicadores relevantes, especificar o numerador e o denominador. Por exemplo, um objectivo de distrito é todas as unidades de saúde manterem linhas de tendências relativas às doenças prioritárias seleccionadas. O numerador e denominador são definidos do seguinte modo:

Indicador: A proporção de unidades de saúde do distrito que mantêm linhas de tendências para as doenças prioritárias.

Numerador: O número de unidades de saúde que mantêm linhas de tendências para as doenças prioritárias.

Denominador: O número de unidades de saúde no distrito.

8.1.2 Garantir a disponibilidade de fontes de dados

Cada nível deve certificar-se de que o nível que supervisiona tem as seguintes fontes de dados disponíveis.

Forma	Unidade de saúde	Distrital	Provincial	Nacional
Quadro de monitorização para observar os indicadores (*Exemplo de quadro no ANEXO 8A.)*	X	X	X	X
Registo de doentes em ambulatório	X			
Registo de doentes internados	X			
Formulários de notificação da unidade de saúde	X			
Formulários de notificação baseada em casos e/ou listas lineares	X	X	X	X
Relatório de investigação sobre o surto	X	X	X	X
Registo diário de suspeitas ou rumores sobre surtos	X	X	X	X
Relatórios de supervisão do distrito e/ou província	X	X	X	X
Relatórios laboratoriais recebidos	X	X	X	X

8.2 Monitorizar a qualidade das actividades de vigilância a nível distrital

Um importante indicador de um sistema de notificação de qualidade é a pontualidade e o grau de completamento em cada nível. Quando os relatórios são enviados e recebidos a tempo, é maior a possibilidade de se detectar um problema e conduzir uma resposta imediata e eficaz. O grau de completamento da notificação descreve se todas as unidades notificadoras enviaram os relatórios, como previsto. Se os relatórios chegarem atrasados ou não forem enviados, a informação agregada relativa ao distrito (ou outra área administrativa) não será rigorosa. Os surtos podem não ser detectados e perder-se-ão outras oportunidades para responder aos problemas de saúde pública.

8.2.1 Monitorizar a detecção e notificação das doenças ou ocorrências imediatamente notificáveis

Monitorizar até que ponto o sistema é capaz de detectar imediatamente as doenças ou ocorrências notificáveis. Monitorizar o intervalo entre a manifestação do primeiro caso conhecido e a data em que o primeiro caso foi observado na unidade de saúde. Se esse intervalo for demasiado longo, afectará gravemente os efeitos em cada doente e alterará a propagação do surto.

Outros intervalos para monitorizar a detecção de doenças imediatamente notificáveis incluem monitorizar a notificação da comunidade à unidade de saúde (nas 48 horas seguintes à manifestação da doença), da unidade de saúde ao distrito (nas 24 horas seguintes) e desde o momento em que o limiar foi alcançado até uma resposta concreta (nas 48 horas seguintes).

8.2.2 Monitorizar a pontualidade e o grau de completamento da notificação mensal

Monitorizar, como rotina, a recepção dos relatórios, para avaliar a pontualidade da notificação e o grau de completamento da informação. Usar um instrumento de notificação, como, por exemplo, um registo dos relatórios recebidos, para monitorizar a pontualidade e o grau de completamento da notificação no seu distrito. Um exemplo de formulário para registar a pontualidade da notificação encontra-se no Anexo 8G, no final desta secção.

Se as datas em que os relatórios foram recebidos forem rotineiramente registadas e examinadas, a eficácia do sistema pode ser facilmente avaliada todos os meses, durante a análise dos dados de rotina e baseados em casos. Por exemplo, usar o registo dos relatórios recebidos para:

- Verificar quantas unidades notificadoras apresentaram os relatórios de um determinado mês
- Identificar as unidades notificadoras que enviaram relatórios
- Ver quantos relatórios chegaram a tempo, i.e., foram apresentados antes do último dia do mês seguinte (por exemplo, os dados relativos a Março recebidos pelo nível seguinte até 30 de Abril).

8.2.3 Identificar problemas e tomar medidas

Se a informação da monitorização revelar que uma unidade de saúde ou outra unidade notificadora não apresentou um relatório ou se o relatório não chegou a tempo, contactar o ponto focal da vigilância nessa unidade. Trabalhar com o

pessoal designado, para identificar o que causou o problema e encontrar as soluções em conjunto (por exemplo, verificar se existe um fornecimento suficiente de formulários ou outro método de notificação, tal como um serviço de mensagens de texto ou radiotelefone). Adicionalmente, perguntar se entrou na unidade algum funcionário novo que não tenha ainda recebido orientações sobre o procedimento de notificação. Ou então, verificar se o pessoal de saúde recebe *feedback* acerca dos relatórios que fizeram e têm os recursos para tomar medidas com base na informação.

Procurar, com a unidade notificadora, as soluções para melhorar a situação. Explicar que, quando a informação é completa, o distrito pode ajudar o pessoal de saúde mais eficientemente na planificação das respostas e na sua execução. Por exemplo, se o problema for a falta de material, o distrito pode usar a informação dos relatórios para advogar junto dos níveis superiores do sistema.

8.2.4 Pontualidade e grau de completamento dos relatórios enviados a outros níveis

Quando enviar os relatórios de rotina sobre o número de casos para os níveis provincial, regional ou nacional, enviar também os dados necessários sobre a pontualidade e o grau de completamento. Isso ajudará os outros níveis a compreender a situação mais facilmente e a avaliar a qualidade dos dados que estão a ser enviados. Por exemplo, se o relatório para o nível central informar que foram detectados, durante o mês, dois casos de sarampo, deverá também incluir a informação sobre o número de unidades de saúde que enviaram relatórios. Quando os outros níveis avaliarem a informação, fará diferença saber se os 2 casos ocorreram com apenas 20%, em vez de 100%, das unidades notificadoras.

8.3 Supervisionar as actividades de vigilância e resposta

A supervisão é o processo de ajudar a melhorar o desempenho no trabalho. A supervisão não é uma inspecção. Pelo contrário, uma boa supervisão pretende manter a boa qualidade dos serviços e não descobrir aquilo que está mal.

Num bom sistema, os supervisores e os profissionais de saúde trabalham em conjunto para analisar os progressos, identificar os problemas, descobrir o que causou o problema e encontrar soluções viáveis.

8.3.1 Preparar a descrição de funções para o pessoal da vigilância

A descrição de funções constitui a base para conduzir a supervisão e avaliar o desempenho. Rever a descrição de funções do pessoal de saúde que trabalha no sistema de vigilância e resposta. Certificar-se de que a descrição de funções inclui:

- As tarefas de vigilância a desempenhar
- A quem o funcionário reporta

8.3.2 Preparar um plano de supervisão

Incluir metas de vigilância e resposta no plano geral da supervisão no seu distrito. Por exemplo:

- Decidir a frequência com que o desempenho do pessoal de saúde deve ser monitorizado. Por exemplo, um distrito pode decidir realizar uma visita de supervisão, pelo menos, 2 vezes por ano, para cada unidade de saúde. Em alguns países, dependendo dos recursos, as visitas de supervisão realizam-se mais vezes (mensalmente, por exemplo).

- Pedir aos supervisores da unidade de saúde que façam um calendário da supervisão que irão realizar, no ano seguinte, às suas próprias unidades e aos postos da comunidade que reportam à unidade.

- Organizar o transporte para a supervisão e para as actividades de vigilância que necessitam de transporte. Por exemplo, coordenar as viagens ou a logística para as visitas de supervisão da vigilância com as visitas feitas por outros programas ou actividades.

- No plano geral, incluir outros postos notificadores na supervisão das actividades distritais de vigilância, nomeadamente clínicas, centros médicos e postos notificadores das comunidades. Se possível, incluir centros de saúde privados.

8.3.3 Usar uma lista de verificação da supervisão

Cada unidade de saúde tem os seus próprios problemas e prioridades, que exigem uma solução e correcções específicas. Para manter uma motivação positiva do pessoal da unidade de saúde, a fim de se efectuarem os melhoramentos,

considerar a elaboração de uma lista de verificação graduada, para orientar a visita de supervisão. Os itens incluídos numa lista de verificação graduada (como a que figura no Anexo 8H) são seleccionados com base naquilo que foi realizado na unidade de saúde, até à data. Por exemplo, quando o serviço atingiu um objectivo (por exemplo, usando as definições de casos padrão de forma consistente), trabalhar com o pessoal da unidade de saúde, para incluir o indicador ou o item seguinte para a monitorização do desempenho (por exemplo, usando limiares para a acção). Rever a lista de verificação da supervisão em conformidade. Usá-la durante as futuras visitas, para ajudar o pessoal de saúde a monitorizar as suas actividades e os progressos efectuados no sentido de um melhor sistema.

Durante a visita, usar uma lista de verificação, para monitorizar até que ponto o pessoal de saúde executa correctamente as funções de vigilância recomendadas. Por exemplo, um funcionário de vigilância distrital que visite uma unidade de saúde, em funções de supervisão, deve verificar o seguinte:

Identificar e registar os casos	Verificar no registo clínico se os diagnósticos correspondem à definição de casos recomendada. Verificar se todas as colunas do registo estão correctamente preenchidas.
Confirmar os casos	Comparar os registos laboratoriais relativos às doenças prioritárias com o número de casos observados na clínica, para o mesmo período de tempo. Por exemplo, comparar o número de casos positivos de paludismo com o número notificado de casos de paludismo hospitalizados.
Elaborar relatórios	Pedir para ver cópias dos relatórios mais recentes para o período de notificação mais recente. Comparar o número de casos de doenças prioritárias que foram notificadas com o número que consta do registo. Comparar a data em que o relatório dos casos foi enviado com a data recomendada para o envio do relatório. Verificar se os relatórios estão completos e são rigorosos.
Rever e analisar os dados	Verificar se as linhas de tendências para as doenças prioritárias estão preparadas e actualizadas. Pedir para ver o "Livro de Análise da Unidade de Saúde", se este for usado

	no seu distrito. Verificar se as linhas das tendências para doenças seleccionadas estão actualizadas.
Preparação	Verificar se existe um abastecimento adequado de stocks de medicamentos de emergência, material e vestuário de protecção.

Nota: No final desta secção, no Anexo 8H, encontrará um exemplo de uma lista de verificação para a supervisão. As perguntas a fazer durante a visita de supervisão podem ser adaptadas ou modificadas, para corresponderem às preocupações específicas e à dimensão dos progressos feitos para instalar um sistema de vigilância integrado no seio da unidade de saúde.

8.3.4 Efectuar visitas de supervisão

Efectuar uma supervisão regular e calendarizada no distrito, para garantir que:

- Existe material apropriado (e.g. formulários, consumíveis) e as definições/orientações de casos padrão necessárias.
- O pessoal de saúde sabe identificar e usar as definições de casos padrão, para registar os casos suspeitos de doenças prioritárias observadas na sua unidade de saúde.
- As doenças prioritárias são registadas, no livro de registos de casos, de acordo com a definição do caso.
- Alguns dados são analisados na unidade de saúde, para identificar os limiares para a tomada de medidas, tanto para as doenças prioritárias rotineiramente notificadas (doenças de importância para a saúde pública) como para as doenças baseadas em casos (doenças de potencial epidémico e doenças visadas para erradicação ou eliminação).
- Os casos notificados de doenças, em relação às quais um único caso constitui uma suspeita de surto, são rapidamente investigados.
- A resposta é dada quando os surtos são confirmados ou quando os problemas são identificados na notificação de rotina.
- As acções de resposta são monitorizadas e a unidade de saúde toma medidas, para melhorar as acções de vigilância e a preparação para a resposta ao surto.

Durante a visita, lembrar-se de:

1. Fornecer *feedback* ao pessoal de saúde. Informar o pessoal de saúde sobre aquilo que está a funcionar devidamente e aquilo que não funciona. Informar também como é que os dados anteriormente notificados foram usados para detectar surtos e tomar medidas para reduzir as doenças, a mortalidade e as incapacidades no distrito. Se forem necessários melhoramentos, discutir as soluções com o pessoal.

2. Fornecer formação em serviço, se necessário, quando se identificar um problema. Por exemplo, durante uma revisão do livro de análise, o supervisor observou que as taxas de casos fatais não foram correctamente calculadas. O supervisor reuniu-se com os agentes de saúde que fazem os cálculos e reviu com eles os passos dados para calcular a taxa.

3. Fazer o acompanhamento dos pedidos de ajuda, tais como o pedido de equipamento ou material para uma resposta de emergência.

4. Se uma solução para um problema pré-existente tiver sido identificada numa visita anterior, verificar se essa solução foi devidamente implementada. Descobrir se ainda há problemas e, se necessário, encontrar outra solução.

8.3.5 Redigir um relatório da visita de supervisão

Incluir no relatório as realizações reconhecidas durante a visita. Indicar também as acções que foram planeadas com o pessoal de saúde e quaisquer pedidos de recursos adicionais, fundos ou problemas especiais.

8.3.6 Usar as visitas de supervisão para melhorar as actividades de vigilância no distrito

As visitas dos supervisores da vigilância e os programas regionais ou provinciais de luta contra as doenças constituem boas oportunidades para discutir e melhorar a luta contra as doenças no seu distrito. Por exemplo, se um funcionário nacional da luta contra o paludismo visitar o distrito, poderão discutir-se as razões pelas quais o número de mortes de doentes internados por paludismo não tem estado a diminuir. Poderá perguntar sobre outras ideias ou recursos que o programa de luta contra o paludismo possa fornecer.

8.4 Avaliar o desempenho do sistema de vigilância e resposta

A finalidade da avaliação é determinar a eficácia do sistema de vigilância e resposta, em termos de oportunidade, qualidade dos dados, preparação, gestão dos casos, desempenho global e uso dos indicadores, para identificar lacunas ou áreas que possam ser reforçadas.
Dependendo do estado de desenvolvimento da vigilância num distrito, seleccionar indicadores para a avaliação que forneçam informação relacionada com as prioridades e objectivos do distrito para o ano visado.

8.4.1 Compilar e organizar dados da monitorização e outros resultados

A ***delegação distrital de saúde*** deve resumir os dados da vigilância, recebidos de todas as unidades de saúde na área de captação, e apresentar o relatório compilado ao nível provincial ou nacional, conforme apropriado. A apresentação do relatório não deve ser retardada até serem recebidos os relatórios de todas as unidades de saúde. Todos os relatórios recebidos devem ser apresentados em devido tempo. Os relatórios atrasados podem ser apresentados quando chegarem. Fazer o *follow up* com as unidades de saúde que não enviaram os relatórios ou que os apresentam sistematicamente com atraso.

Ajudar a unidade de saúde a resolver quaisquer problemas que as impeçam de apresentar os seus relatórios-síntese em devido tempo. Fornecer, regularmente, *feedback* às unidades de saúde acerca dos resultados dos indicadores. O *feedback* é um instrumento positivo para motivar o pessoal de saúde a fornecer pontualmente a informação e dar o seu contributo para o sistema nacional.

O ***departamento provincial de saúde*** deve compilar os dados da vigilância recebidos de todos os distritos da província e apresentar o relatório ao nível nacional. A apresentação do relatório não deve esperar até se obter o último relatório. A província deve compilar e apresentar os relatórios disponíveis em devido tempo. Os relatórios atrasados podem ser enviados separadamente, quando forem recebidos.

O ***nível nacional*** deve compilar os dados da vigilância recebidos de todas as províncias (ou regiões). O nível nacional deve procurar epidemias que não foram identificadas pelos distritos. Fazer o *follow up* com as áreas em que a notificação

continua a ser irregular ou não acontece de todo. Ajudar as províncias a darem assistência aos distritos, quando avaliarem as medições, e a tomarem medidas para melhorar a situação. Fornecer *feedback* a cada um dos níveis acerca dos níveis nacional, provincial, distrital e de unidade de saúde.

Usar um mapa de monitorização, como o da página seguinte, para monitorizar o desempenho dos indicadores ao seu nível. Partilhar esses resultados com o pessoal do seu nível de captação. Dar a conhecer os êxitos alcançados e ajudar o pessoal de saúde a manter esses progressos positivos. Quando existirem problemas, discutir aquilo que está a causar o problema e a forma de o resolver. Se necessário, pedir ajuda ao nível seguinte, para obter mais ajuda ou recursos.

Recolher dados de diferentes fontes. Por exemplo:

- Rever os objectivos para o ano, que estão listados no plano anual do distrito para melhorar a vigilância e resposta.
- Recolher, mensalmente, os resumos de casos e mortes notificados ao distrito, cartogramas e outros resultados da análise efectuada pelo distrito.
- Recolher todos os resultados de inquéritos ou estudos especiais que tenham sido feitos no distrito, durante o último ano.
- Incluir os formulários da investigação de casos e os relatórios das actividades de resposta aos surtos que se realizaram no distrito.
- Recolher informação sumária da comunidade e também do pessoal de saúde.

8.4.2 Analisar os resultados

Ao avaliar os dados resumidos para o ano, devem analisar-se os seguintes pontos:

- Os relatórios estavam completos, eram rigorosos e chegaram a tempo?
- Quais foram as mudanças significativas nas tendências das doenças ou ocorrências durante o ano? Se tiver havido um aumento, o problema foi identificado?
- Se ainda estiverem a ocorrer outros casos, por que é que isso está a acontecer? Onde é que estão a ocorrer?
- Foram tomadas medidas apropriadas e oportunas em resposta aos dados da vigilância?
- As visitas de supervisão realizaram-se conforme planeado e as tarefas de *follow up* foram também desempenhadas conforme planeado?
- A comunidade sentiu que as actividades de resposta foram bem sucedidas?

- Foram tomadas medidas para satisfazer os pedidos ou sugestões do pessoal de saúde sobre os serviços ou a vigilância?
- Foram tomadas medidas apropriadas para evitar ocorrências semelhantes?

8.4.3 Identificar problemas e suas causas

Se ocorreram problemas e o distrito não atingiu uma meta prevista ou não conseguiu o nível desejado de desempenho com qualquer indicador, descobrir o que motivou a diferença entre aquilo que foi planeado e o que realmente ocorreu. Se foi identificado um problema, discutir com a equipa distrital e o pessoal da unidade de saúde, para descobrir quais as possíveis causas do problema.

8.4.4 Actualizar os planos para melhoramentos na vigilância e na resposta

Incluir no plano distrital as actividades bem sucedidas que deverão ter continuidade. Incluir, igualmente, soluções viáveis, seleccionadas na sequência da análise da avaliação anual.
Planear para implementar a solução. Por exemplo:

1. Declarar a nova actividade e seus objectivos.
2. Especificar qual o pessoal que deverá realizar a actividade.
3. Estimar os custos da actividade (se houver).
4. Elaborar um calendário para a actividade. Definir a sequência das actividades numa ordem lógica.
5. Especificar a logística para a nova actividade (equipamento, pessoal, transportes, atribuição de recursos).

8.4.5 Fornecer *feedback* às unidades de saúde acerca da avaliação

Apresentar um relatório e fornecer *feedback*, às unidades de saúde e outras no distrito, acerca dos resultados da actividade de avaliação. No relatório de *feedback*, referir:

- Quais foram os objectivos para o ano.
- Aquilo que realmente se conseguiu.
- As razões prováveis para quaisquer diferenças entre o que foi planeado e o que se conseguiu.
- Soluções recomendadas e actividades prioritárias para melhorar a vigilância e resposta no distrito.

ANEXOS à Secção 8

ANEXO 8A Indicadores essenciais da IDSR para o nível de unidade de saúde

ANEXO 8B Mapa para monitorizar o desempenho dos indicadores da IDSR, a nível de unidade de saúde

ANEXO 8C Indicadores essenciais da IDSR para o nível distrital

ANEXO 8D Indicadores essenciais da IDSR para monitorizar a implementação a nível distrital

ANEXO 8E Indicadores essenciais da IDSR para o nível provincial

ANEXO 8F Indicadores essenciais da IDSR para o nível nacional

ANEXO 8G Exemplo de formulário para registar a pontualidade e o grau de completamento da notificação mensal da unidade de saúde ao nível distrital

ANEXO 8H Lista de verificação para supervisionar as actividades de vigilância e resposta na unidade de saúde

ANEXO 8I Mapa de monitorização do uso dos indicadores a nível distrital, regional ou provincial

ANEXO 8A Indicadores essenciais para o nível de unidade de saúde

Indicador	Finalidade	Numerador	Denominador	Fonte de informação	Meta
1 Proporção de relatórios de vigilância completos[3] apresentados a tempo ao distrito	Medir a prática das unidades de saúde na apresentação pontual dos relatórios da vigilância ao nível seguinte	Número de relatórios de vigilância completos apresentados ao distrito em devido tempo	Número de relatórios de vigilância esperados da unidade de saúde	Mapa de monitorização da apresentação do relatório[4] em devido tempo	80%
2 Proporção de doenças prioritárias para as quais existe um gráfico linear[5] actualizado[6]	Medir a prática e a capacidade de analisar os dados da vigilância	Número de doenças prioritárias para as quais existe um gráfico linear actualizado.	Número de doenças prioritárias	Lista de verificação da actividade do "responsável" da unidade de saúde e formulários dos relatórios-síntese da IDSR oriundos da unidade de saúde	80%
3 Proporção de casos de doenças visadas para eliminação ou erradicação e de qualquer outra doença seleccionada para a vigilância baseada em casos, notificada através dos respectivos formulários ou listas lineares.	Medir a notificação dos dados da vigilância, com a informação detalhada a usar para outras análises	Número de doenças seleccionadas para relatórios de vigilância baseada em casos, com os respectivos formulários ou listas lineares	Número total de casos de doenças seleccionadas para vigilância baseada em casos, que ocorreram na unidade de saúde	Relatórios-síntese de rotina e relatórios baseados em casos ou listas lineares	80%
4 Proporção de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico notificados ao nível distrital 2 dias depois de ser ultrapassado o limiar de alerta	Medir a detecção precoce e a pontualidade da notificação dos surtos	Número de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico notificados, ao nível distrital, 2 dias depois de ser ultrapassado o limiar de alerta	Número total de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico na unidade de saúde	Registo diário da unidade de saúde sobre a suspeita de surtos e rumores	80%
5 Taxa de casos fatais para cada doença de potencial epidémico notificada	Medir a qualidade da gestão dos casos	Número de mortes por cada uma das doenças de potencial epidémico	Número de casos da mesma doença de potencial epidémico	Relatórios de rotina e relatórios da investigação sobre surtos	Depende da doença

[3] "Completo" neste indicador significa que todas as células possíveis dos formulários de notificação estão preenchidas.
[4] Na página seguinte, está um mapa para monitorizar o desempenho da unidade de saúde.
[5] A equipa nacional da IDSR deve definir a lista das doenças, para as quais deve existir um gráfico linear a nível da unidade de saúde. A AFRO recomenda que, no mínimo, as unidades de saúde tenham gráficos lineares actualizados para 1) análise semanal das tendências da meningite cerebro-espinal, particularmente nos países da cintura da meningite, 2) casos mensais de casos e mortes por paludismo em doentes internados menores de 5 anos de idade e 3) tendências do paludismo em crianças menores de 5 anos.
[6] "Actualizado" neste indicador significa que o gráfico linear deve reflectir os dados obtidos nos últimos três meses, a partir da data da avaliação.

ANEXO 8B Mapa para monitorizar o desempenho dos indicadores da IDSR a nível de unidade de saúde

Instruções:

Usar este mapa para acompanhar o desempenho da unidade de saúde com os indicadores relevantes para esse desempenho, em relação à IDSR.

Todos os meses, resumir e compilar os dados resumidos da unidade de saúde em relação às doenças prioritárias.

Enviar, em devido tempo, ao nível distrital, um relatório dos dados resumidos. Registar neste mapa os resultados do indicador. Mostrar este mapa ao supervisor distrital, durante a sua visita à unidade de saúde ou levá-lo à reunião trimestral do distrito.

Indicador	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Proporção de relatórios da vigilância completos e apresentados a tempo ao distrito												
Proporção de doenças prioritárias para as quais existe actualmente um gráfico linear												
Proporção de casos de doenças seleccionadas para a vigilância baseada em casos, que foram notificados ao distrito, usando os respectivos formulários ou listas lineares												
Proporção de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico notificados ao nível distrital 2 dias após ultrapassado o limiar epidémico												
Taxa de casos fatais e de ataque para cada doença de potencial epidémico notificada												
Responder SIM ou NÃO aos seguintes itens da lista de verificação												
Os relatórios da vigilância foram apresentados com pontualidade?												
Os gráficos das tendências estão actualizados?												
Em caso afirmativo, observaram-se mudanças nas tendências?												
Em caso afirmativo, o limiar foi ultrapassado?												
Em caso afirmativo, foram tomadas medidas para alertar o distrito?												

ANEXO 8C Indicadores essenciais para o nível distrital

Indicador	Finalidade	Numerador	Denominador	Fonte de informação	Meta
1 Proporção de unidades de saúde que enviaram atempadamente ao distrito relatórios da vigilância	Medir a pontualidade da apresentação dos relatórios da vigilância	Número de unidades de saúde que enviaram atempadamente ao distrito relatórios da vigilância	Número de unidades de saúde no distrito	Mapa de monitorização da apresentação atempada dos relatórios[7]	80%
2 Proporção de casos de doenças visadas para eliminação ou erradicação e outras doenças seleccionadas para vigilância baseada em casos, que foram notificadas através dos respectivos formulários ou listas lineares	Medir a notificação dos dados da vigilância, com informação detalhada a usar para outras análises	Número de doenças visadas para eliminação ou erradicação e outras doenças seleccionadas para vigilância baseada em casos, que foram notificadas através dos respectivos formulários ou listas lineares	Número total de casos de doenças seleccionadas para a vigilância baseada em casos, que ocorreram no distrito	Relatórios-síntese de rotina e relatórios baseados em casos ou listas lineares para as doenças visadas para eliminação e erradicação e para quaisquer doenças seleccionadas para vigilância baseada em casos	80%
3 Proporção de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico notificadas ao nível provincial, 2 dias depois de ser ultrapassado o limiar epidémico	Medir o uso de dados e os limiares para a detecção precoce dos surtos e notificação atempada a nível local	Número de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico notificadas ao nível provincial, 2 dias depois de ser ultrapassado o limiar epidémico	Número de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico no distrito	Registo diário de surtos e rumores suspeitos Livro distrital de análise ou outro instrumento de análise de rotina	80%
4 Proporção de doenças prioritárias para as quais existe um gráfico linear[8] actualizado[9].	Medir a prática e a capacidade da equipa distrital de gestão sanitária, para analisar os dados da vigilância	Número de doenças seleccionadas (pelo menos, paludismo e meningite meningocócica nos distritos em alto risco de meningite) para as quais existe um gráfico linear actual	Número total de doenças seleccionadas, com um gráfico linear (pelo menos, paludismo e meningite meningocócica, se o distrito correr grande	Mapa de monitorização do indicador Livro distrital de análise	80%

[7] No Anexo 5, encontra-se um mapa para monitorizar o desempenho do indicator distrital.

[8] A equipa nacional da IDSR deve definir a lista das doenças, para as quais deve existir um gráfico linear, a nível da unidade de saúde. A AFRO recomenda que, no mínimo, as unidades de saúde tenham gráficos lineares actualizados para 1) análise semanal das tendências da meningite cerebro-espinal, particularmente nos países da cintura da meningite, 2) casos e óbitos mensais por paludismo de crianças internadas menores de 5 anos de idade e 3) tendências do paludismo em crianças menores de 5 anos.

[9] "Actualizado" neste indicador significa que o gráfico linear deve reflectir os dados obtidos nos últimos três meses, a partir da data da avaliação.

Indicador	Finalidade	Numerador	Denominador	Fonte de informação	Meta
			risco de meningite)		
5 Proporção de unidades de saúde que têm uma análise das tendências actual (gráficos lineares) para doenças prioritárias seleccionadas	Medir a prática e a capacidade da equipa da unidade de saúde para analisar os dados de vigilância	Número de unidades de saúde que têm análises actualizadas das tendências para doenças prioritárias seleccionadas	Número total de unidades de saúde no distrito	Relatório da supervisão Instrumentos de análise de dados da unidade de saúde	80%
6 Proporção de relatórios sobre surtos investigados, que incluem dados baseados em casos analisados	Medir a existência de variáveis adicionais para outras análises	Número de relatórios de investigação sobre os surtos que incluem dados baseados em casos	Número total de relatórios de investigação sobre os surtos conduzida no distrito	Relatório da investigação Epi-curva Mapa Quadro de análise por pessoas Listas lineares ou formulários de notificação baseada em casos	80%
7 Proporção de surtos investigados, com resultados laboratoriais	Medir a capacidade do laboratório para confirmar o diagnóstico e a sua participação nas actividades de vigilância	Número de surtos investigados, com resultados laboratoriais, num determinado período de tempo	Número total de surtos investigados que ocorreram num determinado período de tempo	Registo diário de surtos e rumores suspeitos Relatórios laboratoriais Relatórios sobre a investigação de surtos	80%
8 Proporção de surtos confirmados com uma resposta de saúde pública nacionalmente recomendada	Medir a capacidade do distrito para dar resposta aos surtos	Número de surtos confirmados com uma resposta nacionalmente recomendada	Número de surtos confirmados no distrito	Registo diário de surtos e rumores suspeitos Relatórios sobre a investigação de surtos Relatórios da supervisão	80%
9 Taxas de casos fatais para surtos de doenças prioritárias	Medir a qualidade da gestão dos casos	Número de óbitos por cada surto de doenças	Número de casos do mesmo surto devidos a essa doença	Relatório-síntese de rotina Relatórios sobre a investigação de surtos	Pode variar; depende da doença
10 Taxa de ataque para cada surto de doença prioritária	Ajudar a identificar a população de risco e a eficácia da intervenção	Número de novos casos de uma doença de potencial epidémico que tenham ocorrido durante um surto	Número de pessoas em risco durante o surto	Dados demográficos sobre o distrito Relatórios sobre a investigação de surtos, com listas lineares ou formulários baseados em resultados	Pode variar; depende da doença

ANEXO 8D Indicadores essenciais do RSI para monitorizar a implementação a nível distrital

Indicador RSI	Finalidade	Numerador	Denominador	Fonte de informação	Meta
1.Proporção de hospitais com requisitos criados para a Prevenção e Controlo das Infecções (IPC)	Medir a prática e capacidade do hospital para aplicar os requisitos para o controlo das infecções	Número de hospitais que notificaram ter criado requisitos de Prevenção e Controlo das Infecções (IPC)	C01. Número total de hospitais no distrito	Relatórios-síntese de rotina e relatórios de supervisão	80%
2. Proporção de distritos com riscos e recursos de saúde pública mapeados	Medir a prática e capacidade do distrito para efectuar o mapeamento dos recursos disponíveis e dos riscos sanitários	Número de distritos que notificaram ter efectuado o mapeamento dos riscos e recursos para a saúde pública	C02. Número total de distritos visados para mapeamento dos riscos e recursos para a saúde pública	Relatórios de avaliação e mapeamento dos riscos e relatórios de supervisão	80%
3. Proporção de distritos que comunicam a informação usando a vigilância baseada em eventos	Medir a prática e capacidade do distrito que apresenta relatórios da vigilância, usando métodos de vigilância baseada em ocorrências	Número de distritos que comunicaram a informação usando métodos de vigilância baseada em ocorrências	C03. Número total de distritos	Relatórios-síntese de rotina e relatórios de supervisão	80%
4. Proporção de distritos aos quais as autoridades nacionais forneceram leis ou instrumentos legais suficientes para a implementação das obrigações nos termos do RSI	Medir o uso das leis ou instrumentos para facilitar a implementação das obrigações do RSI	Número de distritos que comunicaram ter recebido leis ou instrumentos legais	C04. Número total de distritos	Relatórios-síntese de rotina e relatórios de supervisão	80%

Indicador RSI	Finalidade	Numerador	Denominador	Fonte de informação	Meta
5. Proporção de distritos com um mecanismo criado para a coordenação dos sectores relevantes na implementação do RSI	Medir a prática e capacidade do distrito para coordenar a implementação do RSI	C05. Número de distritos que criaram um mecanismo para a coordenação dos sectores relevantes na implementação do RSI	C05. Número total de distritos	Relatórios de reuniões e relatórios de supervisão	80%

ANEXO 8E Indicadores essenciais para o nível provincial

Indicador	Finalidade	Numerador	Denominador	Fonte de informação	Meta
1 Proporção de relatórios mensais da vigilância apresentados atempadamente pelo distrito à província nos últimos 3 meses	Medir a prática da apresentação atempada dos dados da vigilância	Número de distritos que apresentaram atempadamente à província relatórios de IDSR	Número total de distritos que enviam relatórios à província	Mapa da monitorização Relatórios-síntese de rotina	80%
2 Proporção de casos de doenças visadas para eliminação ou erradicação e outras doenças seleccionadas para vigilância baseada em casos, notificadas com os respectivos formulários ou listas lineares.	Medir a notificação dos dados da vigilância, com informação detalhada a usar para outras análises	Número de doenças visadas para eliminação ou erradicação e outras doenças seleccionadas para vigilância baseada em casos, notificadas com os respectivos formulários ou listas lineares.	Número de distritos que apresentaram atempadamente à província relatórios da vigilância baseados em casos	Relatórios-síntese de rotina e relatórios baseados em casos ou listas lineares	80%
3 Proporção de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico notificados ao nível provincial 2 dias depois de ultrapassado o limiar de alerta	Medir a detecção precoce e a notificação atempada dos surtos	Número de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico notificados à província, 2 dias depois de ultrapassado o limiar de alerta	Número total de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico na província	Registo diário de surtos e rumores suspeitos Relatórios-síntese de rotina	80%
4 Proporção de distritos que têm um gráfico linear[10] actualizado[11] para as doenças prioritárias.	Medir a prática e capacidade para analisar os dados da vigilância	Número de distritos para os quais existe um gráfico linear actualizado	Número de distritos	Relatórios da supervisão Livro distrital de análise	80%
5 Proporção de relatórios analisados sobre surtos	Medir a disponibilidade de outras variáveis para novas análises,	Número de relatórios distritais sobre investigação dos surtos que incluem epi-curva,	Número de relatórios distritais sobre investigação dos	Relatórios da investigação Relatórios-síntese de rotina	80%

[10] A equipa nacional de IDSR deve definir a lista das doenças, para as quais deve existir um gráfico linear a nível da unidade de saúde. A AFRO recomenda que, no mínimo, as unidades de saúde tenham gráficos lineares actualizados para 1) análise semanal das tendências da meningite cerebro-espinal, particularmente nos países da cintura da meningite, 2) casos mensais de casos e mortes por paludismo em doentes internados menores de 5 anos de idade e 3) tendências do paludismo em crianças menores de 5 anos

[11] "Actualizado" neste indicador significa que o gráfico linear deve reflectir os dados obtidos nos últimos três meses, a partir da data da avaliação.

Indicador	Finalidade	Numerador	Denominador	Fonte de informação	Meta
investigados que incluem dados baseados em casos	incluindo os possíveis factores de risco envolvidos	mapeamento, quadros pessoais e formulários baseados em casos ou listas lineares	surtos		
6 Proporção de surtos investigados com resultados laboratoriais	Medir a capacidade dos laboratórios para confirmarem o diagnóstico e a participação dos laboratórios nas actividades de vigilância	Número de surtos investigados com resultados laboratoriais	Número de surtos investigados na província	Relatórios sobre a investigação dos surtos Relatórios laboratoriais Relatórios-síntese de rotina Registo diário dos surtos e rumores	80%
7 Proporção de surtos confirmados com uma resposta de saúde pública nacionalmente recomendada	Medir a capacidade da província para responder aos surtos	Número de surtos confirmados com uma resposta de saúde pública nacionalmente recomendada	Número de surtos confirmados	Registo diário dos surtos e rumores Relatórios sobre a investigação dos surtos Relatórios da visita de supervisão	80%
8 Taxa de casos fatais notificada para cada doença de potencial epidémico	Medir a qualidade da gestão dos casos	Número de óbitos para cada doença de potencial epidémico	Número de casos da mesma doença de potencial epidémico	Relatórios de rotina e relatórios sobre a investigação dos surtos	Depende da doença
9 Taxa de ataque para cada surto de uma doença prioritária	Ajudar a identificar a população em risco e a eficácia da intervenção	Número de novos casos de uma doença de potencial epidémico que tenham ocorrido durante um surto	Número de pessoas em risco durante o surto	Dados demográficos sobre a província Relatórios sobre a investigação dos surtos, com listas lineares ou formulários baseados em casos	Pode variar; depende da doença

ANEXO 8F Indicadores essenciais para o nível nacional

Indicador	Finalidade	Numerador	Denominador	Fonte de informação	Meta
1 Proporção de relatórios mensais de IDSR apresentados atempadamente pela província ao nível nacional, nos últimos 3 meses	Medir a prática de apresentação atempada dos dados da vigilância	Número de províncias que apresentaram atempadamente relatórios de IDSR ao nível nacional	Número total de províncias que enviam relatórios ao nível nacional	Mapa de monitorização Relatórios-síntese de rotina	80%
2 Proporção de unidades de saúde que apresentam atempadamente ao distrito os relatórios da vigilância	Medir a prática de apresentação atempada dos dados da vigilância, pelas unidades de saúde ao distrito	Número de unidades de saúde que apresentaram atempadamente relatórios aos distritos	Número de distritos	Formulários de relatórios-síntese	80%
3 Proporção de casos de doenças, visadas para eliminação ou erradicação e outras doenças seleccionadas para vigilância baseada em casos, que foram notificadas com os respectivos formulários ou listas lineares.	Medir a notificação dos dados da vigilância, com informação detalhada a usar para novas análises	Número de doenças visadas para eliminação ou erradicação, e outras doenças seleccionadas para vigilância baseada em casos, que foram notificadas com os respectivos formulários ou listas lineares.	Número de doenças visadas para eliminação ou erradicação e outras doenças seleccionadas para vigilância baseada em casos	Relatórios-síntese de rotina e relatórios baseados em casos ou listas lineares	80%
4 Proporção de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico notificadas ao nível nacional, 2 dias depois de ultrapassado o limiar de alerta	Medir a detecção precoce e a notificação atempada dos surtos	Número de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico notificadas ao nível nacional, 2 dias depois de ultrapassado o limiar de alerta	Número total de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico	Registo diário de surtos e rumores suspeitos Relatórios-síntese de rotina	80%
5 Proporção de distritos em que existe um gráfico linear[12]	Medir a prática e capacidade para analisar os dados da	Número de doenças prioritárias para as quais existe	Número de distritos	Relatórios da supervisão Livro distrital de análise	80%

[12] A equipa nacional de IDSR deve definir a lista das doenças, para as quais deve existir um gráfico linear a nível da unidade de saúde. A AFRO recomenda que, no mínimo, as unidades de saúde tenham gráficos lineares actualizados para 1) análise semanal das tendências da meningite cerebro-espinal, particularmente nos países da cintura da meningite, 2) casos mensais de casos e mortes por paludismo em doentes internados menores de 5 anos de idade e 3) tendências do paludismo em crianças menores de 5 anos

Indicador	Finalidade	Numerador	Denominador	Fonte de informação	Meta
actualizado[13] para doenças prioritárias seleccionadas	vigilância	um gráfico linear actualizado nos distritos.			
6 Proporção de relatórios de surtos investigados que incluem dados baseados em casos analisados	Medir a disponibilidade de outras variáveis para novas análises, incluindo os possíveis factores de risco envolvidos	Número de relatórios de investigação sobre surtos que incluem epicurva, mapeamento, quadros pessoais e formulários baseados em casos ou listas lineares	Número de relatórios de investigação sobre surtos	Relatórios da investigação Relatóriios-síntese de rotina	80%
7 Proporção de surtos investigados com resultados laboratoriais	Medir a capacidade dos laboratórios para confirmarem o diagnóstico e o envolvimento dos laboratórios nas actividades de vigilância	Número de surtos investigados com resultados laboratoriais	Número de surtos investigados	Relatórios sobre investigação dos surtos Relatórios do laboratório Relatóriios-síntese de rotina Registo diário dos surtos e rumores	80%
8 Proporção de surtos confirmados com uma resposta de saúde pública nacionalmente recomendada	Medir a capacidade da província para responder aos surtos	Número de surtos confirmados com uma resposta de saúde pública nacionalmente recomendada	Número de surtos confirmados	Registo diário dos surtos e rumores suspeitos Relatórios sobre investigação dos surtos Relatórios das visitas de supervisão	80%
9 Taxa de casos fatais para cada doença de potencial epidémico notificada	Medir a qualidade da gestão dos casos	Número de mortes por cada doença de potencial epidémico	Número de casos da mesma doença de potencial epidémico	Relatórios de rotina e relatórios sobre investigação dos surtos	Depende da doença
10 Taxa de ataque para cada surto de doença prioritária	Ajudar a Identificar a população em risco e a eficácia da intervenção	Número de novos casos de uma doença de potencial epidémico que ocorreram durante um surto	Número de pessoas em risco durante o surto	Dados demográficos do distrito Relatórios de investigação sobre os surtos, com listas lineares ou formulários baseados em casos	Pode variar; depende da doença
11 Número de epidemias detectadas a nível	Verificar a capacidade de todo o sistema	Número de epidemias detectadas pelo	Número total de epidemias notificadas pelos	Formulários distritais de relatórios-síntese Livro distrital de análise	Zero

[13] "Actualizado" neste indicador significa que o gráfico linear deve reflectir os dados obtidos nos últimos três meses, a partir da data da avaliação.

Indicador	Finalidade	Numerador	Denominador	Fonte de informação	Meta
nacional e não detectadas pelo nível distrital	de saúde para detectar epidemias e mostrar que o nível nacional está a verificar se os distritos estão a observar as tendências	nível regional ou nacional, através da análise dos dados específicos do distrito	distritos	Relatórios da supervisão Relatórios-padrão da vigilância	
12 Proporção de distritos que notificam os dados laboratoriais para as doenças em vigilância	Medir se os distritos estão a recolher e a notificar os dados laboratoriais ao nível superior	Número de laboratórios distritais que apresentaram mensalmente dados ao nível superior	Número total de laboratórios distritais	Livro nacional de registo diário dos relatórios recebidos	
13 Proporção de laboratórios distritais que receberam, pelo menos, uma visita de supervisão com *feedback* escrito pelo nível provincial/ nacional	Medir o apoio que os laboratórios distritais de supervisão recebem para ajudar a resolver os problemas	Número de laboratórios distritais que receberam, pelo menos, uma actividade de supervisão	Número total de laboratórios distritais	Relatórios do Ponto Focal do Laboratório Distrital – estes podem exigir visitas no terreno	
14 Proporção de laboratórios provinciais que notificam dados laboratoriais analisados ao laboratório nacional	Medir até que ponto os níveis provinciais analisam devidamente os dados dos laboratórios distritais	Número de laboratórios provinciais que analisam e notificam mensalmente ao NPHL	Número total de laboratórios provinciais	NPHL	

ANEXO 8G Modelo de formulário para registo da pontualidade e grau de completamento da notificação mensal da unidade de saúde ao distrito

Legenda
T = chegou a tempo
L = chegou atrasado
NR=relatório não recebido

País _____ Distrito _____ Ano _____

Nome da unidade de saúde	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Número total de relatórios previstos (N)												
Total de relatórios enviados a tempo (T)												
Total de relatórios enviados tarde (L)												
Número total de relatórios não recebidos (W)												
Pontualidade dos relatórios =100 * T / N												
Completamento dos relatórios =100 * (N-W) / N												

*A pontualidade e o completamento são expressos como percentagens (%). Quando o sistema de vigilância é bom, as taxas de pontualidade e completamento devem aproximar-se dos 100%. Este quadro permite monitorizar o progresso destes dois indicadores no distrito, para que se possam tomar medidas para melhorar a pontualidade relativamente a todas as unidades de saúde do distrito.

ANEXO 8H Lista de verificação para supervisionar as actividades de vigilância e resposta na unidade de saúde

Unidade de saúde:_____**Data da visita de supervisão:**_____

ACTIVIDADE	PERGUNTA DA SUPERVISÃO	RESPOSTA	COMENTÁRIO (o que causou o problema)
Recolha de dados para identificar casos suspeitos nas unidades de saúde	1. Quantas vezes recolhe informação da comunidade sobre a notificação de casos ou óbitos suspeitos, devidos a uma doença ou condição prioritária?	_____	
Registar casos	1. Os diagnósticos de casos de doenças prioritárias são anotados no registo clínico, de acordo com a definição de casos padrão?	Sim Não	
Relatório	1. O pessoal de saúde usa uma definição de casos padrão para notificar os casos suspeitos e os surtos? 2. Regista a informação sobre as doenças imediatamente notificáveis num formulário de casos ou numa lista linear?	Sim Não Sim Não	
Analisar e interpretar	1. Assinala os números de casos e óbitos para cada doença prioritária num gráfico? (Pedir para ver o livro de análise da unidade de saúde. Verificar se as linhas das tendências estão actualizadas). 2. Assinala a distribuição dos casos num mapa?	Sim Não Sim Não	
Investigar e confirmar os casos e os surtos notificados	1. Se houve suspeita de uma doença de potencial epidémico, ela foi imediatamente notificada à delegação distrital? 2. Para os casos de doenças prioritárias, que necessitam de testes laboratoriais, observados desde a última visita de supervisão, quantas tiveram resultados laboratoriais? 3. Há material apropriado disponível ou reservado para recolher amostras laboratoriais durante uma situação urgente? Pode mostrar-me esse material?	Sim Não Número de resultados obtidos:_____ Número de casos previstos observados:_____ Sim Não	

ACTIVIDADE	PERGUNTA DA SUPERVISÃO	RESPOSTA	COMENTÁRIO (o que causou o problema)
Responder	1. Existe material apropriado disponível para dar resposta a um caso ou surto confirmado *(por exemplo, vacinas e material de vacinação, SRO, antibióticos, etc.*?) 2. Pode mostrar-me o material para efectuar uma resposta recomendada? 3. Quem é o coordenador do surto nesta unidade? 4. Quantas vezes fornece ao pessoal desta unidade informação e formação em resposta aos surtos?	Sim Não Sim Não Nome:_____ Designação:_____ Faz-se formação _____	
Fornecer *feedback*	1. Quantas vezes fornece informação à comunidade? 2. Recebe sempre o boletim do nível *(central, subnacional*)?	Informe _____	
Avaliar e melhorar o sistema	1. Os últimos 3 relatórios mensais de rotina foram enviados à delegação distrital? 2. Os últimos 3 relatórios mensais de rotina foram enviados a tempo?	Sim Não Sim Não	
Preparação para as epidemias	1. Que precauções é que o pessoal de saúde (incluindo o pessoal de laboratório) toma rotineiramente com os doentes, independentemente da situação infecciosa dos doentes? 2. Como é que estima as quantidades de material a reservar para uso durante uma situação de emergência?	Nível mínimo de precauções padrão: _____ Como são estimadas as necessidades em material? _____	

ANEXO 8I Mapa de monitorização para uso dos indicadores a nível distrital, regional ou provincial

Distrito: _____ Região/Província: _____ Ano :_____

Nota: Preencher cada célula com as percentagens reais

Indicador	Resultados dos indicadores em percentagem												
	Jan.	Fev.	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Proporção de unidades de saúde que apresentam atempadamente relatórios da vigilância ao distrito													
Proporção de surtos suspeitos de doenças de potencial epidémico notificados ao nível superior seguinte, 2 dias depois de ultrapassado o limiar de alerta													
Proporção de casos de doenças visadas para eliminação ou erradicação e outras doenças seleccionadas para vigilância baseada em casos que foram notificadas ao distrito, usando os respectivos formulários ou listas lineares													
Proporção de relatórios de surtos investigados que incluíram dados baseados em casos analisados.													
Proporção de distritos que têm análises de tendências actualizadas (gráficos lineares), para doenças prioritárias seleccionadas.													
Proporção de unidades de saúde que têm análises de tendências actualizadas (gráficos lineares), para doenças prioritárias seleccionadas													
Proporção de surtos com resultados laboratoriais													
Proporção de surtos confirmados com resposta recomendada													
Taxa de casos fatais para cada doença de potencial epidémico (doença prioritária) notificada													
Taxa de ataque para cada doença de potencial epidémico notificada													
(para o nível nacional) Número de epidemias detectadas a nível nacional e que não foram detectadas pelo nível distrital													
Calculou os indicadores este mês?													
Em caso afirmativo, usou os resultados para tomar medidas destinadas a corrigir os problemas?													

Secção 9

Orientações resumidas para as doenças e condições prioritárias

Esta secção fornece orientações para doenças específicas, com a finalidade de:

- Tomar medidas para responder aos limiares de alerta e de epidemia para doenças específicas
- Identificar as metas e os objectivos da vigilância para cada doença prioritária
- Identificar os dados de vigilância, para os analisar e interpretar, em relação a cada doença prioritária
- Preparar o uso do livro de análise de distrito

As páginas desta secção apresentam orientações sumárias para cada uma das doenças prioritárias visadas para vigilância pela OMS/AFRO. Esta secção pretende constituir apenas uma rápida referência. Se se pretender informação mais completa, devem usar-se as referências pormenorizadas que se apresentam no resumo. O quadro abaixo mostra como a informação está organizada nesta secção.

Ao adaptar estas orientações, cada país criará uma lista de doenças prioritárias, conforme a situação epidemiológica local. A lista das doenças prioritárias pode variar de país para país, de acordo com a política e os recursos nacionais.

Doença ou evento prioritário para vigilância integrada da doença

Enquadramento
Nesta secção, encontrará informação geral sobre: ▪ A doença ou evento, o agente causal, área geográfica afectada e outra informação epidemiológica. ▪ Vias de transmissão, tais como pessoa a pessoa, contacto sem protecção com fluidos corporais infecciosos ou materiais contaminados ou transmitidos por vectores, etc. ▪ O motivo pelo qual a doença é uma doença prioritária para a vigilância. Por exemplo, a doença é responsável por um elevado número de mortes, incapacidades e enfermidades, especialmente nos países africanos. ▪ Factores de risco gerais e específicos nos países africanos. ▪ Qualquer informação adicional anterior que possa ser útil à equipa distrital de vigilância.
Objectivos da vigilância
Esta secção indica como a informação da vigilância é usada para a acção.
Definição de casos padrão
Caso suspeito: É apresentada uma definição para suspeitar de um caso ou surto desta doença ou evento. ***Caso provável***: É apresentada uma definição para um caso suspeito, com ligação epidemiológica a um caso confirmado ou a um surto. ***Caso confirmado***: É apresentada uma definição para classificar um caso como confirmado, através de testes laboratoriais de diagnóstico.
Resposta ao limiar de alerta
Algumas doenças ou eventos têm limiares específicos do programa para alertar a unidade de saúde ou o distrito para um potencial problema. *Para doenças de potencial epidémico, doenças visadas para eliminação ou erradicação, ou ocorrências de saúde pública de preocupação internacional*, um único caso é um surto suspeito e exige notificação imediata, seguida de tratamento do doente, colheita de amostras, para confirmação do caso, e investigação do caso, para determinar os factores de risco e potenciais intervenções. *Para outras doenças prioritárias de importância para a saúde pública*, um surto ou evento é suspeito quando existe um conjunto invulgar, um padrão ou um aumento do número de casos, em comparação com períodos de tempo anteriores. Isso deverá desencadear uma resposta, designadamente a investigação sobre aquilo que pode ter causado essas ocorrências invulgares. Se for indicada a confirmação laboratorial, devem colher-se amostras para essa confirmação .
Resposta ao limiar de acção
Para as doenças de potencial epidémico, doenças visadas para eliminação ou erradicação, ou ocorrências de saúde pública de preocupação internacional, um caso confirmado deverá desencadear uma resposta, nomeadamente desenvolver uma actividade de vacinação de emergência, melhorar o acesso à água potável, realizar campanhas de educação da comunidade e melhorar a gestão dos casos. *Para outras doenças prioritárias de importância para a saúde pública*, um surto confirmado deverá desencadear uma resposta apropriada, tal como melhorar a cobertura de vacinações específicas, reforçar a gestão dos casos, fornecer informação, educação e comunicação sobre o modo de evitar e controlar a doença, etc.
Análise e interpretação dos dados
Esta secção contém informação genérica sobre os dados mínimos a recolher, analisar e interpretar. Também são fornecidos os pontos-chave a considerar para a interpretação dos dados e os elementos específicos para análise (tempo, local, pessoa).
Confirmação laboratorial
Nesta secção, fornecem-se orientações sobre a confirmação laboratorial, incluindo: teste de diagnóstico relevante, como colher, armazenar e transportar as amostras necessárias para a confirmação laboratorial e informação sobre os resultados do trabalho laboratorial.
Referências
Referências apropriadas para mais informação sobre cada doença. A maioria delas está disponível no *site* da OMS.

Síndrome de febre hemorrágica aguda

Enquadramento

As síndromes de febre hemorrágica aguda podem ser atribuídas às doenças virais de: Ébola e Marburgo (filoviridae); febre de Lassa (arenaviridae), febre do vale do Rift (RVF) e febre hemorrágica do Congo-Crimeia (FHCC) (bunyaviridae); dengue (febre hemorrágica do dengue (DHF)) e febre amarela (flaviviridae); e outras doenças virais, bacterianas ou rickettsianas com potencial para produzir epidemias.
Todos os casos de síndrome de febre hemorrágica viral aguda, quer sejam únicos ou em grupo, devem ser imediatamente notificados, sem se esperar pela identificação do agente causal.

Objectivos da vigilância

Detecção precoce dos casos e surtos de síndrome de febre hemorrágica viral aguda, investigação rápida e verificação laboratorial imediata da etiologia de todos os casos suspeitos.
Investigação de todos os casos suspeitos, com procura dos contactos.
Durante as epidemias, a maioria dos doentes infectados não revela sintomas hemorrágicos, devendo usar-se uma definição de casos específica, conforme a doença suspeita ou confirmada (e.g., definições de caso para Ébola-Marburgo, CCHF, RVF, Lassa, DHF e febre amarela).

Definição de casos padrão

Caso suspeito: manifestação aguda de febre, com uma duração inferior a 3 semanas, numa pessoa gravemente doente **e** 2 dos seguintes sintomas: exantema hemorrágico ou purpúrico; epistaxe (hemorragia nasal); hematemese (sangue no vómito); hemoptise (expectoração sanguínea); sangue nas fezes; outros sintomas hemorrágicos e nenhuns factores conhecidos de predisposição para manifestações hemorrágicas.

Caso confirmado: um caso suspeito com confirmação laboratorial ou ligação epidemiológica a um caso ou surto confirmado.

***Nota**: Durante um surto, as definições de casos podem ser alteradas, para corresponderem ao evento local.*

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de um único caso:

- Comunicar imediatamente aos níveis apropriados a informação baseada em casos.
- Os casos suspeitos devem ser isolados dos outros doentes e devem implementar-se técnicas rigorosas de enfermagem barreira. As precauções normais devem ser reforçadas em toda a unidade de saúde.
- Tratar e cuidar do doente, com apoio clínico.
- Colher a amostra com segurança, para confirmar o caso.
- Fazer o *follow up* do contacto do caso e a procura de casos activos, para encontrar novos casos.

Síndrome de febre hemorrágica aguda

Resposta ao limiar de acção

Se for confirmado um único caso:

- Manter práticas rigorosas de controlo da infecção FHV * durante todo o surto.
- Mobilizar a comunidade para a detecção precoce e os cuidados a administrar e ensinar-lhe o modo como a doença é transmitida e como implementar o controlo da infecção em casa e durante os funerais.
- Fazer o *follow-up* do contacto dos casos e a procura activa de outros casos que possam não recorrer aos serviços de saúde.
- Pedir auxílio suplementar a outros níveis, conforme necessário.
- Reservar uma enfermaria para isolamento de outros casos que possam recorrer ao centro de saúde.

Análise e interpretação dos dados

Pessoa: Implementar imediatamente a notificação dos casos e dos óbitos. Analisar a distribuição por sexo e idade. Avaliar os factores de risco e planear, em conformidade, as intervenções de controlo da doença.
Tempo: Fazer um gráfico dos casos e óbitos por dia/semana. Traçar uma curva epidémica durante o surto.
Local: Assinalar num mapa a localização das habitações e locais de trabalho onde ocorrem os casos.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Presença de anticorpos IgM contra o Ébola, Marburgo, CCHF, Lassa ou Febre do Nilo Ocidental *ou* Presença de Ébola na necrópsia post-mortem da pele
Amostra	*Para ELISA*: Sangue total, soro ou plasma *Para PCR*: Sangue total ou coágulo sanguíneo, soro/plasma ou tecido *Para imunohistoquímica:* amostras de pele ou tecido de casos fatais.
Colheita	Colher a amostra no primeiro caso suspeito. Se houver mais de um caso suspeito, colher amostras de 5 a10 casos suspeitos.

Síndrome de febre hemorrágica aguda

Preparação, armazenamento e transporte das amostras	MANIPULAR E TRANSPORTAR COM EXTREMO CUIDADO AS AMOSTRAS DE DOENTES. USAR VESTUÁRIO DE PROTECÇÃO E USAR PRECAUÇÕES DE BARREIRA. *Para ELISA ou PCR:* ▪ Refrigerar o soro ou coágulo ▪ Congelar (-20C ou mais frio) as amostras de tecido para isolamento do vírus *Para imunohistoquímica:* ▪ Fixar a amostra de pele em formalina. A amostra pode ser guardada até 6 semanas. A amostra deixa de ser infecciosa depois de mergulhada em formalina. ▪ Armazenar à temperatura ambiente. As amostras fixadas em formalina podem ser transportadas à temperatura ambiente.
Resultados	Os serviços de diagnóstico para a FHV não estão rotineiramente disponíveis. Geralmente, é necessário requisitá-los com antecedência. Contactar a autoridade nacional competente ou a OMS.

Referências

- *Interim Infection Control Recommendations for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovírus (Ebola, Marburg) Hemorrhagic Fever*. BDP/EPR/WHO, Geneva March 2008.
- *Infection Control for VHF in the African health care setting*, WHO, 1998. WHO/EMC
- *WHO Recommended Surveillance Standards* WHO/CDS/CSR/ISR/99.2
- *WHO recommended Guidelines for Epidemic Preparedness and Response: Ebola Haemorrhagic Fever (EHF).* WO/EMC/DIS/97.7.
- *Infection Control for Viral Hemorrhagic Fevers in the African Health Care Setting* WHO/EMC/ESR/98.2
- *Viral Infections of Humans; Epidemiology and Control*. 1989. Evans, A.S. (ed). Plenum Medical Book Company, New York

Hepatite viral aguda

Enquadramento

Hepatite viral A e hepatite viral E

- As HVA e HVE entericamente transmitidas constituem um problema a nível mundial.
- Normalmente, as fontes de epidemias estão relacionadas com água contaminada e com a contaminação através de manipuladores de alimentos infectados.
- Em geral, tanto a HVA como a HVE são infecções virais auto-limitadoras; a taxa de casos fatais é, normalmente, baixa (0,1 – 0,3%). As mulheres no terceiro trimestre de gravidez são especialmente susceptíveis a HVE fulminante.
- Tanto a HVA como a HVE são transmitidas por via fecal-oral.
- As medidas de prevenção e controlo para a hepatite A e hepatite E incluem o abastecimento adequado em água potável e o melhoramento das práticas sanitárias e higiénicas, para eliminar a contaminação fecal dos alimentos e da água.

Hepatite viral B e hepatite viral C:

- As estimativas indicam que, em todo o mundo, há 350 milhões de portadores do vírus da hepatite B e 170 milhões de portadores do vírus da hepatite C.
- As epidemias de hepatite B e C não são muito vulgares.
- Com a hepatite B ocorrem infecções crónicas e sequelas graves – cerca de 15% a 25% das pessoas cronicamente infectadas morrem prematuramente de cirrose ou carcinoma hepatocelular. As infecções crónicas são comuns na hepatite C e 5% a 20% das pessoas infectadas com HVC podem desenvolver cirrose. Parece haver uma relação entre a infecção por HVC e o carcinoma hepatocelular.
- A hepatite B é transmitida por exposição percutânea ou permucosa ao sangue ou outros fluidos corporais infectados. Os principais modos de transmissão incluem o contacto sexual com uma pessoa infectada, a transmissão perinatal de mãe para filho, a partilha de seringas e agulhas para injecção de drogas, os contactos em casa (e.g., lâminas de barbear e escovas de dentes partilhadas) e exposição nosocomial (transfusões, práticas não seguras de injecção). Na maioria dos países, onde a HVB é altamente endémica, a maioria das infecções ocorrem durante a infância.
- A hepatite C é transmitida por exposição parenteral ao sangue e derivados do plasma e encontra-se em concentrações mais elevadas no sangue. As principais causas da infecção por HVC, em todo o mundo, são as transfusões de sangue não rastreado e a reutilização de agulhas e seringas que não foram devidamente esterilizadas.
- As medidas de prevenção e controlo para as hepatites B e C incluem a segurança das transfusões e o uso seguro e apropriado das injecções e vacinas (hepatite B).
- Não existe tratamento específico para as hepatites viraisl A, B, C e D agudas.

Objectivos da vigilância

- Detectar os surtos de hepatite.
- Identificar as áreas/populações de alto risco, para usar as medidas de prevenção e controlo.
- Estimar o peso da doença.
- Se não for possível a vigilância em todo o país, a vigilância em áreas ou hospitais sentinela pode fornecer informação útil sobre as potenciais fontes de infecção.

Hepatite viral aguda

Definição de casos padrão

Caso suspeito: uma pessoa com doença aguda que inclua tipicamente icterícia aguda, urina escura, anorexia, mal-estar, fadiga extrema e quadrante superior direito macio. (Nota: as crianças infectadas são muitas vezes assintomáticas)

Caso confirmado: um caso suspeito que foi laboratorialmente confirmado

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de casos de hepatite:

- Comunicar a informação baseada em casos aos níveis apropriados.
- Se necessário, tratar e cuidar dos doentes, com apoio clínico.
- Colher amostras e enviá-las para o laboratório, para identificar a etiologia da doença

Resposta ao limiar de acção

Se os casos de hepatite forem confirmados

- Determinar o modo de transmissão
- Identificar a população exposta ao risco de infecção
- Eliminar as fontes normais de infecção
- Implementar as intervenções apropriadas de prevenção e controlo

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Análise dos casos suspeitos e confirmados por semana. Desenhar semanalmente um gráfico dos casos e óbitos. Traçar uma curva epidémica durante os surtos.
Local: Indicar num mapa a localização das casas.

Pessoa: Analisar por idade e sexo. Avaliar os factores de risco para planear e monitorizar as medidas de prevenção e controlo.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	**Hepatite A:** Anti-HVA IgM positivo **Hepatite B:** +ve para o antigénio de superfície da Hepatite B (HbsAg) ou anti-HBc IgM positivo **Hepatite C:** Anti-HVC positivo **Hepatite D:** HBsAg positivo ou anti-HBc IgM positivo mais anti-HVD positivo (apenas como co-infecção ou super-infecção com hepatite B) **Hepatite E:** Anti-HVE IgM positivo e/ou anti-HVE IgG positivo

Hepatite viral aguda

Amostra	Soro
Colheita	As amostras devem ser colhidas em doentes suspeitos. O anti-HVA IgM fica detectável 5-10 dias após a exposição. O HBsAg pode ser detectado no soro desde várias semanas antes da manifestação dos sintomas até dias, semanas ou meses após a manifestação; persiste nas infecções crónicas. O anti-HBc IgM positivo normalmente desaparece ao fim de 6 meses.
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	Usar as precauções universais, para minimizar a exposição a objectos cortantes e a fluidos corporais. Colher 5-10 ml de sangue venoso. ▪ Deixar o coágulo diminuir durante 30 a 60 minutos à temperatura ambiente ou centrifugar, para separar o soro dos glóbulos vermelhos. ▪ Deitar o soro assepticamente em tubos esterilizados e fechados com uma tampa de rosca. ▪ Guardar o soro a 4°C. ▪ Para armazenamento >5 dias, manter as amostras a -20°C Transportar as amostras de soro, usando embalagens apropriadas, de modo a evitar que se partam ou permitam fugas.
Resultados	Normalmente, os resultados estão disponíveis dentro de um a 3 dias, depois da chegada ao laboratório.

Hepatite viral aguda

Referências

- *WHO Recommended Strategies for Prevention and Control of Communicable Diseases*; WHO/CDS/CPE/SMT/2001.13
- *WHO Recommended Surveillance Standards* WHO/CDS/CSR/ISR/99.2
- WHO Fact Sheet No 328, Hepatitis A, revised May 2008.
- WHO Fact Sheet No 204, Hepatitis B, revised August 2008
- WHO Fact Sheet No 164, Hepatitis C.
- WHO Fact Sheet No 280, Hepatitis E, revised January 2005.
- World Health Organization http://www.who.int/topics/hepatite/en/
- United States, Centers for Disease Control and Prevention http://www.cdc.gov/hepatite/
- *Control of Communicable Diseases Manual*, 18th Edition

Efeitos adversos após a vacinação (EAAV)

Enquadramento

Os relatórios dos EAAV têm tido efeitos negativos nos programas nacionais de vacinação. A maior parte dos relatórios revelam eventos "coincidentes", não relacionados com as vacinas. É importante identificar eventos reais e determinar a sua causa.

Objectivos da vigilância

Determinar a causa de um EAAV ou conjunto de EAAV e corrigi-la.

Definição de casos padrão

Um incidente médico que se verifique, após a vacinação, causa preocupação e pensa-se que foi causado pela vacinação

Resposta ao limiar de alerta

Se houver um único caso suspeito:

- Tratar o doente
- Comunicar com os pais e a comunidade
- Responder aos rumores ou dúvidas da população
- Preencher o formulário de investigação do caso

Responder ao limiar de epidemia

Se houver um único caso confirmado:

- Procurar um conjunto de casos
- Enviar imediatamente um relatório para se dar início à investigação da causa
- Tomar medidas de remediação, para evitar que ocorra outro EAAV devido à mesma causa

Análise e interpretação dos dados

Determinar a causa do evento. Está relacionada com o programa, é induzida pela vacina, é coincidência ou é desconhecida? Atenção a uma doença psicológica em massa, se estiver envolvido, ao mesmo tempo, um grande número de pessoas em idade escolar ou mais velhas.

Referências

- *Surveillance of adverse events following immunization. Field guide for managers of immunization programmes*. WHO/EPI/93.02 Rev 1. http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF/www9541.pdf
- Kharabsheh S. *Mass psychogenic illness following Td vaccine in Jordan*. Bulletin of the WHO 2001. 79 (8); 764-770. http://www.who.int/bulletin/pdf/2001/issue8/vol79.no.8.764-770.pdf

Antraz (humano)

Enquadramento

- O antraz é uma doença zoonótica muito generalizada, causada pela bactéria *Bacillus anthracis*, que forma esporos e é uma bactéria Gram positiva em forma de bastonete. É transmitida às pessoas por gado doméstico infectado (vacas, carneiros, cabras, búfalos, porcos e outros) ou por animais selvagens, através do contacto directo ou indirecto com os animais ou os seus produtos.
- O período de incubação é, normalmente, de 1 a 7 dias, podendo ser mais longo (até duas ou três semanas para o antraz cutâneo e até 42 dias para o antraz por inalação). As pessoas expostas a riscos profissionais incluem aquelas que manipulam carcaças infectadas e as que trabalham no processamento de ossos, peles, lã e outros produtos animais. As pessoas podem também ficar infectadas pela manipulação ou consumo de carne de animais que estejam doentes ou tenham morrido da doença. Há relatos de que a picada das moscas transmite a doença de animais infectados para as pessoas; no entanto, não se sabe com que rapidez ou frequência isso ocorre.
- O antraz humano é um problema grave em vários países e tem potencial para surtos explosivos (especialmente, a forma gastrointestinal, que é contraída quando se come carne infectada); embora o antraz pulmonar (inalação) seja, sobretudo, ocupacional, não se pode esquecer a possibilidade de ameaça de ataques biológicos. O antraz exerce um sério impacto sobre o comércio dos produtos animais.
- O controlo do antraz baseia-se na sua prevenção a nível do gado. Os programas que se baseiam apenas na prevenção nos seres humanos são dispendiosos, e provavelmente ineficazes, excepto para quem está industrialmente exposto.
- Existe uma vacina eficaz para as pessoas consideradas em risco de exposição ocupacional e há vacinas para os animais que têm sido bem sucedidas, em particular relativamente aos rebanhos que estão continuamente expostos a solos ou vegetação contaminada.
- Na maioria dos países, o antraz é uma doença notificável.

Objectivos da vigilância

- Detectar surtos.
- Monitorizar os programas de controlo e prevenção

Definição de casos padrão

Caso suspeito

Uma pessoa com manifestação aguda, caracterizada por várias formas clínicas, que são as seguintes:

(e) ***Forma cutânea****:* uma pessoa com lesão da pele evoluindo, durante 1 a 6 dias, de um estádio papular para um estádio vesicular e, em seguida, para uma escara de pressão escura, invariavelmente acompanhada por edema, que pode ser suave a extenso

(f) **G*astrointestinal*:** uma pessoa com distúrbios abdominais, caracterizados por náuseas, vómitos e anorexia, seguidos de febre

(g) **P*ulmonar (inalação)*:** uma pessoa com pródromo breve, semelhante a doença respiratória viral aguda, seguida de início rápido de hipoxia, dispneia e elevada temperatura, com prova radiológica de alargamento do mediastino

(h) ***Meníngea*:** uma pessoa com manifestação aguda de febre alta, possivelmente com convulsões, perda de consciência, sinais e sintomas meníngicos; vulgarmente notada em todas as infecções sistémicas, mas que pode apresentar-se sem quaisquer outros sintomas clínicos de antraz.

Antraz (humano)

e tem ligação epidemiológica a casos confirmados ou suspeitos em animais ou produtos animais contaminados

Caso confirmado

Um caso confirmado de antraz num ser humano pode definir-se como um caso clinicamente compatível de doença cutânea, pulmonar ou gastrointestinal que foi laboratorialmente confirmado por:

(c) isolamento de *B. anthracis*, a partir de um tecido ou ponto afectado; ou

(d) Outra prova laboratorial de infecção por *B. anthracis,* baseada em, pelo menos, dois testes laboratoriais positivos.

Nota: poderá não ser possível demonstrar *B. anthracis* em amostras clínicas, se o doente tiver sido tratado com agentes antimicrobianos.

Resposta ao limiar de alerta

Se houver um único caso suspeito:

- Comunicar imediatamente aos níveis apropriados a informação baseada em casos (sector da saúde pública e sector da saúde animal)
- Usar as precauções de barreira normais para todas as formas. Usar equipamento e vestuário de protecção (luvas, batas, viseiras) e protecção respiratória, se houver risco de aerossóis; desinfectar e proteger possíveis cortes ou escoriações, antes de colocar o vestuário de protecção.
- Proceder a uma limpeza do ambiente (desinfecção) com hipocloreto.
- Tratar e cuidar do doente com cuidados clínicos e usar antibióticos como a Penicilina V, penicilina procaína (casos não complicados) ou penicilina G (casos graves)
- Colher uma amostra com segurança, para confirmar o caso.
- Conduzir investigação conjunta (sectores da saúde pública e saúde animal) dos casos/mortes
- Para os animais exportados ou importados, é exigida a vacinação
- Nos seres humanos, é conveniente a vacinação preventiva selectiva, em caso de exposição ocupacional

Resposta ao limiar de acção

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Gráficos do número de casos suspeitos / prováveis / confirmados por data**.**

Local: Mapa de casos humanos e animais suspeitos e confirmados por área geográfica (distrito)

Pessoa: Quadro mostrando o número de casos suspeitos / prováveis / confirmados por data, idade e sexo

Antraz (humano)

Confirmação laboratorial	
Teste de diagnóstico	Isolamento do *Bacillus anthracis*, a partir de uma amostra clínica (e.g., sangue, lesões, corrimentos) Demonstração do *B.anthracis* numa amostra clínica, por exame microscópico de esfregaços corados (fluido vesicular, sangue, líquido cefalorraquidiano, fluido pleural, fezes) Serologia positiva (ELISA, borrão ocidental, detecção de toxinas, ensaio cromatográfico, teste de anticorpos fluorescentes)
Amostra	**Cutânea** 1. Para lesões vesiculares, duas colheitas de fluido vesicular de uma vesícula fechada 2. Para escaras, levantar a extremidade e colher duas amostras da parte de baixo 3. Para úlceras, retirar amostras da base da lesão com dois cotonetes humedecidos em soro fisiológico 4. Culturas de sangue obtidas antes da terapêutica antimicrobiana, se o doente mostrar indícios de sintomas sistémicos. 5. Fazer uma punção-biópsia de espessura total de uma pápula ou vesícula, incluindo a pele adjacente, em todos os doentes com uma lesão que esteja a ser avaliada por antraz cutâneo e apresentá-la para histopatologia em formalina a 10%. 6. Nos doentes que não estejam em tratamento com antibióticos ou em tratamento inferior a 24 horas, fazer uma segunda biópsia 7. Amostras de soro em doentes agudos ou convalescentes para teste serológico. **Gastrointestinal** 1. Culturas de sangue obtidas antes do tratamento antimicrobiano. 2. Fluido de ascite para cultura e PCR. 3. Amostra fecal ou rectal para cultura e PCR. 4. Lesão orofaríngea, se presente, para cultura e PCR. 5. Amostras de soro em doentes agudos ou convalescentes para teste serológico. 6. Tecidos da autópsia de casos fatais para histopatologia. **Inalação** 1. Culturas de sangue obtidas antes do tratamento antimicrobiano. 2. Fluido pleural, se presente, para cultura e PCR. 3. CSF, em doentes com sinais meníngicos, para cultura e PCR. 4. Biópsias pleurais e/ou brônquicas para IHQ. 5. Amostras de soro de doentes agudos e convalescentes para serologia 6. Tecidos da autópsia de casos fatais para histopatologia

Antraz (humano)

Colheita	As amostras devem ser colhidas em qualquer doente, em que esteja a ser avaliada a infecção cutânea por *Bacillus anthracis*. Poderá não ser possível demonstrar o *B.anthracis* em amostras clínicas, se o doente tiver sido tratado com agentes antimicrobianos. Uma amostra colhida no estádio vesicular é a que permite demonstrar melhor o organismo. As amostras para cultura devem ser colhidas, antes do início da terapêutica antimicrobiana. Se disponíveis nos laboratórios de referência, as amostras podem ser submetidas a PCR. Atenção: O *B.anthracis* é altamente contagioso
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	**Estádio vesicular**: colher fluido em vesículas intactas, com cotonetes estéreis. **Estádio das escaras**: sem remover a escara, introduzir o cotonete por baixo da extremidade da escara, rodar e colher o material da lesão. Guardar a amostra durante ≤24 h e transportá-la durante ≤2h à temperatura ambiente. **Fezes**: colher 5-10 g num recipiente limpo, esterilizado e estanque. Armazenar durante ≤24 h a 4°C. Transportar durante ≤1h à temperatura ambiente. **Sangue**: colher de acordo com o procedimento da instituição para uma cultura de sangue de rotina. Colher 10 ml de sangue em EDTA para PCR. Transportar durante ≤2h à temperatura ambiente. **Expectoração**: colher uma amostra de expectoração e colocá-la num recipiente esterilizado e estanque. Armazenar durante ≤24 h a 4°C. Transportar durante ≤2 h à temperatura ambiente.
Resultados	*Não existem serviços de diagnóstico de rotina para o antraz. Normalmente, é preciso requisitá-los com antecedência. Contactar a autoridade nacional competente ou a OMS.*

Antraz (humano)

Referências

- *WHO. Anthrax in humans and animals*. World Health Organization, Geneva. (2008) (disponível em http://www.who.int/csr/resources/publications/ AnthraxGuidelines2008/en/index.html
- *WHO Recommended Surveillance Standards* WHO/CDS/CSR/ISR/99.2
- *WHO Recommended Strategies for the Communicable Diseases Prevention and Control*, WHO/CDS/CPE/SMT/2001.13
- *2003 WHO Manual for Laboratory Diagnostic of Anthrax* (http://www.searo.who.int/en/Section10/Secção17/ Section 58/ Section 909.htm)
- *CDC: Anthrax Information for Health Care Providers* (http://emergency.cdc.gov/agent/anthrax/anthrax-hcp-factsheet.asp)
- *CDC: Recommended Specimens for Microbiology and Pathology for Diagnostic: Inhalation, Cutaneous, and Gastrintestinal Anthrax* (http://emergence.cdc.gov/agent/anthrax/lab-testing/recommended_specimens.asp)

Úlcera de Buruli (Doença da Mycobacterium ulcerans)

Enquadramento

- Infecção da pele causada por *Mycobacterium ulcerans* (um BAAR)
- Ocorre, principalmente, como lesões da pele (nódulos, crostas e úlceras), que podem ser complicadas pelo envolvimento dos ossos e articulações. O envolvimento de outros órgãos, como os olhos, é muito raro
- Propaga-se nas áreas intertropicais, em solos pantanosos ou nas imediações de corpos de água, florestas ou zonas mineiras de superfície
- Os doentes são classificados em três categorias:
    - **Categoria I**: doente com uma lesão única, cujo tamanho é inferior a 5 cm de diâmetro (lesão precoce)
    - **Categoria II**: doente com uma lesão única, cujo tamanho é entre 5 e 15 cm de diâmetro
    - **Categoria III**: doente com uma lesão única, cujo tamanho é superior a 15 cm de diâmetro ou com lesões múltiplas ou lesão localizada em pontos críticos (face, cabeça e pescoço, peito, períneo, órgãos genitais, lesão que se espalha sobre as articulações)
- O tratamento dos casos de úlcera de Buruli (UB) tem melhorado muito com o uso dos antibióticos recomendados pela OMS (rifampicina e estreptomicina) em 2004. A cirurgia ainda é necessária para os casos tardios (categoria III).O número cumulativo de casos era superior a 60 000, em 2009.
- O modo de transmissão ainda é desconhecido. A *M ulcerans* pode penetrar na pele, através da picada de insectos (aquáticos); microtraumas ou pequenas feridas
- A confirmação do diagnóstico é feita por PCR, pesquisa de BAAR com coloração ZN, cultura ou histologia. As amostras de lesões são colhidas por esfregaço da úlcera, aspiração por agulha fina (AAF) ou biópsia, em caso de cirurgia.

Objectivos da vigilância

- Distribuição geográfica da doença para localizar as áreas e os distritos endémicos e visar a detecção precoce de casos e seu tratamento correcto com os antibióticos recomendados pela OMS, assim como a prevenção das incapacidades

Definição de casos padrão

Caso suspeito: uma pessoa que apresente um nódulo cutâneo indolor, crosta e úlcera, e viva ou tenha visitado uma área endémica de UB

***Caso confirmado*:** um caso suspeito confirmado por, pelo menos, um teste laboratorial (ZN para BAAR, PCR, cultura ou histologia)

Úlcera de Buruli (Doença da Mycobacterium ulcerans)

Resposta ao limiar de alerta

Se houver um único caso suspeito:

- Notificar o caso suspeito ao nível apropriado do sistema de saúde

A nível da unidade de saúde:

- Colher uma amostra para confirmação laboratorial (cotonete ou AAF)
- Começar o curativo e o tratamento antibiótico combinado com:
  -- Rifampicina: 10 mg/kg por dia e por via oral durante 8 semanas (56 dias).
  -- Estreptomicina: 15 mg/kg injecção diária durante 8 semanas (56 dias)
- Transferir os doentes da categoria III para o hospital/centro de referência
- Preencher o formulário da notificação de casos (UB 01 ou UB 02), com as coordenadas GPS da aldeia de origem, e notificar os níveis de saúde distrital, regional e nacional
- Procurar outros casos na aldeia de origem do caso confirmado de UB

Resposta ao limiar de acção

Se um caso suspeito for confirmado (não aplicável à UB)

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Gráfico de casos por ano de diagnóstico e gráfico do número cumulativo de casos.

Local: Assinalar os casos por localização das habitações e colorir os distritos endémicos

Pessoa: Contar, mensalmente, os novos casos detectados por categoria dos doentes (Cat I, II ou III). Analisar a distribuição por idade e incapacidade, assim como os resultados do tratamento (casos curados, curados sem limitação dos movimentos ou amputação, recidiva após o tratamento com o antibiótico recomendado).

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	*Mycobacterium ulcerans:* Os esfregaços e as amostras da biópsia podem ser enviados ao laboratório para confirmação por: ▪ Coloração de Ziehl-Neelsen para bacilos álcool-ácido-resistentes ▪ Cultura ▪ PCR ▪ Histopatologia
Amostra	Esfregaços Amostras da biópsia

Úlcera de Buruli (Doença da Mycobacterium ulcerans)

Colheita	As amostras devem ser colhidas no doente suspeito com sintomas clínicos (nódulos, crostas, úlceras, osteomielite …) A amostra deve ser colhida, antes de se administrar qualquer antibiótico. Deve colher-se outra amostra no final do tratamento (se o tratamento não for eficaz ou se for indicada cirurgia)
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	Colheita da amostra: é importante evitar a contaminação cruzada entre a colheita de amostras Materiais: cotonetes secos e recipientes. Tipos de amostras: formas não ulcerativas, formas ulcerativas, osso Armazenar a 4°C
Resultados	A úlcera de Buruli é, normalmente, diagnosticada clinicamente e encontrando bacilos álcocol-ácido-resistentes (BAAR) em esfregaços de úlceras infectadas e biópsias de tecidos. Pode também ser identificada, usando a PCR. A *M ulcerans* pode ser cultivada num laboratório de referência, usando os mesmos meios de cultura usados para criar a *M.tuberculosis.* O organismo cresce muito lentamente, requerendo, normalmente, várias semanas para apresentar colónias visíveis. Os serviços de diagnóstico não estão disponíveis como rotina. Contactar a autoridade nacional competente ou a OMS.

Referências

- Resolution WHA 57.1 on surveillance and control of *Mycobacterium ulcerans disease* (Buruli ulcer). In: 57th World Health Assembly, Geneva, 17-22 May 2004; Resolutions and decisions, Annexes. Geneva, WHO; 2004 (WHA57/2004/REC/1: 1-2)
- Provisional guidance on the role of specific antibiotics in the management of *Mycobacterium ulcerans* disease (Buruli ulcer) WHO/CDS/CPE/GBUI/2004.10
- Buruli ulcer: First programme review meeting for West Africa – Summary report. WHO, WER, 6; 2009 : 43-48
- *Control of Communicable Diseases Manual*, 18th Edition
- *District Laboratory Practice in Tropical Countries*, Cambridge
- Ulcere de Buruli, prise en charge de l'infection a *Mycobacterium ulcerans*

Chikungunya

Enquadramento

- A febre de chikungunya é uma doença viral que se propaga pela picada de mosquitos infectados. A doença é semelhante à febre do dengue e caracteriza-se por dores articulares (artrite) graves e, por vezes, persistentes, assim como febre e erupção cutânea. Raramente é fatal. No entanto, a ocorrência generalizada da doença causa considerável morbilidade e perdas económicas.

- O termo "chikungunya" é maconde e significa "aquilo que se dobra", em referência à postura arqueada dos doentes afectados pelas intensas dores articulares associadas com a doença. Epidemias de febre, erupção cutânea e artrite, semelhantes à febre de Chikungunya, foram registadas já em 1779. Contudo, o vírus foi isolado, pela primeira vez, entre 1952 e 1953, no homem e em mosquitos, durante uma epidemia na Tanzânia.

- A febre de chikungunya, historicamente, manifestava-se com perfis epidemiológicos interessantes, em que: as grandes epidemias apareciam e desapareciam ciclicamente, geralmente com um período inter-epidemia de 7-8 anos e, por vezes, mesmo de 20 anos. Após um longo período de ausência, surgiram surtos na Indonésia, em 1999, que têm estado virtualmente presentes desde 2004.

Objectivos da vigilância

- Detectar rapidamente casos e surtos esporádicos de chikungunya e procurar a verificação laboratorial

- Identificar as áreas de alto risco, para melhorar a prevenção dos surtos, tomando medidas para evitar as picadas de mosquitos e eliminar os seus locais de reprodução.

Definição de casos padrão

Caso suspeito:

Uma pessoa com manifestação aguda de febre >38,5°C e artralgia/artrite grave não explicada por outras condições médicas.

Caso confirmado:

Um caso suspeito, com confirmação laboratorial.

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de casos de chikungunya:

- Comunicar imediatamente ao nível seguinte a informação relativa aos casos.
- Colher amostras, para confirmar os casos
- Efectuar uma investigação, para determinar os factores de risco de transmissão
- Cuidar e tratar dos casos, usando agentes anti-inflamatórios

Chikungunya

Resposta ao limiar de acção

Se os casos de chikungunya forem confirmados

- Normalmente, é suficiente o descanso e o tratamento dos sintomas, para atenuar a dor e a febre, usando fármacos anti-inflamatórios. A dor articular persistente pode exigir uma terapêutica a longo prazo com analgésicos e anti-inflamatórios.
- A prevenção depende inteiramente das medidas que se tomam para evitar as picadas dos mosquitos e eliminar os seus locais de reprodução.

Para evitar as picadas dos mosquitos:

- Usar vestuário de manga comprida e vestidos compridos para proteger os membros.
- Usar espirais e repelentes de mosquitos.
- Usar redes mosquiteiras – para proteger os bebés, os idosos e outros, que possam estar a descansar durante o dia. A eficácia dessas redes pode ser melhorada, se forem impregnadas com permetrina (insecticida piretróide). As cortinas (de tecido ou bambu) podem também ser impregnadas com insecticida e penduradas nas janelas ou na soleira das portas, para repelir ou matar os mosquitos.
- Os mosquitos ficam infectados, quando picam as pessoas que estão doentes com chikungunya. As redes mosquiteiras e as espirais contra mosquitos ajudam a impedir que eles piquem os doentes.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer, semanalmente, um gráfico dos casos e óbitos. Traçar uma curva epidémica durante os surtos.

Local: Assinalar a localização das habitações com casos, através de um mapeamento preciso.

Pessoa: Comunicar, imediatamente, a informação relativa aos casos e óbitos. Notificar, mensalmente, o resumo dos totais. Durante um surto, contar os casos e óbitos semanalmente. Analisar por idade. Avaliar os factores de risco, para melhorar a prevenção dos surtos.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Os testes serológicos revelam um aumento da titulação de anticorpos contra o vírus da chikungunya; o vírus pode ser isolado no sangue de doentes agudos, em ratinhos recém-nascidos, mosquitos ou cultura de células ou detectado usando IFA ou a reacção em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR)
Amostra	Soro

Chikungunya

Colheita	Colher a amostra no primeiro caso suspeito. Os casos suspeitos de CHIK ocorrem em grupos. Colher amostras representativas nos casos suspeitos. Se um surto for confirmado, colher mais amostras dos casos e também de mosquitos das casas afectadas. Tipo de amostra ▪ Sangue da fase aguda (0-10 dias após início) ▪ Sangue da fase de convalescença (7 - 21 dias após início) Momento da colheita: Quando o doente se apresentar; colher segunda amostra durante a convalescença. Entre 7 e 21 dias após início.
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	O transporte de amostras deve seguir as orientações da OMS para o transporte seguro de substâncias infecciosas e amostras para diagnóstico (OMS, 1997). Para ELISA: ▪ Refrigerar o soro ou coágulo entre 2º a 8º C, para os testar dentro de 24 horas. Se for necessário guardar durante mais tempo, armazenar a -80º. Para isolamento e RT-PCR ▪ Armazenar a -80º ou transportar a seco em “dry shipper” totalmente carregado. Os mosquitos para os testes devem ser transportados a seco em “dry shipper” totalmente carregado. Preferencialmente, espécies Aedes.
Resultados	Os serviços de diagnóstico para a chikungunya não estão rotineiramente disponíveis. Contactar a autoridade nacional competente ou a OMS. ▪ A Unidade de Gestão dos Surtos de Doenças, do Ministério da Saúde, deve enviar amostras para os laboratórios de referência da OMS, por exemplo o KEMRI ▪ Os resultados preliminares estão prontos 24 horas depois de as amostras chegarem ao laboratório. Os resultados da confirmação estão prontos uma semana depois da recepção das amostras.

Chikungunya

Referências

- *Weekly Epidemiological Record N° 1*, 2005, 80, 1-8; http//www.who.int/wer
- World Health Organization http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/en/
- United States, Centers for Disease Control http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/chikungunya/
- Sergon et al *Seroprevalence of Chikungunya Vírus (CHIKV) Infection on Lamu Island*, Kenya, October 2004. Am J Trop Med Hyg. 2008 Feb;78(2):333-337
- Powers et al. *Evolutionary relationships and systematics of the alphavíruses*. J Virol. 2001 Nov;75(21):10118-31

Cólera

Enquadramento

- **Doença aguda,** com diarreia aquosa abundante, causada por *Vibrio cholerae,* serogrupos O1 ou O139. A doença é transmitida, sobretudo, pela via fecal–oral, isto é, quando se come ou bebe alimentos ou água contaminados.

- A cólera causa mais de 100 000 mortes por ano. Pode produzir epidemias rapidamente progressivas ou pandemias mundiais. Nas áreas endémicas, podem ocorrer casos esporádicos (menos de 5% de todos os casos de diarreia não relacionados com o surto) e pequenos surtos.

- O período de incubação vai de algumas horas a 5 dias, mas, normalmente, dentro dos limites de 2 a 3 dias.

- Houve um ressurgimento da cólera em África desde meados dos anos 1980, tendo mais de 80% dos casos, em todo o mundo, ocorrido em 1999. A maioria dos casos ocorreu entre Janeiro e Abril.

- A cólera pode causar desidratação grave em apenas algumas horas. Nos doentes não tratados, com desidratação grave, a taxa de casos fatais (CFR) pode exceder 50%. Se os doentes recorrerem à unidade de saúde e receberem o tratamento correcto, a CFR é, normalmente, inferior a 1%. Pelo menos, 90% dos casos são ligeiros e permanecem sem diagnóstico.

- Factores de risco: comer ou beber alimentos contaminados, tais como peixe não cozinhado ou marisco dos estuários, não ter acesso contínuo a água potável e alimentos seguros, participar em grandes ajuntamentos de pessoas, incluindo cerimónias, como casamentos ou funerais, e contactar com casos fatais de cólera.

- Outras doenças diarreicas entéricas podem causar diarreia aquosa, especialmente nas crianças menores de 5 anos. Consultar as orientações sumárias sobre *diarreia com desidratação*.

Objectivos da vigilância

- Detectar e responder rápida e apropriadamente aos casos e surtos de diarreia aquosa. Para confirmar um surto, colher e transportar amostras de fezes no meio de Cary-Blair.
- Fazer a notificação imediata dos respectivos casos e óbitos, quando há suspeitas de um surto.

Definição de casos padrão

Caso suspeito:

- Um doente com 5 anos ou mais, com desidratação grave ou morte por diarreia aquosa aguda.
- Se houver uma epidemia de cólera, um caso suspeito é uma pessoa com 5 anos ou mais, com diarreia aquosa aguda, com ou sem vómitos.

Caso confirmado:

- Um caso suspeito, em que o *Vibrio cholerae* O1 ou O139 foi isolado nas fezes.

Cólera

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de um único caso:

- Comunicar imediatamente a informação baseada em casos.
- Gerir e tratar o caso de acordo com as orientações nacionais.
- Realçar a importância da lavagem das mãos e dos procedimentos de isolamento.
- Realizar investigação baseada em casos, para identificar casos semelhantes não notificados anteriormente.
- Obter amostras de fezes de 5 doentes nos 5 dias seguintes à manifestação de diarreia aquosa aguda e antes de iniciar o tratamento com antibióticos. Ver as orientações laboratoriais para obter informação sobre o modo de preparar, armazenar e transportar a amostras.

Resposta ao limiar de acção

Se um caso suspeito for confirmado:

- Instalar um centro de tratamento na localidade em que os casos ocorram. Tratar os casos no local, em vez de pedir aos doentes que se desloquem aos centros de tratamento permanentes noutro local.
- Reforçar a gestão dos casos, incluindo o tratamento.
- Mobilizar imediatamente a comunidade, para permitir a rápida detecção e tratamento dos casos. Investigar a disponibilidade de água potável.
- Trabalhar com os líderes comunitários, para limitar o número de funerais ou outros grandes ajuntamentos, para cerimónias ou outras razões, especialmente durante uma epidemia.
- Reduzir os casos esporádicos e relacionados com o surto, através do acesso permanente a água potável. Promover a preparação segura dos alimentos (especialmente pescado, fruta e vegetais). Promover a remoção segura dos resíduos humanos.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico semanal dos casos e óbitos e traçar uma curva epidémica durante os surtos. Comunicar imediatamente a informação baseada em casos e, mensalmente, a informação resumida para a vigilância de rotina.

Local: Assinalar a localização das habitações com casos.

Pessoa: Contar, semanalmente, a totalidade dos casos e óbitos devidos a casos esporádicos e surtos. Analisar a distribuição dos casos por idade e de acordo com as fontes de água potável. Avaliar os factores de risco, para melhor controlar os casos esporádicos e os surtos.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Isolar o *V. cholerae* da cultura de fezes e determinar o serótipo O1, usando antisoros polivalentes para o *V. cholerae* O1. Se desejar, confirmar a identificação com antisoros Inaba e Ogawa. Se a amostra não for serotipável, considerar o *V. cholerae* O139 (ver nota na coluna dos Resultados).

Cólera

Amostra	Fezes líquidas ou amostra rectal
Colheita	Para cada nova zona afectada pelo surto, deve fazer-se a confirmação laboratorial. Colher uma amostra de fezes do primeiro caso suspeito de cólera. Se houver mais de um caso suspeito, colher amostras de 5 a 10 casos. Colher as fezes de doentes que correspondam à definição de casos e: ▪ Tenham tido manifestações nos últimos 5 dias, e ▪ Antes de iniciarem o tratamento com antibióticos *Não atrasar o tratamento de doentes desidratados.* As amostras podem ser colhidas após o início da reidratação (SRO ou terapia IV). Se possível, as amostras podem ser colhidas em 5 – 10 casos suspeitos, em cada 1 – 2 semanas, para monitorizar a cessação do surto, alterações nos serótipos e os padrões de sensibilidade aos antibióticos do *V.cholerae*.
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	▪ Colocar a amostra (fezes ou esfregaço rectal) num recipiente limpo e estanque e transportá-la para o laboratório nas 2 horas seguintes. ▪ Se estiver prevista uma demora superior a 2 horas, colocar o esfregaço rectal no meio de transporte Cary-Blair. Se não estiver disponível o meio de transporte Cary-Blair e a amostra não chegar ao laboratório nas 2 horas seguintes: ▪ Armazenar entre 4°C a 8°C ▪ Não deixar a amostra secar. Se necessário, adicionar uma pequena quantidade de NaCl a 0,85% ▪ O transporte deve ser feito em recipiente bem identificado e estanque ▪ Transportar o recipiente em caixa frigorífica entre 4ºC a 8ºC

Cólera

Resultados	▪ Os testes da cólera podem não ser rotineiramente realizados em todos os laboratórios. ▪ Os resultados da cultura, normalmente, demoram 2 a 4 dias, depois de a amostra chegar ao laboratório. ▪ O meio de transporte Cary-Blair é estável e, normalmente, mantém-se em boas condições durante, pelo menos, um ano após a preparação. Não exige refrigeração, se for mantido estéril e em recipiente devidamente selado. Se a cor mudar (passar a amarelo) ou encolher (menisco côncavo), não usar o meio. ▪ O serótipo O139 não foi notificado em África e apenas em alguns locais no Sudoeste Asiático. A determinação serológica de Ogawa ou Inaba não é clinicamente necessária. Também não é necessária, se os resultados dos antisoros polivalentes forem claramente positivos.

Referências

- *Management of the patient with cholera*, World Health Organization, 1992. WHO/CDD/SER/91.15 Rev1 (1992)
- *Epidemic diarreial disease preparedness and response--Training and practice. Facilitator and participant manuals*. World Health Organization, 1997. WHO/EMC/DIS/97.3 and WHO/EMC/DIS/97.4
- *Laboratory Methods for the Diagnostic of Epidemic Dysentery and Cholera*. CDC/WHO, 1999 CDC, Atlanta, GA, USA

Febre do Dengue

incluindo a febre hemorrágica do dengue (FHD) e a síndrome de choque do dengue (SCD)

Enquadramento

- A febre do dengue é um arbovírus transmitido por mosquitos aedes (tanto Ae. aegypti como Ae. albopiticus). O dengue é causado por quatro vírus serologicamente distintos, mas intimamente relacionados: os vírus do dengue (DENV) 1, 2, 3 e 4, da família Flaviviridae.

- A febre do dengue é uma pandemia emergente que se propagou em todo o mundo, durante os últimos 30 anos, como consequência das alterações verificadas na ecologia humana. O dengue encontra-se nas regiões tropicais e subtropicais de todo o mundo, predominantemente nas zonas urbanas e semi-urbanas. Durante as epidemias de dengue, as taxas de infecção entre as pessoas que não estiveram anteriormente expostas ao vírus situam-se, muitas vezes, entre os 40% e os 50%, mas podem atingir 80% a 90%.

- A febre do dengue é uma doença grave, de tipo gripal, que afecta bebés, crianças pequenas e adultos, mas raramente é mortal. A febre hemorrágica do dengue (FHD) é uma complicação potencialmente mortal, que se tornou na primeira causa de hospitalização e morte entre as crianças asiáticas. Existem provas seguras de que a infecção sequencial, com diferentes serótipos do vírus do dengue, aumenta o risco de doença mais grave, que pode resultar em síndrome de choque (SCD) e em morte.

- A actividade do dengue epidémico em África tem consistido, maioritariamente, na febre do dengue clássica, causada pelo DENV-1 e DENV-2, sem mortalidade associada. O primeiro grande surto de DENV-3 em África foi documentado em Moçambique, em 1984-1985. Durante esse surto, a maioria dos doentes experienciou infecções secundárias e registaram-se 2 mortes atribuíveis à FHD e à síndrome de choque. Em 2008, verificou-se que a febre amarela e o DENV-3 circulavam, em simultâneo, em Abidjan, na Côte d'Ivoire, sem, contudo, se identificarem casos graves de dengue, nem mortes a ele atribuíveis.

- Não existe um tratamento específico para o dengue, mas os cuidados médicos apropriados salvam, frequentemente, as vidas dos doentes com febre hemorrágica do dengue.

- Os humanos infectados são os principais portadores e multiplicadores do vírus, servindo como fonte do vírus para os mosquitos *Aedes aegypti* não infectados, que mantêm o ciclo da transmissão urbana do dengue. O vírus circula no sangue dos humanos infectados durante 2-7 dias, os quais têm febre, aproximadamente ao mesmo tempo. Um ciclo de transmissão silvática foi documentado na África Ocidental, onde o DENV-2 foi encontrado em macacos. Não existem provas da transmissão pessoa a pessoa.

- Presentemente, o único método de controlar ou evitar a transmissão do vírus do dengue é combater os mosquitos vectores, usando a gestão do ambiente e métodos químicos.

Objectivos da vigilância

- Vigilância de casos suspeitos e investigação de grupos de casos suspeitos, em zonas com mosquitos *Ae. aegypti* e *Ae. Albopiticus*

Febre do Dengue

incluindo a febre hemorrágica do dengue (FHD) e a síndrome de choque do dengue (SCD)

Definição de casos padrão

Caso suspeito de febre do dengue: uma pessoa com doença febril aguda, com a duração de 2-7 dias e dois ou mais dos seguintes sintomas: dores de cabeça, dor retro-orbital, mialgia, artralgia, exantema, manifestações hemorrágicas ou leucopenia.

Caso confirmado de febre do dengue: um caso suspeito com confirmação laboratorial (anticorpo IgM positivo, aumento dos títulos de anticorpos IgG, PCR positivo ou isolamento viral).

Febre hemorrágica do dengue: um caso provável ou confirmado de dengue, com tendências hemorrágicas, como comprovado por um ou mais dos seguintes testes: teste do torniquete positivo; petéquias, equimoses ou púrpura; sangramento: mucosa, tracto gastrointestinal, pontos de injecção ou outros; hematemese ou melena; e trombocitopenia (100 000 células ou menos por mm3) e evidência de perda de plasma devida ao aumento da permeabilidade vascular, manifestada por um ou mais dos seguintes: 20% de aumento no hematócrito médio, para a idade e sexo, 20% de quebra no hematócrito, na sequência da terapia de substituição de volume, em relação ao valor inicial, sinais de perda de plasma (efusão pleural, ascites, hipoproteinemia).

Síndrome de choque do dengue: todos os critérios acima mencionados, mais evidência de falha circulatória, manifestada por um pulso rápido e fraco e pressão de pulso estreito (≤ 20 mm Hg) ou hipotensão por idade, frio, pele viscosa e estado mental alterado.

Resposta ao limiar de alerta

Se houver um único caso suspeito:

- Comunicar, imediatamente, ao nível seguinte a informação baseada em casos.
- Efectuar uma pesquisa activa de outros casos
- Colher amostras para confirmar os casos

Resposta ao limiar de acção

Se houver um único caso confirmado:

- Comunicar, imediatamente, ao nível seguinte a informação baseada em casos.
- Efectuar uma pesquisa activa de outros casos
- Colher amostras para confirmar os casos
- Inquirir a comunidade, para determinar a abundância de mosquitos vectores, identificar os habitats larvares mais produtivos, promover e implementar planos para a sua eliminação, gestão ou tratamento, com larvicidas apropriados.
- Educar o público e promover comportamentos para remover, destruir ou gerir os habitats larvares dos mosquitos vectores.
- Gerir e prestar tratamento clínico aos casos de febre do dengue. Implementar as precauções padrão de controlo da infecção. Evitar o acesso dos mosquitos aos doentes, usando mosquiteiros de cama.
- Transferir os casos suspeitos de FHD/SCD para serviços mais avançados.

Febre do Dengue

incluindo a febre hemorrágica do dengue (FHD) e a síndrome de choque do dengue (SCD)

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer, semanal/mensalmente, um gráfico dos casos e mortes. Traçar uma curva epidémica durante o surto.

Local: Assinalar a localização das habitações e locais de trabalho com casos, usando mapas precisos.

Pessoa: Taxa de casos fatais. Analisar a distribuição por idade e sexo. Percentagem de casos de FHD/SCD e de hospitalizações.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Demonstração de IgM e IgG por ensaios de anticorpos. Detecção de sequências genómicas virais por PCR. Isolamento do vírus do dengue, usando cultura de células. Ensaios de detecção de antigénios para amostras de fase aguda, quando o PCR ou o isolamento são negativos. Demonstração do antigénio do vírus do dengue em tecido de autópsia, por imunohistoquímica ou imunofluorescência ou em amostras de soro por EIA. *Nota: existem várias técnicas de diagnóstico para documentar uma infecção pelo vírus do dengue. O teste ELISA de captura de IgM é o teste básico para o diagnóstico serológico.*
Amostra	ELISA: sangue total, soro ou plasma de casos agudos (0-5 dias)e convalescentes (6 ou mais dias), dependendo de cada caso. PCR: sangue total ou coágulo de sangue, soro/plasma ou tecido, de preferência de amostras de casos agudos (0-5 dias) As amostras devem ser colhidas para diagnosticar uma morte suspeita por dengue: Uma amostra de sangue, para tentar a PCR, o isolamento viral e a serologia. Para fazer uma autópsia, deve colher-se sangue do coração.

Febre do Dengue

incluindo a febre hemorrágica do dengue (FHD) e a síndrome de choque do dengue (SCD)

Colheita	Colher uma amostra do primeiro caso suspeito. Se houver mais do que um caso suspeito, colher amostras de 5 a10 casos suspeitos. Tipo de amostra ▪ Sangue da fase aguda (0-5 dias após início dos sintomas) ▪ Sangue da fase de convalescença (≥ 6 dias após início) Momento da colheita ▪ Colher segunda amostra durante a convalescença. Entre os dias 6 e 21 após o início dos sintomas. O diagnóstico laboratorial dos casos fatais é indispensável para compreender os factores de risco dos casos graves.
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	O transporte das amostras deve obedecer às orientações da OMS para o transporte seguro de substâncias infecciosas e amostras para diagnóstico. *Para ELISA ou PCR:* ▪ Refrigerar o soro ou o coágulo. Para armazenagem a longo prazo, congelar a -20º C ▪ Congelar (a -20C ou mais) as amostras de tecido para o isolamento do vírus Se tiver sido feita uma autópsia e não houver tecidos frescos, devem apresentar-se, para os estudos imunohistoquímicos, tecidos fixados em formalina.
Resultados	**Os serviços de diagnóstico para a febre do dengue e a febre hemorrágica do dengue não estão rotineiramente disponíveis.** Normalmente, é necessário requisitá-los com antecedência. Contactar a autoridade nacional competente ou a OMS.

Referências

▪ *WHO Recommended Surveillance Standards* WHO/CDS/CSR/ISR/99.2

▪ *Dengue: Clinical and Public Health Aspects*/CDC

Diabetes

Enquadramento

- A diabetes mellitus (DM) é uma doença crónica generalizada, que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não consegue usar eficazmente a insulina que produz. A diabetes pode provocar graves complicações de saúde, incluindo doença cardíaca, cegueira, insuficiência renal e amputações dos membros inferiores.

- A forma mais comum é a diabetes do tipo 2, que representa mais de 85% dos casos. Outras formas são menos comuns, como o tipo 1 (10% dos casos), a diabetes específica e a diabetes gestacional (5% dos casos).

- Os factores de risco que afectam o início da diabetes são bem conhecidos e incluem factores não modificáveis, como a idade (acima dos 45 anos de idade), história familiar e causas da diabetes na gravidez. Os factores de risco de diabetes modificáveis são a obesidade, a inactividade física e o consumo excessivo de álcool.

- A prevalência mundial em 2000 estava estimada em 2,8%, com projecções de 4,8% até 2030. O número total de pessoas afectadas subirá de 171 milhões, em 2000, para 366 milhões, em 2030, se não forem tomadas medidas. A mortalidade anual mundial relacionada com a diabetes está estimada em mais de um milhão.

- A diabetes deixou de ser considerada uma doença rara em África. As estimativas mais recentes, baseadas na abordagem STEP-wise da OMS para a monitorização dos factores de risco das doenças não transmissíveis, indicam uma prevalência entre 1% e 20%. Em alguns países, como a Maurícia, chega aos 20%.

- A taxa de amputação de membros associada à diabetes varia entre 1,4% e 6,7% dos casos de pé diabético. Em alguns países africanos, a taxa de mortalidade é superior a 40 por 10 000 habitantes.

- Na Região Africana, os esforços feitos para criar uma ambiente que reforce a luta contra a diabetes incluem a adopção de resoluções sobre doenças não transmissíveis, em 2000, a estratégia para as doenças cardiovasculares, em 2005, e a estratégia para a diabetes mellitus, em 2007. A Organização Mundial da Saúde e a Federação Internacional da Diabetes (FID) também realizaram acções conjuntas para contribuir para a promoção dos conhecimentos sobre a diabetes em África.

Objectivos da vigilância

- Estimar a magnitude da doença
- Monitorizar as tendências e os factores de risco
- Identificar as populações de maior risco (e.g., grupos etários, urbanas vs. rurais)
- Monitorizar as actividades dos programas de prevenção e controlo

Definição de casos padrão

Novo caso suspeito:

Uma pessoa que apresente os seguintes sintomas:

- Mais sede
- Mais fome
- Urinar frequente

Diabetes

Novo caso confirmado:
Uma pessoa com medição da glicose do plasma venoso em jejum ≥ 7 mmol/L (126 mg/dl) ou glicose capilar ≥ 6.1 mmol/L (110 mg/dl)
ou
Uma pessoa com medição da glicose do plasma venoso sem jejum ≥ 11.1mmol/L (200 mg/dl) ou glicose capilar ≥ 11,1 nnik>k (200 mg/dl)

**Notificar apenas o primeiro diagnóstico do doente confirmado laboratorialmente*

Acções de saúde pública recomendadas

Para as pessoas com diabetes:

- Tratar os casos confirmados, de acordo com as orientações padrão para a gestão dos casos (WHOPEN).

Prevenção a nível de distrito:

- Implementar um programa integrado de prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, que se concentre na diabetes, através da sensibilização das comunidades e das actividades de educação, conduzidas de acordo com os programas nacionais de prevenção e controlo das doenças não transmissíveis. Estas actividades incluem estratégias multisectorais e planos de acção sobre dietas, redução de peso e actividade física.
- Implementar medidas clínicas de prevenção e intervenções para tratamento, usando orientações baseadas em evidências (por exemplo, o rastreio de doentes de alto risco).

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer, trimestralmente, um gráfico dos casos, para analisar as tendências.

Local: Comparar as tendências distritais com as tendências nacionais e regionais.

Pessoa: Analisar a distribuição dos casos por idade e outros factores demográficos.

****Os dados sobre as doenças não transmissíveis são analisados para as tendências a longo prazo***

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Medir a glicose no sangue capilar, usando um teste de tira reagente e um medidor de referências Medir a glicose no plasma, usando um método de teste colorimétrico para a glicose oxidase Definição de caso laboratorial (ver secção 8.0)

Diabetes

Amostra	Plasma Sangue capilar
Colheita	As medições da glicose do sangue devem ser realizadas no dia e na hora solicitada. Amostra em jejum: para o adulto, o tempo de jejum é, normalmente, de 10 a 16 horas. Para as crianças, é de 6 horas. Amostra pós-prandial: amostra pós-prandial de 2h.
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	A amostra deve ser analisada tão depressa quanto possível (antes de 2 horas), na unidade de saúde em que foi colhida.
Resultados	Os resultados ficam prontos em poucas horas.

Referências

- *Non communicable diseases: A strategy for the African Region*, AFR/RC50/10
- *Cardiovascular Diseases in the African Region: Current situation and perspectives*, AFR/RC55/12
- *Diabetes prevention and control: a strategy for the African Region*, AFR/RC57/7
- Steps manual: http://www.who.int/chp/steps/en/
- Gojka R et al, *Global prevalence of diabetes, Diabetes care* 27(5): 1047–1053, 2004.
- IDF, *Diabetes Atlas,* 2nd Edition, Brussels, International Diabetes Federation, 2003.
- WHO, *Preventing chronic* diseases*: A vital investment,* Geneva, World Health Organization, 2005.
- WHO, *The burden of mortality attributable to diabetes,* Geneva, World Health Organization, 2004.
- WHO-PEN: Protocols for health promotion, prevention and management of NCDs at primary care level http://www.afro.who.int/en/divisions-a-programmes/ddc/division/2257-who-pen-protocols.html
- *District Laboratory Practice in Tropical Countries*, Cambridge

Diarreia sanguínea (Shigella)

Enquadramento

- A *Shigella dysenteriae* do tipo 1 (SD1*)* é a causa mais comum de infecções entéricas e é transmitida de pessoa a pessoa, através da propagação fecal-oral.
- Os surtos de grande escala podem ser causados por *Shigella dysenteriae* tipo 1 (SD1), infectando até 30% das populações. A taxa de casos fatais pode aproximar-se dos 20% entre as crianças pequenas e pessoas idosas com desidratação grave.
- O período de incubação é de 1 a 4 dias.
- A doença clínica caracteriza-se por febre aguda e diarreia sanguínea, podendo igualmente apresentar-se com sintomas e sinais sistémicos, assim como com desidratação, especialmente nas crianças pequenas.
- Factor de risco: zonas superpovoadas, com água não potável e mau saneamento (por exemplo, populações refugiadas e famintas).
- A SD1 é, frequentemente, resistente a antibióticos múltiplos, incluindo trimetoprim-sulfametoxazole.
- *A E. coli* enterohemorrágica e enteroinvasiva e outras bactérias ou parasitas, como a *Entamoeba histolytica* podem também provocar diarreia sanguínea.

Objectivos da vigilância

- Detectar e responder prontamente aos surtos de disenteria.
- Melhorar a percentagem de casos laboratorialmente confirmados e avaliar a proporção verificada como tipo 1 (SD1).
- Determinar o padrão de sensibilidade aos antibióticos dos agentes isolados (especialmente SD1), tanto para a vigilância de rotina como durante os surtos.

Definição de casos padrão

Caso suspeito:
Uma pessoa com diarreia e sangue visível nas fezes.

Caso confirmado:
Caso suspeito com cultura de fezes positiva para *Shigella dysenteriae* tipo1.

Resposta ao limiar de alerta

Se observar que o número de casos ou óbitos aumenta durante um período de tempo:

- Notificar esse aumento ao nível seguinte do sistema de saúde.
- Tratar os casos suspeitos com reidratação oral e antibióticos, com base nos últimos resultados disponíveis sobre susceptibilidade.
- Obter uma amostra da matéria fecal ou esfregaço rectal, para confirmar o surto de SD1.
- Investigar o caso, para determinar os factores de risco que contribuem para a transmissão.

Diarreia sanguínea (Shigella)

Resposta ao limiar de acção

Se uma suspeita de surto for confirmada:

- Procurar outros casos na localidade onde ocorreram os casos confirmados.
- Reforçar a gestão e o tratamento dos casos.
- Mobilizar a comunidade para possibilitar a rápida detecção e tratamento dos casos.
- Identificar as populações de alto risco, usando os dados sobre as pessoas, local e tempo.
- Reduzir os casos esporádicos e relacionados com o surto, promovendo a lavagem das mãos com sabão ou cinzas e água, depois de defecar e antes de manusear os alimentos. Reforçar o acesso ao abastecimento e armazenamento de água potável e o uso de latrinas e a remoção segura dos resíduos humanos.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer mensalmente um gráfico das tendências dos casos e óbitos. Traçar uma curva epidémica para os casos de surto.

Local: Assinalar a localização das habitações com casos.

Pessoa: Contar os casos e os óbitos todos os meses. Durante um surto, contar todas as semanas os casos relacionados com o surto. Analisar rotineiramente a distribuição por idade. Avaliar os factores de risco, para melhorar o controlo e a prevenção das doenças esporádicas e dos surtos.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Isolar a *Shigella dysenteriae* tipo 1 (SD1) em cultura, para confirmar o surto de shigella. Se SD1 for confirmada, realizar testes de sensibilidade aos antibióticos, com medicamentos apropriados.
Amostra	Fezes ou esfregaço rectal.
Colheita	Para cada nova zona afectada pelo surto, deve fazer-se a confirmação laboratorial. Colher a amostra quando há suspeita de um surto. Colher as fezes de 5-10 doentes que tenham diarreia sanguínea e: ·Início nos últimos 4 dias, e ·Antes do início do tratamento com antibióticos. De preferência, guardar as fezes num recipiente limpo e seco. Não contaminar com urina. Colher uma amostra das fezes, seleccionando as partes da amostra com sangue ou muco. Se não for possível colher fezes, obter uma amostra rectal com uma mecha de algodão limpa.

Diarreia sanguínea (Shigella)

Preparação, armazenamento e transporte das amostras	Colocar a amostra de fezes ou o esfregaço rectal em meio de transporte Cary-Blair. Transportar refrigerada para o laboratório. Se o meio Cary-Blair não estiver disponível, enviar a amostra para o laboratório nas 2 horas seguintes, num recipiente limpo e seco, com uma tampa bem apertada. As amostras não conservadas no meio Cary-Blair sofrerão uma redução significativa da *shigellae* após 24 horas. Se for necessário o armazenamento, manter as amostras entre 4°C e 8°C, mas não as congelar.
Resultados	Os resultados da cultura estão, normalmente, disponíveis entre 2 a 4 dias, após a recepção no laboratório. Os isolados de SD1 devem caracterizar-se por susceptibilidade aos antibióticos. Após confirmação dos 5-10 casos iniciais de um surto, fazer a amostragem de apenas um pequeno número de casos, até que o surto termine, para monitorizar a cessação do surto e os padrões de sensibilidade aos antibióticos, que orientarão o tratamento definitivo. Consultar as orientações específicas para a doença na Secção 8.0, para mais informação sobre o potencial epidémico da *Shigella dysenteriae* 1

Referências

- *Guidelines for the control of epidemics due to Shigella dysenteriae type 1*. WHO/CDR/95.4
- *Safe Water Systems for the Developing World: A Handbook for Implementing Household-based Water Treatment and Safe Storage Projects*. Department of Health & Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta. 2000
- *Laboratory Methods for the Diagnostic of Epidemic Dysentery and Cholera*. CDC/WHO, 1999 CDC, Atlanta, GA, USA

Diarreia com desidratação em crianças menores de 5 anos

Enquadramento

- A diarreia com desidratação em crianças menores de 5 anos deve-se a infecções do tracto gastrointestinal causadas por vírus (especialmente o *rotavírus*), bactérias *(E. Coli, Salmonellae, shigellae, Campylobacter, Yersinia* e outras) e parasitas (*Giardia, Entamoeba*, cryptosporidia e cyclospora). Estas doenças são transmitidas através do consumo de alimentos ou água contaminados ou através da propagação fecal-oral.
- As doenças diarreicas representam a segunda maior causa de morte entre os menores de 5 anos, em muitos países africanos, com mais de 3 milhões de mortes por ano.
- Para agentes patogénicos diferentes, observam-se diferentes padrões epidemiológicos (por exemplo, a sazonalidade).
- A OMS e a UNICEF advogam que cada equipa distrital deve usar a estratégia da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), para reduzir a morbilidade e a mortalidade por diarreias na infância.

Objectivos da vigilância

- Detectar prontamente os surtos de diarreia. A confirmação laboratorial pode confirmar os surtos de agentes patogénicos específicos, mas a confirmação laboratorial não é necessária para a vigilância de rotina da diarreia com desidratação.
- Monitorizar a resistência antimicrobiana durante os surtos de origem bacteriana.

Definição de casos padrão

Caso suspeito:
Passagem de 3 ou mais fezes soltas ou aquosas nas últimas 24 horas, com ou sem desidratação e:

Alguma desidratação -- dois ou mais dos seguintes sinais: agitação, irritabilidade; olhos encovados; sede; perda de elasticidade da pele, ou

Desidratação grave -- dois ou mais dos seguintes sinais: letargia ou perda de consciência; olhos encovados; incapacidade de beber ou beber pouco; grande perda de elasticidade da pele.

Caso confirmado:
Caso suspeito confirmado com cultura de fezes, para um agente patogénico entérico conhecido. *Nota:* a confirmação laboratorial de um agente específico causador do surto não é recomendada como rotina, para fins de vigilância.

Resposta ao limiar de alerta

Se observar que o número de casos ou mortes aumenta durante um período de tempo:

- Comunicar o problema ao nível seguinte.
- Investigar a causa do aumento do número de casos ou mortes e identificar o problema.
- Certificar-se de que os casos são tratados de acordo com as orientações da AIDI.
- Encorajar a terapia doméstica com a reidratação oral.

Diarreia com desidratação em crianças menores de 5 anos

Resposta ao limiar de acção

Se o número de casos ou mortes aumentar para duas vezes o número normalmente observado num período semelhante do passado:

- Verificar se o agente de saúde põe em prática as orientações AIDI, para tratar os casos e melhorar o desempenho na classificação da diarreia com desidratação em crianças menores de 5 anos.
- Ensinar as mães a fazerem o tratamento com reidratação oral em casa.
- Ensinar a comunidade a ferver e a tratar a água com cloro, assim como a armazenar a água potável e a preparar os alimentos.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico dos casos e óbitos, para comparar com o mesmo período de anos anteriores. Preparar gráficos sobre a diarreia em doentes externos com alguma desidratação e a diarreia com desidratação grave. Traçar uma curva epidémica, quando os surtos são detectados.

Local: Assinalar a localização das habitações com casos.

Pessoa: Notificar, mensalmente, os totais devidos à diarreia com alguma desidratação e também à diarreia com desidratação grave nos serviços de ambulatório. Notificar, também mensalmente, o total de casos e óbitos de doentes internados por diarreia com desidratação grave.

Confirmação laboratorial

A cultura laboratorial de fezes pode ser usada para confirmar possíveis surtos de agentes específicos, mas não é necessária para a definição dos casos.

Referências

- *Management of childhood illness: Clinical skills training course for first level health facilities*. World Health Organization. WHO/CDR/95.14
- *Integrated Management of Childhood Illness: A WHO/UNICEF Initiative Bulletin of the* World Health Organization. Vol. 75, 1997, Supplement 1, 1997. ISBN 92 4 068750 5

Dracunculose

Enquadramento

- A dracunculose é comummente conhecida como doença do verme da Guiné. É provocada por um grande nemátodo, um parasita incapacitante que emerge através da pele da pessoa infectada.

- Trata-se de uma doença antiga, conhecida desde tempos remotos, que tem, para muitos doentes, consequências socioeconómicas graves. É transmitida pela ingestão de água contendo um crustáceo (cíclope) que é infestado por uma forma imatura (larvar) do nemátodo. O cíclope encontra-se em fontes de água superficial estagnada (lagoas, poços tradicionais pouco fundos), nas zonas rurais. O nemátodo fêmea sai da pele do hospedeiro, quando há contacto com a água. O período de incubação é entre 9 a 12 meses e não há tratamento nem vacina contra a doença.

- O êxito das estratégias de luta contra a doença, aplicadas pelos países endémicos e uma coligação internacional de parceiros, impeliu a dracunculose para a erradicação. Em Dezembro de 2008, foram notificados à OMS 4619 casos do verme da Guiné, em todo o mundo, em comparação com 892 000 casos notificados em 1989, o que revela uma redução de 99,47%.

- Em 1989, a doença era endémica em 20 países, em todo o mundo: Benim, Burkina Faso, Camarões, República Centro-Africana, Côte d'Ivoire, Chade, Gana, Etiópia, Índia, Paquistão, Quénia, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, Sudão, Senegal, Togo, Uganda e Iémen

- Actualmente, só a África continua a ser afectada, com 6 países ainda endémicos, em 2009: Sudão, Gana, Mali, Etiópia, Nigéria e Níger.

Objectivos da vigilância

- Conduzir a detecção activa e investigação de todos os casos a nível comunitário. Notificar, mensalmente, os casos ao nível seguinte.
- Nas zonas em que a transmissão local da doença do verme da Guiné foi interrompida, manter uma busca activa de outros casos ou rumores de casos.
- Notificar todos os casos importados aos países ou áreas de origem.
- Integrar na vigilância para confirmar a ausência da transmissão.

Definição de casos padrão

Caso suspeito:

- Uma pessoa que apresente uma lesão cutânea, com prurido ou bolha e que viva numa área endémica do verme da Guiné.

- ***Caso confirmado***: na última fase do programa, é necessária a confirmação dos últimos casos por pessoal de saúde informado. Seguir as orientações nacionais para a definição de caso confirmado.

Dracunculose

Resposta ao limiar de alerta

Se houver apenas um caso suspeito:

- Notificar o caso, de acordo com as orientações do programa nacional de erradicação da dracunculose.
- Tratar a ferida (se houver), para reduzir a incapacidade associada às lesões dolorosas da perna.
- Fazer a investigação do caso, para confirmar os factores de risco.
- Melhorar o acesso à água potável, de acordo com as orientações nacionais.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico mensal dos casos.

Local: Assinalar a distribuição das habitações e locais de trabalho, onde se registaram casos notificados.

Pessoa: Contar os casos todos os meses e analisar a distribuição por idade. Enviar relatórios mensais aos níveis seguintes.

Confirmação laboratorial

Não é necessária a confirmação laboratorial de rotina para a vigilância. O diagnóstico é feito por reconhecimento visual do verme adulto que sobressai numa lesão cutânea (ver secção 8.0) ou por identificação microscópica das larvas. Os testes laboratoriais para investigar a dracunculose são limitados, porque as larvas de *D. medinensis* são, normalmente, arrastadas pela água. O diagnóstico faz-se, normalmente, quando a bolha rompe e se vê a extremidade anterior do verme fêmea. Se necessário, a confirmação laboratorial do diagnóstico pode ser feita do seguinte modo: colocar algumas gotas de água na ferida, recolher e transferir a água para uma lâmina e examinar as larvas móveis ao microscópio.

Referências

- *Dracunculiasis or guinea-worm*, Geneva, World Health Organization, WHO/CDS/CEE/DRA/99.2, 1999 and WHO/WER N°37 September 2003
- Control of Communicable Diseases Manual, 18th Edition
- District Laboratory Practice in Tropical countries, Cambridge

Febres hemorrágicas virais de Ébola ou Marburgo

Enquadramento

- Os vírus Ébola e Marburgo são ambos filovírus.
  - Quase 3 000 casos de Ébola, com mais de 1 900 mortes, foram documentados desde que o vírus Ébola foi descoberto em 1976. No Sudão, RDC, Côte d'Ivoire, Gabão, Uganda e Congo ocorreram grandes surtos de Ébola.
  - Mais de 500 casos de Marburgo, com mais de 400 mortes, foram notificados durante os surtos do vírus de Marburgo que ocorreram na RDC (1998-2000), Angola (2004-2005) e Uganda (3 casos em 2007).

- Estes dois vírus são transmitidos por contacto directo com o sangue, secreções, órgãos ou outros fluidos corporais de pessoas infectadas. A infecção de humanos com o vírus Ébola através de chimpanzés, gorilas e antílopes de floresta infectados (vivos e mortos) tem sido documentada.

- Estão em curso estudos ecológicos para identificar os reservatórios naturais dos dois vírus. Existem evidências do envolvimento de morcegos.

- As epidemias podem ser dramaticamente amplificadas nas unidades de saúde por procedimentos inadequados das precauções/enfermagem de barreira no controlo da infecção.

- O período de incubação dos vírus Ébola e Marburgo é de 2 a 21 dias.

- Entre 20% e 80% dos doentes têm manifestações hemorrágicas, dependendo da estirpe dos vírus Ébola ou Marburgo. Os doentes tornam-se cada vez mais infecciosos, à medida que a doença avança.

- Têm sido notificados rácios elevados de casos fatais durante os surtos de Ébola (25% a 90%) e durante os surtos de Marburgo (25% a 80%)

- Não existe tratamento específico para nenhuma das duas doenças. Os casos graves exigem cuidados intensivos de suporte vital, visto que os doentes ficam frequentemente desidratados e necessitam de fluidos intravenosos ou de reidratação oral com soluções que contenham electrólitos.

- As vias mais comuns de infecção são o contacto próximo com pessoas gravemente doentes, durante os cuidados em casa ou no hospital, assim como certas práticas funerárias. A transmissão, via equipamento de injecção contaminado ou ferimentos causados pela introdução de agulhas, está associada a doença mais grave. A infecção pode igualmente propagar-se através do contacto com vestuário ou roupa de cama suja pertencentes a um doente infectado.

Objectivos da vigilância

- Detecção precoce de casos e surtos, investigação rápida e verificação laboratorial imediata da etiologia de todos os casos suspeitos.
- Investigação de todos os casos suspeitos, com localização dos contactos.
- Durante as epidemias, os doentes mais infectados não apresentam sintomas de hemorragia, devendo usar-se uma definição de casos específica, de acordo com a doença suspeita ou confirmada.

Febres hemorrágicas virais de Ébola ou Marburgo

Definição de casos padrão

Caso suspeito: doença com manifestação de febre e sem resposta às causas habituais de febre na zona e, pelo menos, um dos seguintes sinais: diarreia sanguínea, sangramento das gengivas, hemorragia de pele (púrpura), hemorragia ocular e sangramento na urina.

Caso confirmado: um caso suspeito com confirmação laboratorial (anticorpo IgM positivo, PCR positivo ou isolamento viral) ou ligação epidemiológica aos casos ou surtos confirmados.

Nota*: Durante um surto, estas definições de casos podem ser alteradas, para corresponderem à ocorrência local.*

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de um único caso:

- Notificar imediatamente aos níveis apropriados a informação baseada no caso.
- Os casos suspeitos devem ser isolados dos outros doentes, devendo aplicar-se técnicas rigorosas de enfermagem de barreira.
- As precauções normais devem ser reforçadas em toda a unidade de saúde.
- Tratar e cuidar do doente com cuidados de suporte vital.
- Colher uma amostra para confirmar o caso.
- Proceder ao seguimento dos contactos do caso e a uma pesquisa activa de outros casos.

Resposta ao limiar de acção

Se um caso único for confirmado:

- Usar práticas rigorosas de controlo da infecção por FHV* durante o surto.
- Mobilizar a comunidade para a detecção precoce e cuidados a dispensar aos casos e educar a comunidade sobre o modo de transmissão da doença e o modo de implementar o controlo da infecção em casa e durante os funerais.
- Proceder ao seguimento dos contactos do caso e a uma pesquisa activa de outros casos que possam não se ter apresentado nas unidades de saúde.
- Pedir ajuda adicional aos outros níveis, conforme necessário.
- Criar uma enfermaria de isolamento, para tratar de outros casos que possam recorrer ao centro de saúde.

Febres hemorrágicas virais de Ébola ou Marburgo

Análise e interpretação dos dados

Pessoa: Proceder à notificação imediata dos casos e mortes, com base nos casos. Analisar a distribuição por sexo e idade. Avaliar os factores de risco e planear as intervenções de controlo da doença.

Tempo: Fazer um gráfico dos casos e óbitos por dia/semana. Traçar uma curva epidémica durante o surto.

Local: Assinalar num mapa a localização das habitações com casos.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Presença de anticorpos IgM contra o Ébola, Marburgo, CCHF, Lassa ou Febre do Nilo Ocidental *ou* Presença do Ébola na necrópsia da pele post-mortem
Amostra	*Para ELISA*: Sangue total, soro ou plasma *Para PCR*: Sangue total ou coágulo de sangue, soro/plasma ou tecido *Para imunohistoquímica:* amostras de pele ou tecido de casos *fatais*.
Colheita	Colher uma amostra do primeiro caso suspeito. Se houver mais do que um caso suspeito, colher amostras de 5 a 10 casos suspeitos.

Febres hemorrágicas virais de Ébola ou Marburgo

Preparação, armazenamento e transporte das amostras	MANIPULAR E TRANSPORTAR AS AMOSTRAS DE DOENTES SUSPEITOS DE FHV COM EXTREMA CAUTELA. USAR VESTUÁRIO DE PROTECÇÃO E USAR PRECAUÇÕES DE BARREIRA. *Para ELISA ou PCR:* ▪ Refrigerar o soro ou o coágulo ▪ Congelar (-20C ou mais) as amostras de tecido para isolamento do vírus *Para imunohistoquímica:* ▪ Fixar uma amostra de pele em formalina. A amostra pode ser armazenada até 6 semanas. A amostra deixa de ser infecciosa depois de fixada em formalina. ▪ Armazenar à temperatura ambiente. As amostras fixadas em formalina podem ser transportadas à temperatura ambiente.
Resultados	Os serviços de diagnóstico das FHV não estão rotineiramente disponíveis. Normalmente, é necessário requisitá-los antecipadamente. Contactar a autoridade nacional competente ou a OMS.

Referências

- *Interim Infection Control Recommendations for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovírus (Ebola, Marburg) Hemorrhagic Fever. BDP/EPR/WHO, Geneva March 2008.*
- *Infection Control for VHF in the African health care setting, WHO, 1998. WHO/EMC*
- *WHO Recommended Surveillance Standards WHO/CDS/CSR/ISR/99.2*
- *WHO Fact Sheet No 103, Ebola haemorrhagic fever, revised December 2008*
- *WHO Fact Sheet, Marburg haemorrhagic fever, revised July 2008*
- *Interim Infection Control Recommendations for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovírus (Ebola, Marburg) Hemorrhagic Fever. BDP/EPR/WHO, Geneva March 2008.*
- *WHO recommended Guidelines for Epidemic Preparedness and Response: Ebola Haemorrhagic Fever (EHF). WO/EMC/DIS/97.7.*
- *Dengue haemorrhagic fever: diagnostic, treatment, prevention and control. 2nd edition. Geneva: World Health Organization. 1997.*

Doenças de transmissão alimentar

Enquadramento

- As doenças de transmissão alimentar são causadas por vários agentes patogénicos bacterianos, virais, parasíticos ou fúngicos, ou suas toxinas, que entram no organismo através do consumo de alimentos ou água. Além das doenças listadas noutra parte deste guia, tais como a cólera e a shigelose, a vigilância das doenças de transmissão alimentar pode envolver outras causas, como a salmonelose, a hepatite A ou a contaminação química.

- Uma doença de transmissão alimentar ocorre quando duas ou mais pessoas partilharam a mesma comida ou bebida e, passado pouco tempo, começaram a ter sintomas.

- A maioria das pessoas com uma doença de transmissão alimentar não procura cuidados médicos; por isso, os casos e surtos de doenças de transmissão alimentar não são, normalmente, reconhecidos nem notificados.

- Os primeiros sintomas surgem, muitas vezes, no tracto gastrointestinal. Náuseas, vómitos, cólicas abdominais e diarreia são sintomas frequentes de doenças transmitidas pelos alimentos.

- Os surtos podem ser localizados, afectando apenas, por exemplo, 2 indivíduos que comeram a mesma refeição ou produto, mas podem também ocorrer surtos mais vastos e geograficamente disseminados. Os grandes surtos ocorrem quando os alimentos são contaminados antes da sua distribuição e consumidos por muitas pessoas, em várias zonas.

- É necessário proceder à vigilância das doenças de transmissão alimentar, para monitorizar a segurança dos alimentos e desenvolver acções de promoção da saúde, destinadas aos comerciantes de alimentos, para que estes apliquem práticas mais seguras de manuseamento dos alimentos e melhorem a sua higiene pessoal.

Objectivos da vigilância

- Identificar prontamente qualquer grupo invulgar de doenças potencialmente transmitidas por alimentos, que possa exigir uma investigação ou resposta da saúde pública.
- Monitorizar a magnitude das doenças de transmissão alimentar.
- Identificar alimentos ou práticas alimentares de alto risco.
- Monitorizar os factores de risco, para informar as intervenções de saúde pública e de promoção da saúde, em relação a determinados alimentos e práticas alimentares.

Definição de casos padrão

Há suspeita de doença de transmissão alimentar quando duas ou mais pessoas se apresentam com sintomas semelhantes e consumiram os mesmos alimentos ou bebida.

Uma doença de transmissão alimentar define-se de acordo com o agente específico que causou a doença (por exemplo, cólera, hepatite A, salmonelose ou shigelose).

Uma doença de transmissão alimentar confirmada é um caso laboratorial confirmado de um agente específico, com uma ligação a uma fonte de alimentos ou bebidas comuns.

Doenças de transmissão alimentar

Resposta ao limiar de alerta

Se ≥2 pessoas estiverem doentes e tiverem comido os mesmos alimentos:

- Notificar imediatamente a doença ao nível seguinte do sistema de saúde
- Colher amostras dos doentes e dos alimentos e bebidas suspeitos, para confirmação laboratorial
- Tratar os casos suspeitos

Resposta ao limiar de acção

Se um surto de uma doença de transmissão alimentar for confirmado:

- Procurar outros casos na localidade dos casos confirmados
- Reforçar a gestão e o tratamento dos casos
- Mobilizar a comunidade para uma rápida detecção e tratamento dos casos
- Identificar grupos de alto risco
- Retirar do menu do restaurante, ou das prateleiras dos supermercados, os produtos alimentares sobre os quais se possam obter provas de alimentos não seguros.
- Eventualmente, pedir uma investigação aprofundada das cadeias alimentares que possam estar associadas ao surto
- Reduzir os casos esporádicos e relacionados com o surto, promovendo a lavagem das mãos com água e sabão, após a defecação/urina e antes de manusear os alimentos/refeições; reforçar o acesso ao fornecimento e armazenamento de água potável, ao uso de latrinas e a remoção segura dos resíduos humanos
- Reforçar as actividades sobre segurança alimentar para promoção da saúde, usando as *Cinco Chaves da OMS para uma Alimentação Mais Segura* (ver Referências em baixo) e o sistema de Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controlo (APPCC)
- Aumentar as actividades de inspecção alimentar

Análise e interpretação dos dados

- Tempo: Fazer um gráfico mensal das tendências dos casos e óbitos; traçar uma curva epidémica para os casos de surtos.

- Local: Assinalar a localização das habitações com casos e mortes

- Pessoa: Contar os casos e óbitos todos os meses. Durante um surto, contar os casos relacionados com o surto, por semana.

- Rever rotineiramente os dados clínicos e os resultados laboratoriais das análises aos alimentos e às pessoas, para identificar os grupos de casos, por tempo, local ou pessoa. Investigar os surtos suspeitos de doença alimentar detectados nos dados.

- Investigar todos os surtos suspeitos de doenças alimentares.

Doenças de transmissão alimentar

Referências

- *Guidelines for Strengthening Foodborne Disease Surveillance in the WHO African Region*
- *WHO Five Keys to Safer Food* at www.who.int/fsf/Documents/5keys-ID-eng.pdf
- WHO Foodborne disease outbreaks: Guidelines for investigation and control http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241547222_eng.pdf

Gripe Humana causada por um novo subtipo

Enquadramento

- Uma pandemia de gripe ocorre, quando surge um novo vírus de gripe A, com transmissão eficaz e sustentada entre humanos, nas populações com imunidade limitada. Ocorreram pandemias de gripe em 1918, 1957 e 1968. A pandemia de 1918 matou cerca de 40–50 milhões de pessoas. Há previsões de que uma pandemia de magnitude equivalente possa matar 62 milhões de pessoas, das quais 96% nos países em desenvolvimento.

- O êxito da contenção ou controlo da gripe pandémica depende do reconhecimento rápido da transmissão sustentada entre seres humanos. Os países têm sido encorajados, como parte do planeamento da preparação contra a pandemia, a reforçarem a vigilância para (i) detectarem a emergência da nova doença; (ii) caracterizarem a doença (epidemiologia, manifestações clínicas, gravidade); e (iii) monitorizarem a sua evolução.

- **Gripe A (H1N1) de 2009**: Em 11 de Junho de 2009, a OMS declarou uma pandemia mundial devida ao vírus da gripe A (H1N1) de 2009 e, em 8 de Outubro de 2009, 195 países, territórios e áreas tinham notificado casos e/ou surtos do vírus pandémico (H1N1). O espectro da doença varia desde doença não febril e ligeira do tracto respiratório superior até pneumonia grave ou fatal.

- **Gripe A (H5N1)**: um outro subtipo de gripe, H5N1, circula entre as aves há mais de 10 anos. Em 2003, foram identificadas infecções em pessoas expostas a aves doentes. Desde 2003, o H5N1 está confirmado em aves de capoeira e/ou aves selvagens em 62 países e 15 países notificaram 442 casos humanos confirmados de H5N1, com 262 mortes. A Nigéria notificou, em Janeiro de 2007, um óbito confirmado de infecção humana pelo vírus da gripe A (H5N1). A maioria dos doentes com H5N1 apresentam sintomas de febre, tosse e falta de fôlego e pneumonia radiologicamente comprovada. A grande maioria dos casos, para os quais se dispõe de dados sobre os factores de risco, indicam que o contacto directo com aves de capoeira vivas ou recentemente mortas é o principal factor de risco para a infecção humana por H5N1. No entanto, a propagação geográfica continuada deste vírus da gripe aviária altamente patogénico entre as aves da Ásia, Europa, Médio Oriente e África tem reforçado as preocupações sobre a possibilidade de uma pandemia de gripe humana H5N1 à escala mundial.

- Nos termos do RSI (2005), um Estado-Membro terá de notificar à OMS a primeira ocorrência de gripe humana causada por um novo subtipo, incluindo o vírus da pandemia (H1N1) de 2009.

Objectivos da vigilância

- Detectar e investigar a primeira prova da transmissão sustentada entre humanos de um vírus da gripe com potencial pandémico.
- Avaliar os primeiros casos de gripe pandémica que ocorram num país, para caracterizar a nova doença, incluindo as suas características clínicas, informação sobre os factores de risco e características epidemiológicas e virológicas.
- Monitorizar a evolução da pandemia no país, a nível regional e mundial.

Gripe Humana causada por um novo subtipo

Definição de casos padrão

Caso suspeito de H5N1:
Uma pessoa que se apresente com uma doença aguda inexplicada das vias aéreas inferiores e com febre (>38 ºC) e tosse, falta de fôlego ou dificuldade em respirar **e**
uma ou mais das seguintes exposições, nos 7 dias anteriores ao início dos sintomas:

- ***f)*** Contacto próximo (até 1 metro) com uma pessoa (e.g., que se trata, com quem se fala ou que se toca) que seja um caso suspeito, provável ou confirmado de H5N1;
- ***g)*** Exposição (e.g., manuseando, matando, depenando, talhando ou preparando para consumo) a aves de capoeira ou selvagens, ou seus restos, ou a ambientes contaminados pelas suas fezes, numa zona em que, no último mês, tenha havido suspeita ou confirmação de infecções por H5N1 em animais ou humanos;
- ***h)*** Consumo de produtos de aves, crus ou mal cozinhados, numa zona em que, no último mês, tenha havido suspeita ou confirmação de infecções por H5N1 em animais ou humanos;
- ***i)*** Contacto próximo com um qualquer animal confirmadamente infectado por H5N1, além das aves de capoeira ou selvagens;
- ***j)*** Manipulação de amostras (animais ou humanas) suspeitas de conter o vírus H5N1, num laboratório ou noutro local.

Caso confirmado de H5N1: uma pessoa que corresponda aos critérios de caso suspeito **e** tenha resultados laboratoriais positivos e obtidos num laboratório cujos resultados dos testes para o H5N1 sejam aceites pela OMS como confirmatórios.

Suspeita de infecção pelo vírus pandémico (H1N1) de 2009: uma pessoa que apresente uma doença de tipo gripal (manifestação súbita de febre > 38 °C e tosse ou garganta inflamada, na ausência de outro diagnóstico), com história de exposição ao vírus pandémico (H1N1) em 2009.

Infecção confirmada pelo vírus pandémico (H1N1) de 2009: uma pessoa com infecção pelo vírus pandémico (H1N1) de 2009, confirmada laboratorialmente por um ou mais dos seguintes testes: PCR; cultura de vírus; aumento quádruplo dos anticorpos neutralizadores específicos do vírus pandémico (H1N1) de 2009.

Resposta ao limiar de alerta

Resposta a um caso suspeito de gripe humana causada por um novo subtipo ou a uma ocorrência invulgar de infecção respiratória aguda grave:

- Notificar, imediatamente, aos níveis apropriados, a informação baseada em casos.
- Implementar, imediatamente, as precauções de controlo da infecção por doença respiratória aguda e reforçar as medidas de precaução padrão, em toda a unidade de saúde.
- Gerir e tratar o doente de acordo com as orientações nacionais.
- Colher amostras laboratoriais do doente-caso e de contactos sintomáticos e preparar os testes laboratoriais[***].
- Rever a história clínica e a exposição durante 7 dias, antes da manifestação da doença.
- Identificar e acompanhar os contactos próximos do doente-caso.
- Procurar outros casos.
- Fazer uma investigação epidemiológica, para identificar factores de risco da infecção e populações em risco de doença grave.
- Planear e implementar medidas de prevenção e controlo.

Gripe Humana causada por um novo subtipo

Resposta ao limiar de acção

Se um caso único de gripe humana causado por um novo subtipo for confirmado ou se outra doença respiratória aguda de potencial epidémico ou pandémico for confirmada:

- Manter precauções rigorosas de controlo da infecção da doença respiratória aguda e criar uma enfermaria de isolamento, para tratar outros casos que possam surgir.
- Gerir e tratar o doente, de acordo com as orientações nacionais.
- Implementar a vigilância activa dos contactos do doente-caso.
- Realizar uma pesquisa activa de outros casos.
- Distribuir kits de colheita de amostras laboratoriais às unidades de cuidados de saúde.
- Identificar as populações de alto risco.
- Mobilizar a comunidade, para permitir a detecção e tratamento rápido dos casos.
- Educar a comunidade sobre o modo como a gripe se transmite e sobre a forma de implementar as medidas de controlo da infecção em casa e na comunidade.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico semanal dos casos e óbitos e traçar uma curva epidémica

Local: Assinalar a localização das habitações e locais de trabalho com casos, usando um mapeamento preciso.

Pessoa: Contar, semanalmente, o total de casos e óbitos, relativamente a casos esporádicos e durante os surtos. Analisar a distribuição por idade e sexo. Caracterizar a doença, em termos de apresentação clínica, espectro da doença, proporção de casos que exigem hospitalização, resultados clínicos, rácio de casos fatais, taxa de ataque por idade/ocupação/consanguinidade.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Identificação das infecções pelo vírus da gripe humana por: 1) Detecção de RNA específico da gripe, por reacção em cadeia da polimerase via transcriptase inversa 2) Isolamento em cultura de células (necessários laboratórios BSL3 para um novo subtipo suspeito) 3) Detecção directa de antigénios (baixa sensibilidade)
Amostra	Para o diagnóstico podem usar-se vários tipos de amostras: ▪ Esfregaço da garganta ▪ Esfregaço nasofaríngeo ▪ Esfregaço nasal. ▪ Aspirado nasofaríngeo ▪ Doentes entubados: esfregaço traqueal ou fluido de lavagem brônquica ▪ Sangue As amostras devem ser colhidas pela seguinte ordem de prioridade: ▪ Esfregaço da garganta/ Aspirado nasofaríngeo

Gripe Humana causada por um novo subtipo

	▪ Soro agudo ▪ Soro convalescente
Colheita de amostras	Obter a amostra 3 dias depois do início dos sintomas, As amostras iniciais (respiratórias ou sangue) devem ser preferencialmente colhidas em doentes suspeitos, antes de se iniciar a terapêutica antiviral, mas o tratamento não deve ser retardado por motivo de colheita de amostras. Em termos óptimos, os soros emparelhados (3-5 ml de sangue total), colhidos primeiro durante a fase aguda da doença e depois 14 dias ou mais após o início da doença, deverão ser testados simultaneamente. As amostras devem ser colhidas em doentes mortos, logo que possível a seguir à morte
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	As amostras respiratórias devem ser transportadas em meios de transporte de vírus. Estão disponíveis comercialmente meios que podem ser usados para vários vírus. As amostras enviadas num meio de transporte de vírus, para isolamento viral, devem ser armazenadas a 4°C e transportadas prontamente para o laboratório. Se a amostra for transportada nos 2 dias seguintes, pode ser conservada a 4°C; caso contrário, deve ser congelada a -70 °C ou menos, até ser transportada para o laboratório. O congelamento e descongelamento repetido devem ser evitados, para prevenir a perda de infectividade. Os soros podem ser armazenados a 4°C, durante, aproximadamente, uma semana, mas depois devem ser congelados a -20°C. O transporte das amostras deve obedecer às orientações da OMS para o transporte seguro de substâncias infecciosas e amostras para diagnóstico

Resultados	▪ Os resultados laboratoriais devem ser confirmados por um laboratório aprovado.
	
	▪ Qualquer amostra com resultado positivo para o vírus da gripe A e suspeita de infecção por gripe das aves/novo subtipo deve ser novamente testada e verificada por um CC da OMS designado ou laboratório de referência H5 da OMS. Os laboratórios que não tenham as capacidades necessárias para aplicar os procedimentos específicos para a identificação do subtipo da gripe A devem:
	
	  ▪ Enviar as amostras ou isolados do vírus para um Centro Nacional de Gripe ou para um CC da OMS / laboratório de referência H5 da OMS, para melhor identificação ou caracterização.
	
	  ▪ Informar a Representação da OMS no país de que as amostras ou isolados de vírus irão ser enviadas para outros laboratórios, para melhor identificação ou caracterização.

Gripe Humana causada por um novo subtipo

Referências

- *WHO guidelines for global surveillance during an influenza pandemic*, April 2009.
- *WHO updated interim guidance on global surveillance of human infection with pandemic (H1N1) 2009 virus*, July 2009.
- *WHO guidelines for investigation of human cases of avian influenza A(H5N1)*, 2007
- *WHO interim guidelines on infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care*, June 2007.
- *Collecting, preserving and shipping samples for the diagnostic of avian influenza A (H5N1) virus infection. Guide for field operations*, October 2006
- *WHO Rapid Advice Guidelines on pharmacological management of humans infected with avian influenza A (H5N1) virus*, May 2006.
- *WHO interim guidelines on clinical management of humans infected by influenza A(H5N1)*, August 2007.
- *WHO guidelines for clinical management of human infection with new influenza A (H1N1) virus: Initial Guidance*, May 2009.
- *WHO guidelines for pharmacological management of pandemic (H1N1) 2009 influenza and other influenza viruses*, 20 August 2009.
- *Recommended laboratory tests to identify avian influenza virus A in samples from humans*, WHO, revised August 2007.
- *Collecting, preserving and shipping samples for the diagnostic of avian influenza A (H5N1) virus infection. Guide for field operations*, October 2006 WHO/CDS/EPR/ARO/2006.1

Hipertensão

Enquadramento

- **Hipertensão** ou **tensão arterial alta** (TAA) é uma condição crónica, em que a pressão do sangue nas artérias é elevada. É classificada como primária (essencial) ou secundária. A hipertensão "primária" é a tensão arterial alta, para a qual não se encontra qualquer causa médica. A hipertensão "secundária" é causada por outras condições que afectam as artérias, coração, sistema endócrino ou rins.

- A hipertensão é um importante factor de risco de doenças cardiovasculares, como os ataques cardíacos ou os AVC. De acordo com o Relatório da Saúde no Mundo de 2001, as mortes relacionadas com as doenças cardiovasculares estão a aumentar na Região Africana e, em 2000, foram responsáveis por 9,2% do número total de óbitos na Região. A prevalência varia de 25% para 35% nos adultos com 25 a 64 anos de idade.

- A hipertensão afecta, aproximadamente, 1 milhar de milhão de pessoas em todo o mundo, estimando-se que, na Região Africana, mais de 20 milhões de pessoas sejam afectadas.

- Os principais factores de risco de hipertensão são o envelhecimento, a falta de actividade física, a obesidade e uma dieta rica em sal e gordura. Outros factores de risco incluem o uso do tabaco e do álcool.

- As alterações do estilo de vida que, comprovadamente, baixam a TA incluem: redução do peso nos indivíduos com excesso de peso ou obesos, redução da quantidade de gordura e sal na dieta e comer mais frutos e vegetais frescos, aumentar a actividade física e reduzir o consumo de álcool e tabaco.

Objectivos da vigilância

- Prevenir a doença secundária por detecção precoce e tratamento estandardizado
- Estimar o fardo da doença e reduzir os factores de risco identificados
- Monitorizar as actividades de controlo e prevenção

Definição de casos padrão

Suspeita de novo caso na primeira visita:

Um indivíduo que se apresente com uma medição da tensão arterial em repouso (baseada na média de 3 leituras) de 140 mm Hg ou mais para a pressão sistólica ou igual ou superior a 90 mm Hg para a pressão diastólica.

Caso confirmado:

Um indivíduo que se apresente, em, pelo menos, duas ocasiões, com uma medição da tensão arterial em repouso (baseada na média de 3 leituras) de 140 mm Hg ou mais para a pressão sistólica ou igual ou superior a 90 mm Hg para a pressão diastólica.

**** Notificar apenas o primeiro diagnóstico do caso no centro de saúde***

Hipertensão

Acções de saúde pública recomendadas

- Promoção da saúde para as doenças não transmissíveis focando a TAA, incluindo a educação, com base nas comunidades, sobre alterações do comportamento e adopção de estilos de vida saudáveis
- Promover intervenções secundárias de prevenção e tratamento nas unidades de saúde, de acordo com as orientações nacionais.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico trimestral dos casos, para analisar as tendências.

Local: Comparar as tendências distritais com as tendências nacionais e regionais.

Pessoa: Analisar a distribuição dos casos por idade e outros factores demográficos.

Os dados relativos às doenças não transmissíveis são, frequentemente, analisados para tendências a longo prazo

Confirmação laboratorial

O diagnóstico é clínico.

Referências

- *WHO, Atlas of heart disease and stroke*, Geneva, World Health Organization, 2004.
- *Non communicable diseases: A stategy for the African Region*, AFR/RC50/10
- *Cardiovascular Diseases in the African Region: Current situation and perspectives*, AFR/RC55/12
- http://www.who.int/chp/steps/en/
- http://www.afro.who.int/dnc/databases/afro_infobase/index.html
- WHO CVD-risk management package for low-and medium resource settings.
- "*The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatament of High Blood Pressure*" U.S. Department of health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, NIH Publication No. 03-5233, December 2003
- *Handbook of Hypertension*, Vol 20. Editor; C.J. Bulpitt, 2000
- http://www.cdc.gov/bloodpressure/

Doença do Tipo Gripal (ILI)

Enquadramento

- As infecções respiratórias são uma causa significativa de morbilidade e mortalidade por doença infecciosa em todo o mundo. As taxas de mortalidade são, particularmente elevadas entre os bebés, crianças e idosos. No entanto, o peso da doença não está bem caracterizado em África.

- Os agentes patogénicos mais comuns que causam infecções respiratórias são: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae tipo b (Hib), Staphylococcus aureus e outras espécies bacterianas, o vírus sincicial respiratório (RSV), vírus do sarampo, vírus da paragripe humana dos tipos 1, 2 e 3 (PIV-1, PIV-2 e PIV-3), vírus da gripe e vírus da varicela.

- Um melhor entendimento da epidemiologia e sazonalidade das infecções respiratórias em África é essencial para optimizar as estratégias de saúde pública para a sua prevenção e controlo (e.g., vacinas e antivirais para profilaxia e tratamento e controlo da infecção).

- A ameaça das infecções respiratórias, devidas a novos organismos com potencial epidémico ou pandémico, exige precauções especiais e preparação. As ocorrências de doenças respiratórias que podem constituir uma emergência de saúde pública de preocupação internacional incluem: Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS); gripe humana causada por um novo subtipo, incluindo episódios humanos de gripe das aves; peste pneumónica; e novos agentes que podem causar surtos de SARI em larga escala, com elevada morbilidade e mortalidade.

- A vigilância das infecções respiratórias baseia-se na definição de casos da Doença de Tipo Gripal (ILI). A vigilância baseada em laboratórios, ou as investigações usando a definição de casos de ILI, é usada para identificar o agente patogénico causador da doença.

Objectivos da vigilância

- Detectar rapidamente ocorrências invulgares que possam indicar uma mudança na gravidade ou padrão da doença associada à gripe ou a emergência de uma nova estirpe de gripe
- Estabelecer e monitorizar taxas iniciais de doença respiratória grave, incluindo monitorização da gravidade e impacto da gripe
- Descrever e monitorizar os grupos vulneráveis em maior risco de doença grave
- Detectar alterações antigénicas ou genéticas nos vírus circulantes ou o aparecimento de resistência antiviral.

Definição de casos padrão

Doença do tipo gripal

Uma pessoa, criança ou adulto, com:
- Manifestação súbita de febre > 38 ºC e
- Tosse ou garganta inflamada, na ausência de outros diagnósticos

Um caso confirmado de gripe é um caso que corresponda à definição clínica de casos e seja confirmado laboratorialmente (os resultados laboratoriais devem ser positivos para o vírus da gripe).

Doença do Tipo Gripal (ILI)

Resposta ao limiar de alerta

Se houver uma ocorrência invulgar (por exemplo, um conjunto de mortes) de infecção respiratória ou se houver suspeita de um único caso de doença respiratória aguda de potencial pandémico:

- Casos invulgares de doença de tipo gripal;
- Os profissionais de saúde apenas com riscos da exposição ocupacional desenvolvem ILI após prestarem cuidados aos doentes com ILI;
- Duas ou mais crianças e/ou adultos apresentam-se com uma infecção respiratória ou morreram de uma infecção respiratória, com início da doença num período de duas semanas e na mesma área geográfica, e/ou estão epidemiologicamente ligados;
- Pessoas que têm contacto com aves/animais apresentam-se com ILI;
- Rumores de conjuntos de infecções respiratórias agudas ou de infecções respiratórias atípicas.

Resposta a um caso suspeito de uma doença respiratória aguda de potencial epidémico ou pandémico ou a uma ocorrência invulgar de infecção respiratória aguda grave:

- Notificar imediatamente, aos níveis apropriados, a informação baseada em casos.
- Pôr imediatamente em prática as precauções de controlo da infecção para uma doença respiratória aguda de potencial epidémico/pandémico (e.g., Precauções Padrão, Contactos, Gotículas) e reforçar as precauções padrão em toda a unidade de saúde.
- Gerir e tratar o doente, de acordo com as orientações nacionais.
- Colher e transportar as amostras laboratoriais dos doentes e de contactos sintomáticos e preparar os testes laboratoriais
- Rever a história clínica e a história de exposição durante 7 dias, antes da manifestação da doença.
- Identificar e acompanhar os contactos próximos do doente.
- Fazer uma pesquisa activa de novos casos.
- Efectuar uma avaliação dos riscos, para orientar a tomada de decisões
- Medidas de saúde pública relacionadas com as fronteiras internacionais e com as viagens devem ser implementadas no quadro do Regulamento Sanitário Internacional (2005)

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico semanal dos casos e óbitos. Descrever alterações no nível da actividade respiratória, comparando com a semana anterior. Traçar uma curva epidémica, durante o ano, e descrever os padrões de transmissão.

Pessoa: Caracterizar a doença em termos de apresentação clínica, espectro, incluindo a sua gravidade, contar e notificar os casos e óbitos, a proporção de casos que exigem hospitalização, resultados clínicos, rácio de casos fatais, taxas de ataque por idade/ocupação/consanguinidade e casos laboratoriais confirmados. Descrever o nível global de actividade da doença respiratória. Notificação imediata de casos e óbitos, com base nos casos. Durante o surto, analisar a distribuição por idade e sexo. Avaliar imediatamente os factores de risco.

Local: Descrever o grau de perturbação nas escolas, infra-estruturas de saúde, locais de trabalho e pontos de entrada (PoE). Determinar se existe alguma prova de que o vírus tenha aumentado a sua capacidade de causar doença humana ou melhorar a sua transmissibilidade. Usar igualmente as tendências das

vendas de remédios para a gripe e analgésicos.

Confirmação laboratorial

Mais informações técnicas sobre o papel dos laboratórios podem ser encontradas no Guia da OMS sobre vigilância sentinela dos vírus da gripe.

Referências

- World Health Organization – Acute Respiratory Infections http://www.who.int/vacina_research/diseases/ari/en/index.html
- World Health Organization – Influenza resources http://www.who.int/csr/disease/influenza/inforesources/en/index.html
- World Health Organization – Influenza Fact Sheet http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs211/en/
- World Health Organization - Interim guidelines on infection prevention and control of epidemics- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care, June 2007 http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CD_EPR_2007_6/en/index.html
- World Health Organization - Guidelines for investigation of human cases of avian influenza A (H5N1), January 2007. http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_EPR_GIP_2006_4/en/index.html
- World Health Organization - Collecting, preserving and shipping specimens for the diagnostic of avian influenza A (H5N1) virus infection. Guide for field operations, October 2006. http://www.who.int/csr/recursos/publications/vigilância/WHO_CDS_EPR_ARO_2006_1/en/index.html
- World Health Organization - Guidelines for the collection of human specimens for laboratory diagnostic of avian influenza infection, 12 January 2005. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/humanspecimens/en/

Traumatismos (acidentes rodoviários)

Enquadramento

- Um traumatismo é um dano físico, que ocorre quando um corpo humano é breve ou subitamente sujeito a níveis de energia que excedem a sua tolerância fisiológica, ou uma deficiência de funcionamento que resulta da falta de um ou mais elementos vitais (água, ar, calor). A energia que causa o traumatismo pode ser mecânica, eléctrica, térmica, radiante ou química. O traumatismo é classificado como intencional e não intencional.

- No seu conjunto, os traumatismos são responsáveis por 10% das mortes em todo o mundo. Todos os anos, morrem 5,8 milhões de pessoas como consequência de diferentes tipos de traumatismos. De todos os sistemas com que as pessoas têm de lidar diariamente, o transporte rodoviário é o mais complexo e o mais perigoso.

- Os acidentes rodoviários resultam em traumatismos não intencionais.

- Uma colisão de trânsito (colisão de veículo motorizado, acidente de veículo motorizado, acidente de automóvel ou colisão de automóvel) ocorre quando um veículo colide com outro veículo, peão, animal, destroços na estrada ou outro obstáculo geográfico ou arquitectural. As colisões de trânsito podem resultar em traumatismos, danos materiais e morte.

- A nível mundial, o número de pessoas que morrem todos os anos em acidentes rodoviários está estimado em 1,2 milhões, podendo o número de feridos elevar-se a 50 milhões.

- Os traumatismos provocados por acidentes rodoviários constituem um importante mas negligenciado problema mundial de saúde pública, exigindo esforços concertados para uma prevenção eficaz e sustentável.

- Os traumatismos provocados por acidentes rodoviários continuam a figurar entre as principais causas de morte e incapacidade entre os jovens com 5 a 44 anos, estando a principal causa de morte na categoria das pessoas entre os 15 e os 29 anos. A maioria dessas mortes ocorre actualmente entre os “utentes vulneráveis das estradas” (peões, ciclistas e motociclistas).

- Sem um aumento dos esforços e sem novas iniciativas, prevê-se que o número total de mortes e traumatismos por acidentes rodoviários em todo o mundo aumente cerca de 67% até 2020, prevendo-se que, nos países de baixos e médios rendimentos, as mortes aumentem em 83%.

- A Região Africana tem a taxa mais elevada de casos fatais por acidentes rodoviários, que se situa em 32/100 000 habitantes

- Os traumatismos por acidentes rodoviários são evitáveis. Podem conseguir-se reduções muito substanciais desses traumatismos, implementando medidas que visem os factores de risco (velocidade excessiva e inapropriada, condução sob o efeito do álcool, não uso de cintos de segurança e de cadeiras para crianças e não uso de capacetes pelos ciclistas)

Traumatismos (acidentes rodoviários)

Objectivos da vigilância

- Estimar e monitorizar a incidência de traumatismos por acidentes rodoviários e suas consequências
- Identificar os factores de risco e as zonas de alto risco, para informar a política e os programas de prevenção
- Avaliar os programas destinados a prevenir os traumatismos por acidentes rodoviários
- Estabelecer limiares de alerta para os casos fatais, de modo a permitir que o pessoal das unidades de saúde reveja os cuidados e os serviços prestados aos feridos
- Estabelecer a incidência dos limiares de alerta e monitorizar as tendências, para permitir que o pessoal distrital de saúde informe as partes interessadas relevantes

Definição de casos padrão

Traumatismo por acidente rodoviário: uma pessoa que tenha sofrido um traumatismo como consequência de um acidente rodoviário e se apresente pela primeira vez.

Morte por acidente rodoviário: uma pessoa que tenha morrido imediatamente ou no período de 30 dias como consequência de traumatismo provocado por acidente.

Resposta ao limiar de alerta

- Promover a prevenção primária, apoiando as intervenções destinadas a abordar os factores de risco
- Rever e monitorizar os cuidados e serviços prestados aos feridos
- Rever as disposições para a gestão das situações com elevado número de sinistrados

Resposta ao limiar de acção

- Melhorar a aplicação das medidas destinadas a abordar os factores de risco
- Activar o sistema de gestão das situações com elevado número de sinistrados

Análise e interpretação dos dados

Pessoa: Analisar a distribuição dos casos por sexo, idade e outros factores demográficos

Tempo: Fazer gráficos mensais que mostrem os números relativos a casos e mortes e traçar curvas anuais que revelem as tendências

Local: Assinalar a localização dos casos e identificar as zonas de alto risco

Traumatismos (acidentes rodoviários)

Confirmação laboratorial

Imagiologia dos feridos - quando necessário

Referências

- *World Health Report 2004*, WHO-2004
- *Status report on Road Safety in Africa* WHO- 2010
- Peden,M.; et al (eds) *World Report on Road Traffic Injury Prevention*, WHO, 2004
- Holder Y., Peden M., Krug E. et al(eds) *Injury Surveillance Guidelines*, WHO,2001- Geneva
- Harvey A,(Ed).*Data systems*, Geneva, World Health Organisation,2010

Febres hemorrágicas de Lassa e Congo-Crimeia

Enquadramento

- A febre hemorrágica do Congo-Crimeia (FHCC) pertence à família dos vírus Bunyaviridae e a febre de Lassa pertence à família dos vírus Arenaviridae.

    - A FHCC é endémica em África, tendo sido notificados surtos no Uganda, Mauritânia e África do Sul. A Mauritânia notifica todos os anos alguns casos e a África do Sul notificou 165 casos laboratorialmente confirmados, entre 1981 e Março de 2006.

    - Sabe-se que a febre de Lassa é endémica na Guiné, Libéria, Nigéria e Serra Leoa, mas provavelmente existe também em outros países da África Ocidental. Alguns estudos indicam que 300 000 a 500 000 casos de febre de Lassa, com 5 000 mortes, ocorrem todos os anos na África Ocidental.

- A FHCC propaga-se aos humanos, quer por picadas de carraças, quer através de contacto com tecido animal virémico, imediatamente após a matança.

- O reservatório animal do vírus de Lassa é um roedor do género Mastomys. Os Mastomys infectados com o vírus de Lassa não adoecem, mas expulsam o vírus nos excrementos (urina e fezes) e os humanos, normalmente, são infectados através do ar ou contacto directo com os excrementos dos roedores infectados. A febre de Lassa pode, igualmente, propagar-se entre os humanos, através do contacto directo com o sangue, secreções faríngeas, urina, fezes ou outras secreções corporais de uma pessoa infectada.

- A transmissão entre pessoas, tanto da FHCC como da Febre de Lassa, tem ocorrido em unidades de saúde, após exposição ao sangue e secreções de doentes infectados.

- O período de incubação da FHCC, após a picada de uma carraça, é, geralmente, de 1 a 3 dias (máx. 9 dias) e após contacto com sangue ou tecidos é de, normalmente, 5 a 6 dias (máx. 13 dias). O período de incubação da Febre de Lassa varia entre 6 e 21 dias.

- O início dos sintomas entre os doentes da FHCC é súbito, com febre, mialgia e outros sinais e sintomas. O rácio de casos fatais notificado para a FHCC situa-se entre 3% e 30%.

- Aproximadamente, 80% das infecções humanas pela febre de Lassa são ligeiras ou assintomáticas; os restantes casos têm doença multissistémica grave. A manifestação da doença em doentes sintomáticos é, normalmente, gradual, começando com febre, fraqueza geral e mal-estar. A febre de Lassa é difícil de distinguir de muitas outras doenças que causam febre, incluindo paludismo, shigelose, febre tifóide, febre amarela e outras FHV. O rácio global de casos mortais é de 1-15% entre os doentes hospitalizados.

- A terapêutica de apoio geral constitui a base do tratamento do doente com FHCC. É necessária uma monitorização intensiva, para orientar a substituição do volume e componentes sanguíneos. O medicamento antiviral, ribavirina, tem sido usado no tratamento da infecção estabelecida da FHCC. Tanto a formulação oral como a intravenosa parecem ser eficazes. A ribavirina é o tratamento eficaz para a febre de Lassa, quando administrada logo no início da doença clínica.

Febres hemorrágicas de Lassa e Congo-Crimeia

Objectivos da vigilância

- Detectar precocemente os casos e surtos, investigar rapidamente e verificar imediatamente a etiologia de todos os casos suspeitos.
- Investigar todos os casos suspeitos, com detecção dos contactos.
- Avaliar e monitorizar a propagação e evolução das epidemias, assim como a eficácia das medidas de controlo.

Definição de casos padrão

Caso suspeito of FHCC: doença com manifestação súbita de febre, mal-estar, fraqueza, irritabilidade, dores de cabeça, dor forte nos membros e costas e anorexia acentuada. Desenvolvimento inicial de rubor na face e no peito e conjuntivite, enantema hemorrágico do palato mole, úvula e faringe e, frequentemente, erupção petequial fina que se espalha do peito e abdómen para o resto do corpo, por vezes com grandes áreas purpúricas.

Caso confirmado of FHCC: um caso suspeito com confirmação laboratorial (anticorpo IgM positivo, PCR, isolamento viral ou seroconversão de IgG por ELISA ou IFA) ou ligação epidemiológica a casos ou surtos confirmados.

Caso suspeito de febre de Lassa: doença com início gradual e um ou mais dos seguintes sintomas: mal-estar, febre, dores de cabeça, inflamação da garganta, tosse, náuseas, vómitos, diarreia, mialgia, dores no peito, perda de audição e história de contacto com excrementos de roedores ou com um caso de febre de Lassa

Caso confirmado de febre de Lassa: um caso suspeito que seja laboratorialmente confirmado (anticorpo IgM positivo, PCR ou isolamento do vírus) ou epidemiologicamente ligado a um caso laboratorialmente confirmado.

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de um único caso:

- Notificar, imediatamente, aos níveis apropriados, a informação baseada no caso.
- Os casos suspeitos devem ser isolados de outros doentes, devendo também aplicar-se técnicas rigorosas de enfermagem de barreira.
- As precauções universais de controlo da infecção devem ser reforçadas em toda a unidade de saúde.
- Gerir e tratar o doente, com cuidados de apoio clínico.
- Colher uma amostra para confirmar o caso.
- Acompanhamento dos contactos do caso e pesquisa activa de outros casos.

Febres hemorrágicas de Lassa e Congo-Crimeia

Resposta ao limiar de acção

Se um único caso for confirmado:

- Manter práticas rigorosas de controlo da infecção por FHV * durante o surto.
- Mobilizar a comunidade para a detecção e cuidados precoces e educar a comunidade sobre o modo como a doença é transmitida e a forma de proceder ao controlo da infecção em casa. Para a FHCC, educar as populações sobre o modo de transmissão pela carraça e intensificar as actividades de controlo dos roedores para a febre de Lassa.
- Conduzir pesquisa activa de outros casos.
- Solicitar ajuda adicional aos outros níveis, se necessário.
- Estabelecer uma enfermaria de isolamento, para tratar outros casos que possam surgir no centro de saúde.

Análise e interpretação dos dados

Pessoa: Implementar a notificação imediata de casos e óbitos, com base nos casos. Analisar a distribuição por idade e sexo. Avaliar os factores de risco e planear, em conformidade, as intervenções de controlo da doença.

Tempo: Fazer um gráfico dos casos e óbitos por dia/semana. Traçar uma curva epidémica durante o surto.

Local: Assinalar a localização das habitações com casos.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Presença de anticorpos IgM contra a FHCC ou febre de Lassa
Amostra	*Para ELISA*: Sangue total, soro ou plasma *Para PCR*: Sangue total ou coágulo de sangue, soro/plasma ou tecido *Para imunohistoquímica:* Amostras de pele ou tecidos de casos *fatais*.
Colheita	Colher amostra do primeiro caso suspeito. Se houver mais do que um caso suspeito, colher amostras de 5 a10 casos suspeitos.

Febres hemorrágicas de Lassa e Congo-Crimeia

Preparação, armazenamento e transporte das amostras	MANUSEAR E TRANSPORTAR COM MUITO CUIDADO AS AMOSTRAS DE DOENTES SUSPEITOS DE FHV. USAR EQUPAMENTO DE PROTECÇÃO E PRECAUÇÕES DE BARREIRA. *Para ELISA ou PCR:* ▪ Refrigerar o soro ou o coágulo ▪ Congelar (-20C ou mais) as amostras de tecido para isolamento do vírus *Para imunohistoquímica:* ▪ Fixar uma pequena amostra da pele em formalina. A amostra pode ser armazenada até 6 semanas. A amostra deixa de ser infecciosa depois de fixada em formalina. ▪ Armazenar à temperatura ambiente. As amostras fixadas em formalina podem ser transportadas à temperatura ambiente.
Resultados	Os serviços de diagnóstico da FHV não estão rotineiramente disponíveis. Normalmente, é necessário requisitá-los com antecedência. Contactar a autoridade nacional competente ou a OMS.

Referências

- *Interim Infection Control Recommendations for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovírus (Ebola, Marburg) Hemorrhagic Fever*. BDP/EPR/WHO, 2008.
- *Infection Control for VHF in the African health care setting*, WHO, 1998. WHO/EMC
- Ergonul O. *Crimean-Congo haemorrhagic fever*. Lancet Infect Dis 2006;6:203-14.
- *WHO Recommended Surveillance Standards* WHO/CDS/CSR/ISR/99.2
- WHO Fact Sheet No 208, *Crimean-Congo Haemorrhagic Fever*, revised November 2001
- WHO Fact Sheet No 179, *Lassa Fever*, revised April 2005

Lepra

Enquadramento

- A lepra é uma doença crónica causada por micobactérias, que afecta a pele, os nervos e as mucosas das vias aéreas superiores. A doença é transmitida, principalmente, através do ar, a partir de secreções nasais de doentes infectados com o bacilo de Hansen e também através de inoculação em feridas. A lepra é endémica em várias áreas tropicais do mundo, incluindo a África.

- Os doentes são divididos em dois grupos, dependendo da presença de sinais na pele ou nos nervos:
  - Doentes multibacilares (MB) com mais de 5 pensos dérmicos e vários nervos dilatados.
  - Doentes paucibacilares (PB), que possuem entre um e cinco pensos dérmicos e apenas um nervo dilatado.

- O controlo da lepra melhorou bastante com o uso da terapêutica multimedicamentosa (TMM) recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A terapêutica multimedicamentosa, que junta dois ou três medicamentos (rifampicina, clofazimina e dapsona), é muito eficaz na cura da lepra. No final de 1999, a prevalência pontual da lepra em países africanos era de 1,6 casos por cada 10 000 habitantes, com cerca de 70 000 casos registados.

- O período de incubação é de 6 meses a 20 anos ou até mais. A infecção é frequente, mas a doença clínica é rara, mesmo entre as pessoas que têm contacto pessoal com os doentes. Os doentes multibacilares são os mais contagiantes, mas o perigo de infecção é reduzido, assim que é iniciada a terapêutica multimedicamentosa. A lepra pode tornar-se mais complicada, se houver nevrite ou reacções leprosas, o que resulta em incapacidade e invalidez das mãos, pés e olhos.

- A lepra tem sido historicamente associada ao isolamento social e às suas consequências psicológicas. Este estigma social ainda persiste em alguns países africanos.

- Algumas doenças dermatológicas, como a pitiríase versicolor, micose, vitiligo, esclerodermia, psoríase, lúpus eritematoso sistémico e doença de von Recklinghausen, podem ser confundidas com a lepra.

Objectivos da vigilância

- Observar as tendências nacionais, no que toca à meta de eliminação da lepra, que é definida como a redução na prevalência de casos para menos de 1 caso por cada 10 000 habitantes.
- Monitorizar regularmente a resistência do bacilo de Hansen aos medicamentos utilizados na terapêutica multimedicamentosa (TMM).
- Quando a lepra estiver prestes a ser eliminada, complementar a vigilância de rotina com a vigilância baseada na comunidade.

Definição de casos padrão

Caso suspeito:

Uma pessoa que apresente um dos três sinais principais da lepra: lesão hipopigmentada ou avermelhada na pele, perda ou decréscimo de sensibilidade nos pensos dérmicos, dilatação dos nervos periféricos.

***Caso confirmado*:**

Uma pessoa que apresente, pelo menos, dois dos principais sinais da lepra e que ainda não tenha concluído um tratamento completo da terapêutica multimedicamentosa (TMM).

Lepra

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de um único caso:

- Comunicar o caso suspeito ao nível apropriado do sistema de saúde.
- Investigar o caso para procurar os possíveis factores de risco.
- Iniciar o tratamento adequado do caso:

-- Os doentes MB devem ser tratados durante 12 meses com um regime de três medicamentos (12 embalagens *blister* de comprimidos MB a tomar num período de 18 meses).

-- Os doentes PB devem ser tratados durante 6 meses com um regime de TMM de dois medicamentos (6 embalagens *blister* de comprimidos PB a tomar num período de 9 meses)

Resposta ao limiar de acção

Se um caso suspeito for confirmado:

- Examinar os sinais na pele e nos nervos do doente em todos os contactos que este tiver com um profissional de saúde, para diagnosticar e tratar as reacções e incapacidades derivadas da lepra.
- Examinar os factores de risco de uma possível interrupção do tratamento (por exemplo, abastecimento insuficiente para a TMM no centro de saúde, acesso inadequado às aldeias dos doentes, etc.). Fornecer embalagens *blister* suficientes para um tratamento completo dos doentes que não se conseguem deslocar ao centro de saúde, todos os meses.
- Identificar quaisquer aumentos ou reduções rápidas de novos casos, durante um certo período de tempo. Avaliar a qualidade da vigilância em áreas onde existe a suspeita de sub- ou sobre-notificação. Monitorizar a distribuição de medicamentos para a TMM.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico dos casos, por ordem da data do diagnóstico e início do tratamento.

Local: Assinalar os casos por localização das habitações e classificação da doença (MB ou PB)

Pessoa: Contar, mensalmente, os novos casos detectados, de acordo com o tipo de lepra (MB ou PB). Analisar a distribuição por idade e incapacidade, assim como os resultados dos tratamentos (casos curados, falhados ou reincidências).

Confirmação laboratorial

Para a vigilância, não são necessárias confirmações laboratoriais de rotina.

Lepra

Referências

- *Enhanced global Strategy for Further Reducing the Disease Burden due to Leprosy* (SEA-GLP-2009.3)
- *WHO Recommended Surveillance Standards* WHO/CDS/CSR/ISR/99.2

Filaríase Linfática

Enquadramento

- A filaríase linfática é a segunda maior causa de invalidez permanente e a longo prazo, a nível mundial. Afecta mais de 120 milhões de pessoas, em 80 países, e mais de 40 milhões dessas pessoas estão seriamente incapacitadas pela doença; 20% da população mundial está em risco de ser infectada. Das pessoas infectadas, cerca de 1/3 encontram-se na Índia, 1/3 em África e o resto está dividido pelas Américas, Ásia e Pacífico. Em 1997, a resolução WHA50.29 apelava à eliminação da filaríase linfática como problema de saúde pública mundial. A estratégia adoptada baseia-se em:
    - Redução da transmissão até ao ponto em que deixa de existir uma nova infecção
    - Tratamento dos problemas associados ao controlo e prevenção das incapacidades.

- Agentes causais: em África são apenas as filárias *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, e *Brugia timori*

- Modos de transmissão: transmitidos por várias espécies de mosquitos, estes vermes filarianos parasitas alojam-se no sistema linfático humano, produzindo milhões de microfilárias imaturas, que circulam no sangue. As microfilárias aparecem no sangue periférico 3 a 6 meses depois, se for o verme *Brugia malayi*, ou 6 a 12 meses depois, se for o *Wuchereria bancrofti*, muitas vezes com periodicidade nocturna. Depois disso, quando um mosquito picar a pessoa infectada, as microfilárias são por ele apanhadas e a infecção pode ser transmitida a outras pessoas, após cerca de 2 semanas.

- Descrição clínica:
    - A infecção por filária pode ser clinicamente assintomática (mesmo que haja provas laboratoriais de danos linfáticos e hepáticos); a doença também se pode apresentar com uma ou mais manifestações agudas (febre, inchaço localizado, síndrome de eosinofilia pulmonar tropical, linfangite).

- As complicações crónicas incluem:
    - Linfedema ou elefantíase dos membros
    - Danos nos órgãos genitais (incluíndo hidrocele nos homens)
    - Danos nos rins (incluindo quilúria) e no sistema linfático.

Objectivos da vigilância

Neste momento, existem três opções e a escolha irá depender da situação local:

1. Notificação mensal de rotina dos dados agregados sobre casos suspeitos e confirmados, da periferia para o nível intermédio e nível central.
2. Inquéritos sentinela às populações (estandardizados e periódicos).
3. Procura activa de casos, através de inquéritos a grupos seleccionados ou através de inquéritos em massa. Internacional: notificação anual do nível central para a OMS (para um número limitado de países).

Filaríase Linfática

Definição de casos padrão

Caso suspeito:
Residente de uma área endémica com sinais clínicos de hidrocele ou linfedema, para os quais foram excluídas outras causas.

Caso confirmado:
Uma pessoa com um diagnóstico laboratorial positivo de microfilarémia num esfregaço sanguíneo, antigenemia filarial ou ecografia com resultado positivo.

Resposta ao limiar de alerta

- Confirmar a prevalência da infecção na comunidade, através de inquéritos.

Resposta ao limiar de acção

Gestão do caso

As medidas de higiene para as partes do corpo afectadas (e, quando necessário, agentes antibióticos e antifúngicos) podem reduzir o risco de adenolinfangite:

- Lavar as partes afectadas com sabão e água duas vezes por dia
- Levantar o membro afectado durante a noite
- Fazer exercício, de modo a promover o fluxo linfático
- Manter as unhas curtas e limpas
- Calçar sapatos confortáveis
- Utilizar cremes anti-sépticos ou antibióticos, para tratar pequenas feridas ou escoriações ou antibióticos sistémicos para casos mais graves.

Para o tratamento do portador de filárias, o regime recomendado pelo país deve ser seguido:

- Em áreas onde não existem, nem oncocercose nem loíase: DEC 6 mg/kg dose única.
- Em áreas onde a oncocercose foi excluída, mas não a loíase: decisões clínicas individualizadas.

A presente estratégia para o controlo da filaríase está, essencialmente, dependente de medidas anti-parasíticas. Para interromper a transmissão, a toda a população em risco tem de ser administrado um regime anual de uma dose do seguinte:

Filaríase Linfática

Áreas com oncocercose presente:

- 400 mg de albendazol + ivermectina, 150 microgramas por kg de peso corporal, uma vez por ano durante 4-6 anos

Áreas sem oncocercose presente:

- Dietilcarbamazina, 6 miligramas por kg de peso corporal + albendazol 400 mg anuais ou
- Dietilcarbamazina com sal fortificado a usar diariamente, pelo menos, durante 6-12 meses.

NOTA: Em áreas com loíase presente (florestas tropicais da África Subsariana), as intervenções em massa não podem ser, neste momento, sistematicamente consideradas (a não ser que a oncocercose seja um problema de saúde muito grave), devido ao risco de reacções adversas graves em doentes com infecções da filária *Loa Loa* de alta densidade (cerca de 1 em cada 10 000 tratamentos).

É importante informar a população sobre a importância do cumprimento dos tratamentos, quando se faz quimioterapia em massa.
Esforços adicionais para controlar os vectores não são necessários, no que toca à filaríase linfática. Devem ser efectuados ao abrigo de outros programas de controlo já existentes, como as operações anti-paludismo.

Análise e interpretação dos dados

- Mapear a distribuição da filaríase linfática e identificar as unidades de implementação que irão necessitar de uma administração de medicamentos em massa
- Analisar a cobertura dos medicamentos nas unidades de implementação
- Avaliar o declínio dos índices parasitológicos de microfilarémia, antes de se iniciar MDA e após, pelo menos, quatro doses de MDA, até que seja atingido o critério de menos de 1% de microfilarémia na população e menos de 0,1% de antigenemia nas crianças em idade escolar.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	• Esfregaço sanguíneo nocturno • Teste de antigénios da filária
Amostras	Esfregaço sanguíneo Sangue
Colheita de amostras	Á noite, entre as 22h e as 2 da manhã A qualquer hora do dia

Filaríase Linfática

Peparação, armazenamento e transporte	Colocar três gotas de sangue numa lâmina de vidro e espalhá-las ao longo da lâmina para fazer três linhas. Depois de aquecer a amostra, colocar a coloração de Giemsa e examiná-la ao microscópio. Ou através de um teste rápido de ICT ou com um teste ELISA feito num laboratório.
Resultados	Um teste é positivo quando se observam ao microscópio microfilárias Wuchereria bancrofti. É considerado positivo quando o antigénio da filária é detectado.

Referências

- WHO.*Monitoring and epidemiological assessment of the programme to eliminate lymphatic filariasis at implementation unit level* WHO/CDS/CPE/CEE/2005.50
- WHO. *Lymphatic filariasis.* WHO/CDS/CPE/SMT/2001.7
- WHO*. Training module on lymphatic filariasis for drug distributors (in countries where onchoerciasis is not co-endemic).* WHO/CDS/CPE/CEE/2000.10 (Parts 1 &2)
- WHO*. Training module on lymphatic filariasis for drug distributors (in countries where onchoerciasis is co-endemic).* WHO/CDS/CPE/CEE/2000.11 (Parts 1 & 2)
- WHO*. The programme to eliminate lymphatic filariasis – essential elements for medical personnel (in countries where onchoerciasis is not co-endemic).* WHO/CDS/CPE/CEE/2000.12
- WHO*. The programme to eliminate lymphatic filariasis – essential elements for medical personnel (in countries where onchoerciasis is co-endemic).* WHO/CDS/CPE/CEE/2000.13
- WHO. *Preparing and implementing a national plan to eliminate filariasis (in countries where onchoerciasis is not co-endemic).* WHO/CDS/CPE/CEE/2000.15
- WHO. *The programme to eliminate lymphatic filariasis* (in onchoerciasis co-endemic countries). WHO//CDS/CPE/CEE/2000.16 Webpage: www.who.int/lymphatic_filariasis

Paludismo

Enquadramento

- O paludismo é uma doença tropical altamente prevalecente, caracterizada por febre após a picada do mosquito Anopheles fêmea infectado, o qual transmite um parasita, *Plasmodium falciparum*, *P. ovale, P. vivax* ou *P. malariae*. As infecções palúdicas graves são geralmente causadas pelo *P. falciparum*, as quais podem resultar em anemia grave e atingir órgãos vitais.

- O paludismo é uma das principais causas de doença e morte em muitos países africanos. Registam-se 900 000 mortes por ano em África, sobretudo em crianças menores de 5 anos e grávidas.

- O período de incubação, da picada aos primeiros sintomas, é de 7 a 30 dias, podendo ser mais longo, sobretudo com as espécies não *P. falciparum*.

- A transmissão do paludismo é marcadamente sazonal, em algumas zonas de países africanos, mas perene no resto da Região.

Objectivos da vigilância

- Detectar rapidamente as epidemias de paludismo, sobretudo em zonas de transmissão epidémica sazonal ou com uma vasta população de risco.

Definição de casos padrão

Paludismo benigno
É clinicamente diagnosticado paludismo a qualquer pessoa que viva em zonas de risco da doença, com febre ou história de febre num período de 24 horas, sem sintomas de doença grave (disfunção de órgãos vitais).

Paludismo benigno confirmado
Uma pessoa com febre ou história de febre num período de 24 horas, e com confirmação laboratorial do diagnóstico, através de esfregaço de sangue ou outro teste de diagnóstico de parasitas do paludismo.

Paludismo maligno não confirmado
Um doente, em zona de risco de paludismo, hospitalizado com doença febril aguda, acompanhada de disfunção de órgão vital diagnosticada clinicamente.

Paludismo maligno confirmado
Um doente hospitalizado, com parasitemia assexuada pelo *P. falciparum e* confirmada por testes laboratoriais, acompanhada de sintomas e manifestações de doença grave (disfunção de órgão vital), diagnosticada por laboratório.

Paludismo

Resposta ao limiar de alerta

Se ocorrer um acréscimo invulgar de novos casos ou mortes por paludismo relativamente ao mesmo período de anos anteriores não epidémicos:

- Comunicar a suspeita de epidemia ao nível superior
- Tratar com os anti-palúdicos adequados, de acordo com as recomendações do programa nacional
- Investigar a causa para o aumento de novos casos
- Assegurar que os novos casos em crianças de 2 meses a 5 anos são tratados de acordo com as orientações da AIDI
- Orientar a educação da comunidade no sentido da detecção rápida de casos e do acesso às unidades de saúde**.**

Resposta ao limiar de acção

Se o número de novos casos exceder o limite superior de casos registados num período não epidémico em anos anteriores:

Avaliar e melhorar, consoante as necessidades, as estratégias de prevenção, tais como mosquiteiros tratados com insecticida (ITN) e pulverização residual interna (IRS), para todos os que correm o risco de contrair paludismo.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico do número de casos por mês/semana. Traçar uma curva epidémica durante as epidemias.

Local: Assinalar a localização das habitações para novos casos e óbitos.

Pessoa: Contar, mensalmente, o número de novos casos e óbitos por paludismo e analisar os grupos etários e o momento do início da doença.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	▪ Microscopia: presença de parasitas do paludismo em esfregaços sanguíneos dos casos suspeitos ▪ Teste de diagnóstico rápido do paludismo: positivo ou negativo
Amostra	Sangue Geralmente amostra, por punção do dedo, para todas as idades ou outro método reconhecido para colheita de sangue em crianças muito pequenas
Colheita	*Para o esfregaço de sangue:* preparar um esfregaço de sangue para todos os casos suspeitos que deram entrada na unidade de internamento ou de acordo com as orientações nacionais para o tratamento dos casos de paludismo.

Paludismo

Preparação, armazenamento e transporte	*Esfregaço de sangue:* • Colher o sangue directamente para lâminas de microscópio devidamente limpas e rotuladas e preparar esfregaços espessos e finos. • Deixar secar completamente os esfregaços • Colorir usando o corante e a técnica adequada • Conservar as lâminas coloridas e completamente secas à temperatura ambiente e fora do alcance da luz solar directa. *Para o teste de diagnóstico rápido:* • Colher a amostra e realizar o teste de acordo com as instruções do fabricante.
Resultados	Os resultados dos esfregaços espessos e finos podem ficar disponíveis no dia da preparação. O exame microscópico de lâminas de paludismo pode também revelar a presença de outros parasitas nascidos no sangue. O resultado do RDT é obtido de imediato. Nota: Realizar um teste laboratorial de estimativa da hemoglobina na unidade de internamento, para confirmar anemia grave em crianças dos 2 meses aos cinco anos de idade.

Referências

- *Malaria epidemics: Detection and control, forecasting and prevention*. Geneva. World Health Organization. WHO/MAL/98.1084
- "*Basic Laboratory Methods in Medical Parasitology*" WHO, Geneva, 1991

Paludismo (continuação)

Nota: Estabelecer um limiar de epidemia:

O Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo pode auxiliar os distritos e centros de saúde a determinar os limiares adequados na detecção de eventuais epidemias. Na ausência de um limiar estabelecido pelo programa nacional, o método que se segue pode ser utilizado para determinar o nível de limiar para uma epidemia de paludismo. O limiar é determinado usando a mediana e o 3º quartil de um período de tempo (por exemplo, dados mensais/semanais de cinco anos de uma unidade de saúde ou distrito):

1. Observar o número de casos mensais/semanais de paludismo, numa determinada unidade de saúde ou distrito, ao longo dos últimos 5 anos.
2. Determinar a mediana para cada mês/semana (por exemplo, todos os meses de Janeiro dos últimos 5 anos). Ordenar os dados mensais/semanais de cada mês/semana desses cinco anos, por ordem ascendente. Identificar o número no meio de cada série de meses/semanas para esses cinco anos. Está encontrada a mediana. Repetir este processo para cada mês/semana desses cinco anos.
3. Determinar o 3º quartil para a série mensal/semanal, identificando o 4º número mais elevado, a partir da base, em cada série de dados (uma vez que os dados estão ordenados por ordem ascendente). Esse é o 3º quartil, representando o limite superior do número normal previsível de casos de paludismo.
4. Marcar o 3º quartil para cada série de dados por mês/semana do período de cinco anos e unir os pontos com uma linha. Esta linha representa o limite superior do número previsível de casos.
5. Marcar a mediana para cada série de dados por mês/semana do período de cinco anos e unir os pontos com uma linha. Esta linha representa o limite mais baixo do número previsível de casos.
6. A zona entre as duas linhas (a mediana e o 3º quartil) representa o “canal normal”. Se o número de casos de paludismo observados à data se situar entre as duas linhas, o número de novos casos para esse mês/semana é considerado “normal”. Se o número se encontrar acima do 3º quartil (limite superior), trata-se de um indício de uma possível epidemia de paludismo.

É de notar que, para assegurar a detecção precoce e o controlo de epidemias do paludismo, é recomendável utilizar dados de vigilância semanais, em zonas mais propensas às epidemias de paludismo.

Fonte: Programa Regional do Paludismo da OMS/AFRO

Malnutrição

Enquadramento

- A nível mundial, a subnutrição materna e infantil é a causa subjacente a 3,5 milhões de óbitos, englobando 35% do fardo da doença em crianças menores de 5 anos. Dos 40 países com prevalência de raquitismo infantil igual ou superior a 40%, 23 situam-se em África.

- A malnutrição grave pode agir como causa directa de morte ou como causa indirecta, aumentando drasticamente o número de mortes em crianças com doenças infantis comuns, como a diarreia ou a pneumonia.
- Apesar disso, o fardo da mortalidade infantil devida à malnutrição grave continua, em grande medida, ausente da agenda internacional da saúde e poucos países, mesmo em zonas de alta prevalência, possuem políticas nacionais específicas que visem abordá-la de forma abrangente.

- As crianças menores de cinco anos e as mulheres grávidas e lactantes são as mais vulneráveis. A condição e ingestão nutricional deficitária das grávidas podem contribuir para recém-nascidos com insuficiência ponderal (pesados imediatamente após o parto). Um recém-nascido que pese menos de 2500 gramas (2,5 kg) é considerado com Insuficiência Ponderal à Nascença (LBW). A LBW é uma das principais determinantes de morte, doença e incapacidade na primeira infância e infância, repercutindo-se também em consequências para a saúde na vida adulta.

- As condições socioeconómicas, a fraca qualidade da água e do saneamento, a educação das mães relativamente à alimentação dos bebés e crianças pequenas e as infecções repetidas são as principais causas de malnutrição.

- Os programas elaborados para erradicar a malnutrição centram-se na segurança alimentar, qualidade da água e saneamento, na promoção de práticas de alimentação de bebés e crianças pequenas, em programas de suplementação com micronutrientes, na gestão de casos graves de malnutrição nas comunidades e nas unidades de saúde e no tratamento de infecções, sobretudo as doenças diarreicas.

- Estão a ser organizados muitos inquéritos esporádicos, mas a vigilância da nutrição encontra-se actualmente pouco desenvolvida e não possibilita intervenções ligadas à prevenção e tratamento da malnutrição.

Objectivos da vigilância

- Alerta precoce e identificação de problemas.
- Definição de políticas e planeamento.
- Gestão de programas e avaliação.
- Avaliação da eficácia da resposta da saúde pública que aborda as causas da insuficiência ponderal à nascença, malnutrição em crianças e malnutrição em mulheres grávidas.

Malnutrição

Definição de casos padrão

Recém-nascidos com insuficiência ponderal:
Um recém-nascido com peso à nascença inferior a 2500 gramas

Malnutrição em crianças:
Crianças menores de cinco anos com insuficiência ponderal (indicador: peso para idade <-2 Valor Z)
Crianças dos 6 aos 59 meses com PB <11, 5 cm (risco elevado de mortalidade)
Edema bilateral

Malnutrição em mulheres grávidas:
Mulheres grávidas que deram à luz bebés com insuficiência ponderal (peso à nascença <2,5 kg) (as condições nutricionais e sanitárias deficitárias das mulheres permitem prever que grupos populacionais podem beneficiar de cuidados melhorados, pré-natais para as mulheres e neonatais para os bebés).

Resposta ao limiar de alerta

Se mais de 20% de crianças tiverem insuficiência ponderal,
o programa deverá incidir sobre:
Apoio à amamentação
Educação para a nutrição
Suplementação alimentar da criança e da mãe
Prevenção e tratamento da diarreia
Prevenção e tratamento da malnutrição grave
Apoio socioeconómico.

Assim que for detectado um caso com PB inferior a 11,5 cm ou for identificada a presença de edema bilateral,
deve proceder-se a uma investigação atenta e mais aprofundada. A criança deve ainda ser referenciada para um programa de terapêutica alimentar.

Se o número de casos de insuficiência ponderal inferior a 2,5 kg for igual ou superior a 15%:
Orientar as intervenções no sentido da melhoria dos cuidados pré-natais para as mulheres e neonatais para os bebés, incluindo cuidados nutricionais (campanhas antitabágicas e contra o alcoolismo, cuidados nutricionais para as mulheres antes e durante o período pré-natal e durante o período de lactação, profilaxia do paludismo, serviços de cuidados aos recém-nascidos, etc.) para os casos de risco de gravidez complicada e tratar os recém-nascidos, para prevenir a morbilidade e a morte.

Malnutrição

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico mensal dos casos, para analisar as tendências, e semanal para as situações de emergência

Local: Assinalar a localização das habitações/comunidades com casos

Pessoa: Contar os casos por mês/semana e analisar a distribuição por idade e sexo

Confirmação laboratorial

A vigilância não carece de confirmação laboratorial de rotina.

Referências

- Black R.E. et al*, Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences*. The Lancet, Volume 371, Issue 9608, Pages 243 – 260.
- Gross R, Webb P, *Wasting time for wasted children: severe child undernutrition must be resolved in non-emergency settings*. Lancet 2006; 367: 1209-1211.
- *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series, 1995, No 854: 81, 128-130, 198-208.
- *WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children*. A Joint Statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund

Óbitos Maternos

Enquadramento

- As mortes ocorridas durante a gravidez, parto ou interrupção voluntária da gravidez, e mortes ocorridas até seis semanas (42 dias) após o parto ou interrupção voluntária da gravidez e que estejam relacionadas com a gravidez, são consideradas óbitos maternos.

- A nível mundial, cerca de 80% dos óbitos maternos devem-se a: hemorragias graves (maioritariamente hemorragias pós-parto), infecções (também maioritariamente pouco depois do parto), disfunções ligadas à hipertensão na gravidez (eclâmpsia) e partos obstruídos. As complicações após um aborto não seguro são responsáveis por 13% dos óbitos maternos.

- Em todos os países em desenvolvimento, a mortalidade materna continua a ser demasiado elevada, com mais de 500 000 mulheres a morrerem todos os anos, devido a complicações durante a gravidez e parto. Cerca de metade destas mortes acontecem na África Subsariana, onde o risco de óbito materno é de 1 em 22 casos, comparado com 1 em 8000 casos nos países industrializados.

- A principal causa de óbito materno na África Subsariana é a hemorragia, e os partos não assistidos são especialmente arriscados, principalmente em áreas rurais onde os transportes para unidades de cuidados de saúde constituem um problema.

Objectivos da vigilância

- Fazer uma estimativa e monitorizar as taxas de mortalidade materna.
- Identificar os factores de risco e zonas de risco elevado para a mortalidade materna, de modo a informar as decisões programáticas.
- Avaliar os programas cujo objectivo é reduzir a mortalidade materna.

Definição de casos padrão

Morte de uma mulher durante a gravidez ou 42 dias após o parto ou interrupção voluntária da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou pela sua gestão, mas não devido a causas acidentais ou casuais.

Acções de saúde pública recomendadas

- Estabelecer limiares de alerta, de modo a permitir que o pessoal da unidade de saúde ou do distrito possa determinar se é necessária uma intervenção com intenções específicas.
- Monitorizar as tendências e responder aos limiares de alerta.
- Aumentar a disponibilidade e utilização de cuidados pré-natais.
- Fornecer formação especializada a parteiras tradicionais e profissionais.
- Apoiar intervenções para melhorar o reconhecimento e a resposta a gravidezes de alto risco, ao nível da comunidade.

Óbitos Maternos

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico dos casos, de modo a traçar uma curva epidémica ao longo do ano, para identificar as tendências.

Lugar: Assinalar a localização das habitações e analisar a distribuição.

Pessoa: Analisar a distribuição dos casos por idade e outros factores demográficos.

Confirmação laboratorial

Para a vigilância, não são necessárias confirmações laboratoriais de rotina.

Referências

- http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/en/index.html
- http://www.unicef.org/index.php

Sarampo

Enquadramento

- O sarampo é uma doença febril exantemática causada por um paramixovirus (*Morbillivirus)*, e transmitida através da propagação aérea de gotículas. É a quarta maior causa de morte em muitos países africanos, nas crianças menores de 5 anos.
- O período de incubação é de 7 a 18 dias, desde a exposição até ao início de febre.
- Entre as crianças malnutridas e com deficiência de vitamina A, o sarampo pode causar uma doença grave, devido ao vírus em si e às infecções bacterianas que lhe estão associadas, especialmente a pneumonia; são poucos os casos que chegam a ser graves.
- O sarampo é das infecções humanas mais transmissíveis que existe. Todos os anos acontecem grandes surtos em zonas que têm acesso a poucas vacinas e onde existe uma acumulação de pessoas que nunca foram infectadas ou vacinadas. A verdadeira incidência do sarampo é muito superior aos casos que são notificados.
- Os factores de risco incluem uma baixa cobertura vacinal (<85 a 90%), o que permite a acumulação de pessoas muito susceptíveis de apanhar sarampo. Os surtos podem ser explosivos em zonas de grande densidade populacional.
- Outras doenças virais, como a rubéola, podem causar ou contribuir para surtos semelhantes.

Objectivos da vigilância

- Detectar rapidamente surtos de febre com doença exantemática:

Em países com o objectivo de eliminar o sarampo: notificações imediatas dos casos suspeitos e mortes de pessoas com febre e doença exantemática; confirmar todos os casos suspeitos de sarampo com um teste de laboratório (geralmente com soro IgM).

Em países com programas avançados de controlo de sarampo: relatórios-síntese sobre os casos e óbitos, para vigilância de rotina e surtos; confirmar os primeiros cinco casos suspeitos de sarampo, numa unidade de saúde, por semana, com um teste de laboratório (geralmente com soro IgM).

Definição de casos padrão

Caso suspeito:
Uma pessoa com febre e exantema generalizado maculopapular (não vesicular) e tosse, coriza ou conjuntivite (olhos vermelhos) ou uma pessoa cujo médico suspeite que tenha sarampo.

Caso confirmado:
Um caso suspeito que tenha confirmação laboratorial (com anticorpo IgM positivo) ou uma ligação epidemiológica a casos confirmados durante um surto.

Sarampo

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de um surto:

- Notificar o caso suspeito ao nível superior.
- Colher amostras de sangue para confirmar o surto.
- Tratar os casos com reidratação oral, vitamina A e antibióticos, para prevenir uma super-infecção bacteriana. Utilizar precauções de isolamento aéreo onde for possível.
- Investigar o caso ou surto, de modo a identificar as causas do surto.

Resposta ao limiar de acção

Se um surto for confirmado:

- Melhorar a cobertura vacinal de rotina através do PAV e conduzir actividades suplementares de vacinação em zonas de baixa cobertura vacinal.
- Mobilizar antecipadamente a comunidade, de modo a permitir a rápida detecção e um rápido tratamento dos casos.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico semanal dos casos e óbitos. Traçar uma curva epidémica dos casos de surtos.

Local: Assinalar a localização das casas.

Pessoa: Contar o número total de casos e analisá-los por grupo etário e situação vacinal.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Presença de anticorpos IgM do vírus do sarampo no soro.
Amostras	Soro Sangue total
Colheita das amostras	Colher as amostras entre o 3º dia do exantema e o 28º dia após o início do exantema. Colher amostras sanguíneas de 5 casos suspeitos de sarampo, quando o número de casos exceder o limiar do surto de sarampo (geralmente mais de 5 casos num distrito num mês). Em países com o objectivo de eliminação: ▪ Colher amostras de todos os casos suspeitos de sarampo ▪ Colher soro para testar anticorpos, assim que for possível, ou na primeira visita à unidade de saúde.

Sarampo

Preparação, armazenamento e transporte das amostras	▪ Para crianças, colher entre 1 a 5 ml de sangue venoso, dependendo do tamanho da criança. Colher para um tubo de ensaio, tubo capilar ou tubos microtainer. ▪ Separar as células sanguíneas do soro. Deixar o coágulo retrair durante 30 a 60 minutos à temperatura ambiente. Centrifugar a 2000 rpm, durante 10-20 minutos, e escoar o soro para um tubo de vidro limpo. ▪ Se não houver centrifugadora, colocar a amostra no frigorífico durante a noite (4 a 6 horas), até que o coágulo retraia. Escoar o soro na manhã seguinte. ▪ Se não houver centrifugadora nem frigorífico, deixar o sangue inclinado durante, pelo menos, 60 minutos (sem agitar nem transportar num veículo). Escoar o soro para um tubo limpo. ▪ Armazenar o soro a 4°C. ▪ Transportar as amostras do soro utilizando embalagens apropriadas, para evitar que estas se partam ou que haja derrames durante o transporte.
Resultados	As amostras devem chegar ao laboratório até 3 dias após serem colhidas. Os resultados são geralmente conhecidos após 7 dias. Se, pelo menos, 2 dos 5 casos suspeitos de sarampo forem confirmados no laboratório, o surto de sarampo é confirmado. Evitar agitar as amostras, antes de o soro ser colhido. Para prevenir o crescimento excessivo de bactérias, assegurar que o soro está a ser escoado para um tubo de ensaio limpo. O tubo de ensaio não tem de estar asséptico, apenas limpo. Transportar o soro numa transportadora manual de vacinas PAV entre 4º C e 8º C, de modo a prevenir o crescimento excessivo de bactérias (até 7 dias). Se não estiver refrigerado, o soro armazenado num tubo de ensaio limpo estará em condições durante, pelo menos, 3 dias.

Referências

- *Using surveillance data and outbreak investigations to strengthen measles immunization programs*, Geneva, World Health Organization. WHO/EPI/GEN/96.02
- *WHO Guidelines for Epidemic Preparedness and Response to Measles Outbreaks* WHO/CDS/CSR/ISR/99.1

Meningite Meningocócica

Enquadramento

- *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), e *Streptococcus pneumoniae* constituem a maioria de todos os casos de meningite bacteriana e 90% dos casos de meningite bacteriana nas crianças.

- A meningite meningocócica é a principal forma de meningite a causar epidemias e continua a ser um enorme desafio de saúde pública na cintura da meningite africana, uma área que se estende do Senegal até à Etiópia. Nestes países, grandes surtos podem ocorrer durante a época seca (por exemplo, de Novembro até Maio). Fora da cintura da meningite, pequenos surtos podem ocorrer ao longo do ano.

- As epidemias na cintura da meningite estão tradicionalmente associadas à *Neisseria meningitides* serogrupo A, embora em 2002 tenha ocorrido uma epidemia em Burkina Faso devido à *Neisseria meningitides* serogrupo W135 e, em 2006, o serogrupo X da *Neisseria meningitides* foi isolado no Níger.

- A transmissão da doença entre humanos faz-se através de grandes gotículas respiratórias vindas do nariz e garganta das pessoas infectadas.

- O período de incubação é de 2 a 10 dias.

- A taxa de ataque é maior entre as crianças menores de 15 anos. As taxas de casos fatais estão, geralmente, entre os 8-15%, no caso de pacientes tratados, e >70% entre os casos não tratados. Muitos dos sobreviventes sofrem sequelas a longo prazo, incluindo atraso mental, perda de audição e perda do uso dos membros.

- O cloranfenicol oleoso é o medicamento preferido durante as epidemias, pois uma única dose desta formulação de acção prolongada já provou ser eficaz. A resistência antimicrobiana ao cloranfenicol ainda não foi detectada em África, mas a resistência às sulfonamidas é comum.

- A presente resposta à epidemia da meningite consiste em campanhas reactivas de vacinação em massa, com vacinas bivalentes (A e C) e/ou vacinas polissacarídeas trivalentes (A, C e W135), o mais rapidamente possível, após a epidemia ter sido declarada. As vacinas polissacarídeas não protegem crianças muito novas e apenas fornecem protecção até três anos, o que resulta em surtos de meningite recorrentes.

- Uma vacina conjugada para a meningite meningocócica A foi desenvolvida, é imunogénica tanto em crianças como em adultos, e espera-se que ofereça uma protecção a longo prazo. Ao introduzir esta vacina conjugada nos países da cintura da meningite, espera-se que a circulação da Nm A seja dramaticamente reduzida e que as epidemias de Nm A desapareçam por completo.

Objectivos da vigilância

- Detectar rapidamente surtos de meningite e confirmar a etiologia desses surtos.
- Utilizar os dados para planear a quantidade de material de tratamento e vacinação e outras medidas de prevenção e controlo.
- Avaliar e monitorizar a propagação e evolução da epidemia e a eficácia das medidas de controlo.
- Monitorizar a situação, incluindo mudanças nos serogrupos ao longo do ano.
- Executar testes periódicos de susceptibilidade à penicilina e cloranfenicol.

Meningite Meningocócica

Definição de casos padrão

Caso suspeito: Uma pessoa com manifestação súbita de febre (> 38.5º C no recto ou 38.0º C nas axilas) e que tenha um dos seguintes sinais: pescoço rígido, consciência alterada ou quaisquer outros sinais meníngeos.

Caso confirmado: Um caso suspeito que é confirmado através do isolamento de *N. meningitidis* do LCR ou do sangue.

Resposta ao limiar de alerta

Limiar de alerta:

- Para populações entre os 30 000 e os 100 000 habitantes, uma taxa de ataque de 5 casos por 100 000 habitantes por semana.
- Para populações com menos de 30 000 habitantes, 2 casos numa semana ou um aumento no número de casos, em comparação com o mesmo período de tempo em anos anteriores, em que não houve epidemias.

Resposta ao limiar de alerta:

- Informar o nível seguinte do sistema de saúde
- Registar os casos num formulário de listagem linear
- Investigar e confirmar os casos no laboratório
- Tratar todos os casos suspeitos com os antibióticos apropriados, tal como recomendado pelo protocolo nacional
- Intensificar a vigilância de outros casos na área
- Preparar a execução de uma campanha de vacinação em massa

Resposta ao limiar de acção

Limiar de epidemia:

- Para populações entre os 30 000 e os 100 000 habitantes: uma taxa de ataque de 15 casos por cada 100 000 habitantes por semana. Quando o risco de uma epidemia é elevado (não ter havido epidemias nos últimos 3 anos, limiar de alerta atingido na estação seca), o limiar de epidemia é de 10 casos por cada 100 000 habitantes por semana.
- Para populações com menos de 30 000 habitantes: 5 casos numa semana ou duplicação do número de casos num período de três semanas.

Resposta ao limiar de epidemia:

- Vacinar imediatamente o distrito afectado pela epidemia, assim como quaisquer distritos contíguos que estejam em fase de alerta.
- Mobilizar a comunidade, de modo a permitir a detecção e tratamento precoce dos casos e permitir uma melhor cobertura das vacinas, durante as campanhas de vacinação em massa, para controlar os surtos.
- Continuar a recolher, transmitir e analisar os dados.
- Manter a recolha regular de 5-10 amostras de LCR por semana, ao longo da estação das epidemias, em todos os distritos afectados, de modo a detectar quaisquer mudanças nos serogrupos.
- Tratar todos os casos com os antibióticos apropriados, tal como recomendado pelo protocolo nacional.

Meningite Meningocócica

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Nos países da cintura da meningite, durante a estação das epidemias, fazer um gráfico semanal dos casos e óbitos. Caso contrário, fazer um gráfico mensal das tendências dos casos e óbitos. Traçar uma curva epidémica para os casos de surto.

Local: Em epidemias (e não em situações endémicas), assinalar a localização das famílias com casos e fazer uma estimativa da distância até à instituição de saúde mais próxima.

Pessoa: Contar todos os casos esporádicos e casos de um surto. Analisar a distribuição por idade.

Taxa de mortalidade nos casos mortais visada: <10%

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Exame microscópico do LCR, para detectar diplococos Gram negativos Cultura e isolamento de *N. meningitidis* do LCR
Amostra	Líquido cefalorraquidiano (LCR) Nota: LCR é a amostra preferida para a cultura e exame microscópico. Se o LCR não estiver disponível, deve-se colher sangue (10 ml em adultos, 1-5 ml em crianças) para a cultura.
Colheita das amostras	Colher amostras de 5 a 10 casos, assim que o limiar de alerta ou de epidemia tenha sido alcançado (ver “Meningite” na Secção 8.0).
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	▪ Preparar o doente e colher de forma asséptica o LCR, colocando-o num tubo de ensaio esterilizado com tampa. ▪ Colocar imediatamente 1 ml de LCR numa garrafa pré-aquecida de um meio de transporte de culturas. ▪ Incubar à temperatura corporal (36º C a 37º C). ▪ Nunca refrigerar as amostras que irão ser alvo de culturas. Manter o LCR, para o exame microscópico e análise química, na seringa original (substituir a tampa). Refrigerar a seringa tapada e enviá-la para o laboratório o mais cedo possível.

Meningite Meningocócica

Resultados	O isolamento da *Neiseria meningitidis*, um organismo fastidioso, é caro e difícil. Requer uma excelente técnica de recolha e manipulação das amostras, assim como meios e anti-soros dispendiosos. Nas amostras iniciais de um surto ou para isolados de ocorrência única de *N. meningitis* devem ser detectados os serótipos e deve fazer-se um antibiograma para assegurar o tratamento apropriado. O meio de transporte de culturas *trans-isolate* (TI) é estável. Se estiver adequadamente armazenado em temperaturas à volta dos 4º C, pode ser guardado até dois anos após a sua preparação. No frigorífico, a fase líquida torna-se gelatinosa, mas volta a tornar-se líquida à temperatura ambiente. Os frascos de TI não utilizados devem estar bem selados, quando forem guardados. Se houver qualquer mudança de cor (o meio liquido ficar amarelado ou turvo) ou se a gelose inclinada secar ou encolher, o meio não deverá ser utilizado.

Referências

- Weekly Epidemiological Record N 38, September 2000 (http://www.who.int/wer/pdf/2000/wer7538.pdf)
- WHO Regional Office for Africa Standard Operating Procedures for Enhanced Meningitis Surveillance in Africa, August 2009
- *Control of epidemic meningococcal disease*. WHO Practical Guidelines, 2nd Edition. WHO/EMC/BAC/98.3.
- *Laboratory Methods for the Diagnosis of Meningitis Caused by Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae and Haemophilus influenzae.* WHO document WHO/CDS/EDC/99.7 WHO, Geneva

Doença Mental (Epilepsia)

Enquadramento

- A epilepsia é definida como a recorrência de, pelo menos, duas crises epilépticas, com a ocorrência súbita de sinais anormais que podem ser: motores, tónicos, sensíveis, sensoriais, neurovegetativos ou psico-comportamentais. Estes sintomas podem ou não estar associados a uma perda de consciência. Podem aparecer a pessoas de qualquer idade.

- A epilepsia é o resultado mais comum de distúrbios nas células cerebrais, que leva a descargas excessivas dos neurónios. Dependendo do distúrbio de alguns ou de muitos grupos de células, as crises podem ser parciais ou generalizadas.

- Crises com movimentos musculares tónico-clónicos são chamadas de convulsões, espasmos ou ataques. As convulsões podem aparecer em qualquer idade; nem todas as convulsões significam epilepsia.

- A epilepsia é frequente na Região e a sua taxa de prevalência vai dos 2,2 a 58 por cada 1000 pessoas. Estudos de cinco países da África Subsariana mostram uma incidência que vai dos 64 aos 156 por cada 100 000 pessoas/ano.

- Esta maior incidência pode ser uma consequência de muitos factores de risco, que estão relacionados com factores de predisposição, como maus cuidados perinatais, traumatismo craniano, consanguinidade.

- Muitos factores etiológicos estão relacionados com doenças transmissíveis (paludismo, tuberculose, meningite, neurocisticercose e o VIH), doenças não transmissíveis (tensão arterial elevada, diabetes, alcoolismo e uso de drogas ilegais), instalações médicas de fraca qualidade, saúde geral de pouca qualidade e um nível de vida inferior. Mal-entendidos relacionados com crenças culturais, estigmas e exclusão não facilitam cuidados apropriados.

- A epilepsia aumenta de forma substancial o risco de mortalidade, especialmente em condições de detecção tardia, devido à falta de pessoal médico bem treinado, para diagnosticar e cuidar de doenças neurológicas.

- As mortes e ferimentos acontecem, maioritariamente, devido ao estado de mal epiléptico (especialmente no caso de um afastamento súbito da medicação), queimaduras e afogamentos.

- Foi estimado que nos países em desenvolvimento, até 80% das pessoas com epilepsia não recebem tratamento, ou muitas vezes nem são identificadas. Embora o diagnóstico etiológico da epilepsia possa ser mais difícil nos países em desenvolvimento, devido às limitações dos recursos de investigação, muitos podem ser diagnosticados com base num conhecimento clínico e epidemiológico simples.

Objectivos da vigilância

- Detecção precoce e intervenção imediata, de modo a prevenir as taxas de morbilidade e mortalidade associadas à epilepsia.
- Registar e monitorizar os casos de epilepsia.

Doença Mental (Epilepsia)

Definição de casos padrão

Caso suspeito: Uma pessoa com uma crise epiléptica

Suspeita de novo caso: Notificar apenas o primeiro diagnóstico do caso no centro de saúde

Caso confirmado:
Uma pessoa com recorrência de, pelo menos, duas crises epilépticas. Uma resposta positiva a tratamento com quaisquer antiepilépticos reforça a hipótese de um caso confirmado. As crises epilépticas podem durar entre 30 segundos a 3 minutos. Quando são seguidas, sem haver uma pausa, podem levar ao estado de mal epiléptico.

Resposta ao limiar de alerta

Casos suspeitos

- Todo o pessoal de saúde deve procurar sinais precoces de epilepsia. O diagnóstico deve incluir entrevistas bem estruturadas (descrevendo o tipo de crise da forma mais rigorosa possível) e exame clínico.
- Uma vez diagnosticada, procurar as causas subjacentes e associadas. Procurar um aumento anormal do número de casos e recomendar medidas ambientais apropriadas, caso seja necessário.

Casos confirmados:

- O tratamento imediato deve ser assegurado, começando com pequenas doses de um medicamento antiepiléptico e depois aumentando de forma progressiva até que seja atingido um estado regular efectivo. Em caso de controlo insuficiente das crises, as estratégias de gestão devem ser: aumentar a dose ou tentar um medicamento alternativo e transferir para um nível superior da estrutura de saúde.
- A transferência para um nível superior da estrutura de saúde deve ser feitas, se as crises persistirem, independentemente do tratamento farmacológico ou se a primeira crise acontecer num adulto com 30 ou mais anos.

Resposta ao limiar de acção

Todos os casos: Medidas de informação e educação sobre a epilepsia e factores de risco ao nível da comunidade

Análise e interpretação dos dados

Pessoa: Analisar a distribuição por género e idade (por grupo etário a partir dos 6 anos)

Tempo: Fazer um gráfico trimestral dos casos

Local: Assinalar a distribuição por áreas de residência

Doença Mental (Epilepsia)

Confirmação laboratorial	
Teste de diagnóstico	▪ Glicemia (sangue aleatório dos vasos capilares e glicemia do sangue venoso), electrólito para excluir outras doenças, como diabetes, patologias hepáticas. ▪ Excluir outras doenças como paludismo cerebral, meningite, toxoplasmose; calcificações cerebrais que ocorrem após a tuberculose (tuberculoma), doenças parasíticas e outras, através de investigação médica apropriada.
Amostras	Sangue e liquido cefalorraquidiano
Colheita de amostras	Glicose – Durante a hospitalização de emergência do paciente (glicemia aleatória) Posteriormente confirmada (glicemia em jejum)
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	Utilizar precauções universais, para minimizar a exposição a instrumentos afiados e a quaisquer fluidos corporais.
Resultados	Os resultados estão sempre disponíveis 1 a 3 horas após a chegada ao laboratório

Referências:

- WHO, *Epilepsy in the WHO African Region: Bridging the Gap*, WHO Regional Office for Africa, Congo, 2004.
- WHO, *Epilepsy: a manual for medical and clinical officers in Africa*, World health, Geneva 2002

Tétano neonatal

Enquadramento

- Uma doença introduzida por uma toxina neuromuscular, causada pela bactéria do solo anaeróbica formadora de esporos, a *Clostridium tetani*. A doença é transmitida quando os esporos entram em feridas abertas (injecções, corte do cordão umbilical) ou rupturas na pele.
- Embora o tétano possa aparecer nos adultos, a infecção afecta, principalmente, os recém-nascidos. O tétano neonatal diminuiu drásticamente nos países com taxas elevadas de vacinação do tétano materno. Como consequência, muitos países africanos têm como objectivo eliminar o tétano.
- O período de incubação é de 3 a 21 dias, com uma média de, aproximadamente, 6 dias.
- Factores de risco: práticas pouco higiénicas nos cuidados do cordão umbilical dos recém-nascidos, durante o parto. Falta da protecção dos anticorpos em mães que não foram totalmente vacinadas.

Objectivos da vigilância

- Detectar rapidamente os casos de tétano neonatal, para os confirmar e prevenir outros casos ao vacinar, pelo menos, as mulheres grávidas nas áreas adjacentes ao caso confirmado.
- Identificar áreas de risco elevado e orientar as campanhas de anatoxina tetânica para as mulheres em idade reprodutiva.

Definição de casos padrão

Caso suspeito:
Um recém-nascido com uma capacidade normal para mamar e chorar durante os dois primeiros dias de vida, e que, entre o 3º e o 28º dia de vida, não consegue mamar normalmente e torna-se rígido ou tem convulsões, ou ambos.

Caso confirmado:
Não é recomendada qualquer confirmação laboratorial.

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de um único caso:

- Notificar imediatamente a informação sobre o caso ao nível seguinte.
- Investigar para determinar o risco de transmissão.
- Gerir e tratar o caso de acordo com as recomendações nacionais, geralmente com cuidados de apoio e, se possível, nos cuidados intensivos. Não são necessárias precauções de isolamento de rotina.

Tétano neonatal

Resposta ao limiar de acção

Se um caso for confirmado através de uma investigação:

- Vacinar a mãe e outras mulheres grávidas no mesmo local do caso com, pelo menos, 2 doses de anatoxina tetânica.
- Conduzir uma actividade suplementar de vacinação para as mulheres em idade reprodutiva da localidade.
- Melhorar a cobertura vacinal de rotina através do PAV e das actividades do programa de vacinação materna.
- Educar as parteiras e as mulheres em idade fértil sobre a necessidade de cortar e cuidar do cordão umbilical de forma limpa. Aumentar o número de parteiras formadas.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico mensal dos casos e óbitos. O alvo deverá ser a eliminação em todos os distritos.

Local: Assinalar a localização das habitações com casos e a localização das parteiras.

Pessoa: Contar o número de casos e óbitos mensais. Analisar cada caso de tétano neonatal por práticas de cuidados do cordão umbilical.

Confirmação laboratorial

Não é necessária confirmação laboratorial.

Referências

- *Field manual for neonatal tetanus elimination*. Geneva, World Health Organization. WHO/V&B/99.14

Novos casos de SIDA

Enquadramento

- A SIDA é uma infecção dos linfócitos humanos (tipos de glóbulos brancos) e outros órgãos. O responsável é um retrovírus, o vírus da imunodeficiência humana (VIH). Relações sexuais, injecções, transfusões, vias transplacentárias ou transvaginais, leite materno, ou qualquer outro contacto directo com fluidos humanos infectados, transmitem o vírus de humano para humano.

- A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) tem como resultado o estágio final da infecção pelo VIH e a imunossupressão, com números e funções reduzidos de linfócitos T. O envolvimento de órgãos primários relacionado com o VIH e uma variedade de infecções oportunistas resultam em morte, a não ser que se pare o crescimento do vírus com medicamentos que o consigam destruir (terapêutica anti-retroviral). Quando a infecção pelo VIH evolui para doença, os sintomas devem-se, geralmente, à incapacidade do sistema imunitário de resistir a outras doenças infecciosas, chamadas de infecções oportunistas (IO). Entre elas estão a tuberculose, pneumonia bacteriana, ou sépsis, candidíase orofaríngea, diarreia crónica, infecção crónica da pele, herpes zóster recorrente e outras.

- Vinte e quatro milhões de africanos, perto de um em cada dez adultos, entre os 15 e os 49 anos, têm VIH/SIDA. O impacto da epidemia é já mensurável na cada vez maior morbilidade e mortalidade adulta e infantil. O VIH/SIDA é agora a principal causa de mortalidade adulta na região africana.

- O período de incubação é de, aproximadamente, 1 a 3 meses, a partir do momento da infecção até à altura em que os anticorpos podem ser detectados num processo laboratorial. Da infecção até ao aparecimento da SIDA passam, geralmente, 7 a 9 anos.

- Factores de risco: populações com risco elevado de adquirir o VIH são trabalhadores do comércio do sexo, com ou sem outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Algumas IST podem aumentar a transmissão do VIH. Outras pessoas em risco incluem utilizadores de drogas intravenosas (UDI), receptores de produtos sanguíneos que não foram analisados e recém-nascidos cuja mãe está infectada com o VIH.

- Tuberculose, leishmaniose visceral, tripanossomíase e outras infecções bacterianas, parasíticas e virais subagudas ou crónicas podem causar síndromes semelhantes.

Objectivos da vigilância

- Monitorizar o impacto das intervenções do VIH/SIDA nas tendências de incidência e prevalência das infecções por VIH, SIDA e IST, através de postos-sentinela, inquéritos, e estudos especiais (de acordo com as normas para a vigilância de segunda geração do VIH/SIDA).
- Estimar o fardo do VIH/SIDA no distrito, utilizando a informação disponível das populações sentinela que têm o VIH, para que todos os novos casos de SIDA sejam contados.
- Monitorizar a epidemiologia local de IST, como um possível co-factor da transmissão do VIH.
- Monitorizar a epidemiologia local das infecções oportunistas, incluindo a tuberculose.
- Melhorar a percentagem de casos suspeitos de VIH/SIDA que são confirmados através da serologia.
- Melhorar o rastreio do VIH/SIDA.

Novos casos de SIDA

Definição de casos padrão

A OMS/AFRO recomenda que os países utilizem a definição de casos de VIH/SIDA feita por Bangui ou Abidjan. Um teste ELISA positivo, para confirmar a presença do VIH, e um teste rápido, para confirmar os resultados positivos, são suficientes para uma definição de caso epidemiológico de infecção por VIH.

Acções de saúde pública

- Monitorizar as IST e infecções oportunistas locais, incluindo a tuberculose, como possível co-factor do VIH.
- Melhorar a percentagem de casos suspeitos de VIH/SIDA que são confirmados através da serologia.
- Monitorizar o uso de preservativos por trabalhadores do comércio do sexo.
- Fornecer aconselhamento e serviços de teste voluntário ao nível do distrito e do subdistrito.
- O tratamento de casos individuais com terapêutica antirretroviral ainda não está completamente acessível em muitos dos países africanos. O diagnóstico rápido e o tratamento de infecções oportunistas (IO) relacionadas com a SIDA podem aumentar a esperança de vida, embora isto ainda não tenha sido totalmente avaliado nos países em desenvolvimento.
- Promover o uso de preservativos, especialmente entre indivíduos de alto risco.
- Tratar as IST, especialmente a sífilis, o cancro mole e outros processos ulcerativos.
- Mobilizar os dadores de sangue voluntários e promover o uso apropriado do sangue.
- Promover práticas de bom controlo de infecções, dentro das instituições de saúde do distrito.
- Educar os pacientes e os seus parceiros sexuais para deixarem de doar sangue, tecidos, sémen ou leite materno.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Contar o número dos novos casos de SIDA e fazer um relatório mensal. Analisar pelo número de casos confirmados através da serologia. No final do ano, calcular o número total de casos e incluir as tendências para a serovigilância do VIH, vigilância das IST e resultados de quaisquer estudos especiais (estudos sócio-comportamentais, sensibilidade dos medicamentos aos agentes antimicrobianos, etc).

Novos casos de SIDA

Confirmação laboratorial	
Teste de diagnóstico	**Adultos e crianças a partir dos 18 meses:** A infecção pelo VIH é diagnosticada com base em: - Teste positivo do anticorpo VIH (análise imunológica de enzimas rápida ou feita em laboratório). Este teste é confirmado através de outro teste de anticorpos (análise imunológica de enzimas rápida ou feita em laboratório), utilizando antigénios diferentes ou com características operacionais diferentes. **e/ou** - Análise virológica positiva do VIH ou dos seus componentes (VIH-ARN ou VIH-ADN ou o antigénio VIH p24 ultra sensível), confirmada por uma segunda análise virológica obtida por uma determinação diferente. **Crianças com menos de 18 meses:** A infecção pelo VIH é diagnosticada com base numa análise virológica positiva do VIH ou dos seus componentes (VIH-ARN ou VIH-ADN ou o antigénio VIH p24 ultra sensível), confirmada por uma segunda análise virológica, obtida por uma determinação separada, feita mais de quatro semanas após o nascimento. O teste positivo de anticorpos do VIH não é recomendado para um diagnóstico definitivo ou confirmatório do VIH em crianças com menos de 18 meses.
Amostras	Soro
Colheita de amostras	Obter as amostras de acordo com as estratégias do programa nacional de VIH/SIDA, no que toca à colheita de amostras clínicas ou epidemiológicas.
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	Utilizar precauções universais, para minimizar a exposição a instrumentos afiados e a quaisquer fluidos corporais. *ELISA:* colher 10 ml de sangue venoso. ▪ Deixar o coágulo retrair durante 30 a 60 minutos à temperatura ambiente ou centrifugar, para separar o soro dos glóbulos vermelhos. ▪ Escoar o soro para tubos assépticos com tampa de rosca. ▪ Guardar o soro a 4°C. Transportar as amostras do soro, usando embalagens apropriadas para prevenir que estas se partam ou que haja derrames durante o transporte.
Resultados	As análises do VIH são exaustivamente regulamentadas, com controlos rigorosos relativamente à divulgação de informações. Os resultados estão, normalmente, disponíveis uma semana após a chegada das amostras ao laboratório.

Novos casos de SIDA

Referências

- *Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance*. Geneva. UNAIDS and World Health Organization. WHO/CDS/CSR/EDC/99.3. UNAIDS/99.33E
- WHO *Case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-Related disease in adults and children*.
- *WHO Recommended Surveillance Standards* WHO/CDS/CSR/ISR/99.2
- *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance*, WHO and UNAIDS, 2000 WHO/CDC/CSR/EDC/2000.5
- Consultation on technical and operational recommendations for clinical laboratory testing harmonization and standardization, Jan 2008, WHO, CDC

Noma

Enquadramento

- O Noma (*cancrum oris, stomatitis gangrenosa*) é uma infecção bacteriana oportunista, que afecta crianças entre 1 e 4 anos de idade, caracterizada por gangrena orofacial, que se espalha rapidamente e que evolui de uma inflamação das gengivas.

- O Noma é o resultado de interacções complexas entre factores de risco, como falta de higiene, malnutrição, doenças recorrentes e imunidade comprometida. Doenças que normalmente antecedem o noma incluem o sarampo, paludismo, diarreia grave e gengivite ulcerativa necrosante.

- O noma existe em todo o mundo, mas é mais comum na África Subsariana. Em 1998, a OMS estimou que 140 000 crianças de todo o mundo contraem noma todos os anos e 79% delas morrem devido à doença e suas complicações.

- Em África, o noma tem uma maior presença nos países que fazem fronteira com o deserto do Sara, onde, segundo um relatório recente, é estimada uma incidência de 25 000 casos. No entanto, o noma pode aparecer onde quer que exista pobreza extrema.

- A detecção precoce e o tratamento com antibióticos são fundamentais, para prevenir deformações graves ou a morte. No estágio agudo, a morte pode ser prevenida com doses elevadas de penicilina; no entanto, as deformações só podem ser tratadas com operações dispendiosas.

- A prevenção deve-se concentrar na educação e conhecimento da doença, melhoramento da nutrição e higiene familiar, promoção da amamentação exclusiva nos primeiros 3 a 6 meses de vida, acesso a cuidados pré-natais e vacinação contra as doenças comuns da infância.

- As características clínicas incluem dores na boca, halitose evidente (mau hálito), sabor fétido, lábio ou bochecha sensível, linfadenopatia cervical, uma descarga oral purulenta de mau cheiro e uma descoloração azul-negra da pele e inchaço da área afectada.

- Os trabalhadores do sistema de saúde devem reconhecer os factores de risco para o noma:

  - Crescimento quase inexistente da criança nos primeiros 6 meses de vida
  - Provas de malnutrição e hábitos dietéticos fracos;
  - Diarreia persistente
  - Úlceras orais em crianças de zonas de risco elevado
  - Mau hálito evidente

Objectivos da vigilância

- Detecção precoce e tratamento dos casos
- Identificação de comunidades e famílias de alto risco
- Estimativa da incidência da doença e identificação dos factores de risco

Noma

Definição de casos padrão

Suspeita de novo caso:

Uma criança com uma úlcera na boca e outros sinais de aviso, tais como malnutrição, fraca higiene, vítima recente de doenças como o sarampo, diarreia persistente ou paludismo, deve ser considerada como um provável novo caso de noma.

Confirmação de novo caso:

Uma pessoa com uma doença gangrenosa que começa como ulceração gengival e que se espalha rapidamente através dos tecidos da boca e da face, destruindo os tecidos moles e duros.

Acções de saúde pública recomendadas

Quando um caso suspeito é detectado:

- Tratar o caso com os antibióticos recomendados a nível nacional

- Conduzir actividades de promoção da saúde na comunidade, para:
  - Conhecimento do noma na comunidade e nas famílias
  - Melhoramento do saneamento ambiental e higiene pessoal
  - Separação do gado de zonas onde vivem pessoas
  - Alimentação exclusiva por leite materno durante os primeiros 6 meses de vida
  - Melhoramento da nutrição e das técnicas de preparação dos alimentos

- Aumentar a cobertura vacinal no distrito
- Melhorar as fontes de água potável nas comunidades em risco
- Treinar o pessoal das unidades de saúde pública em reconhecimento precoce das lesões orais que podem levar ao aparecimento do noma.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Monitorizar o número de casos detectados a tempo de receberem tratamento e o uso de tratamentos padrão. Monitorizar os casos ao longo do tempo, de modo a estimar o fardo da doença e identificar as tendências.

Local: Assinalar a localização das habitações com casos e analisar a distribuição.

Pessoa: Analisar a distribuição dos casos por idade e outros factores demográficos.

Confirmação laboratorial

Para a vigilância, não são necessárias confirmações laboratoriais de rotina.

Noma

Referências

- Enwonwu, C. (2006). *Noma--the ulcer of extreme poverty*. New England Journal of Medicine, The **354**(3): 221-224
- Enwonwu, C., W. Falkler, et al. (2006). *Noma (cancrum oris)*. The Lancet **368**(9530): 147-156.
- Fieger, A., K. Marck, et al. (2003). *An estimation of the incidence of noma in north-west Nigeria*. Tropical medicine & international health **8**(5): 402-407.
- Enwonwu, C. O. (1995). *Noma: a neglected scourge of children in sub-Saharan Africa*. Bulletin of the World Health Organization **73**(4): 541-545.
- Enwonwu, C. O., W. A. Falkler, et al. (1999). *Pathogenesis of cancrum oris (noma): confounding interactions of malnutrition with infection*. The American journal of tropical medicine and hygiene **60**(2): 223-232.

Oncocercose

Enquadramento

- Infecção filarial cutânea e ocular causada pelo *Onchocerca volvulus,* transmitido através da picada da fêmea da mosca preta *Simulium*.

- A quase totalidade dos 18 milhões estimados de pessoas infectadas em todo o mundo (das quais 250 000 são cegas) vive em 26 países africanos. A oncocercose é a segunda maior causa de cegueira infecciosa a nível mundial. Provoca problemas cutâneos debilitantes que conduzem a um decréscimo da produtividade nas regiões endémicas. Aldeias inteiras abandonaram as margens férteis de rios, locais em que a mosca preta se reproduz.

- O período de incubação é de anos ou décadas, uma vez que é necessária a infecção repetida para que a doença se manifeste. A doença clínica não é comum em crianças, mesmo nas regiões endémicas.

- Outras filárias (por exemplo, *Loa loa* e *Mansonella*) e outras doenças cutâneas e oculares crónicas podem conduzir a conclusões clínicas semelhantes.

Objectivos da vigilância

- Detecção precoce com o objectivo de reduzir a recorrência da transmissão do parasita nas zonas em que foi erradicado (zonas abrangidas pelo Programa de Luta contra a Oncocercose).
- Implementação de vigilância periódica em aldeias-sentinela: proceder a exame médico, usando dietilcarbamazina (DEC); em caso de reacção positiva ao DEC, confirmar através de exame microscópico de uma biópsia da pele de cada caso suspeito.

Definição de casos padrão

Caso suspeito: Numa zona endémica, uma pessoa com nódulos fibrosos em tecidos subcutâneos.

Caso confirmado: Caso suspeito confirmado laboratorialmente através da presença de um ou mais dos seguintes sinais: microfilária em amostras de pele, vermes adultos em nódulos excisados ou manifestações oculares típicas (tais como observação biomicroscópica de microfilária na córnea, câmara anterior ou humor vítreo).

Resposta ao limiar de alerta

Se for detectado um caso suspeito:

- Notificar o caso de acordo com as orientações nacionais
- Colher amostra para confirmação do caso
- Estudar o caso a fim de determinar a sua causa
- Tratar o caso de acordo com as orientações nacionais.

Oncocercose

Resposta ao limiar de acção

Se um caso for confirmado:

- Conduzir estudo de migração para identificar as origens da infecção e iniciar actividades de controlo.
- Realizar actividades de controlo dos vectores, de acordo com as directivas do PLO.
- Efectuar tratamento maciço periódico com ivermectina, em zonas com oncocercose endémica nos últimos 10 anos.
- Proceder à procura activa de casos, através de inquéritos à população e amostras de pele.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico trimestral dos casos

Local: Assinalar a localização das habitações e locais de trabalho dos doentes

Pessoas: Contar os casos trimestralmente e analisar a distribuição por idades.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Microscopia. Critérios laboratoriais para confirmação: um ou mais dos seguintes: - Presença de microlifárias em amostras de pele colhidas da crista ilíaca - Presença de vermes adultos em nódulos excisados Presença de manifestações oculares típicas, tais como observação biomicroscópica de microfilária na córnea, câmara anterior ou humor vítreo.
Amostra	Amostras de pele: - Fluido de nódulos - Crista ilíaca - Cintura escapular
Colheita	Colher amostra de pele e fluido de nódulos dos casos suspeitos, 1 hora após a administração de dietilcarbamazina.
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	Colocar a amostra num recipiente comum. Juntar algumas gotas de soro fisiológico. Fechar muito bem antes do transporte para o laboratório. Transportar à temperatura ambiente.

Oncocercose

Resultados	O resultado deve ficar pronto no prazo de 1 dia.

Referências

- *WHO Recommended Surveillance Standards*. Second edition. WHO/CDS/CSR/ISR/99.2
- *WHO Recommended Surveillance Standards* WHO/CDS/CSR/ISR/99.2

Peste

Enquadramento

- Infecção bacteriana zoonótica sistémica causada por *Yersinia pestis* (bacilo da peste), geralmente transmitido ao homem por roedores e respectivas pulgas.
- Formas principais da doença: bubónica, pneumónica e septicémica; as epidemias em grande escala podem ocorrer em áreas urbanas ou rurais.
- O período de incubação é de 1 a 7 dias.
- A taxa de casos fatais (CFR) pode exceder os 50-60%, no caso da peste bubónica não tratada, e ronda os 100% no caso das pestes pneumónica e septicémica não tratadas, sendo normalmente <1% com o tratamento adequado.
- Factor de risco: residência em área rural. Exposição a populações de roedores selvagens ou domésticos infectados e respectivas pulgas.

Objectivos da vigilância

- Detectar surtos de peste rapidamente. Verificar a etiologia de todos os casos suspeitos não associados ao surto e os primeiros 5 a 10 casos a ele associados.

Definição de casos padrão

Caso suspeito:
Uma pessoa com início súbito de febre, arrepios, dor de cabeça, indisposição acentuada, prostração e inchaço muito doloroso dos gânglios linfáticos ou tosse com sangue na expectoração, dor torácica e dificuldade em respirar.

Caso confirmado:
Caso suspeito confirmado através do isolamento da *Yersinia pestis* no sangue ou aspirado de bubões, ou ligação epidemiológica a casos confirmados ou ao surto.

Resposta ao limiar de alerta

Se houver apenas um caso suspeito:

- Notificar a informação relativa ao caso ao nível superior.
- Colher amostras para confirmação do caso.
- Estudar o caso.
- Tratar o doente com estreptomicina, gentamicina ou cloramfenicol e administrar quimioprofilaxia aos contactos próximos com tetraciclina, nos 7 dias após a última exposição.

Peste

Resposta ao limiar de acção

Se o caso suspeito for confirmado:

- Isolar os doentes da peste pneumónica e contactos, com precauções contra a transmissão aérea (usar máscara, por exemplo), até perfazer, pelo menos, 48 horas de terapêutica antibiótica adequada.
- Mobilizar a comunidade no sentido de permitir a detecção rápida de casos e seu tratamento e reconhecer a extinção em massa de roedores como indício de uma eventual epidemia iminente.
- Identificar grupos populacionais de alto risco, através da análise de dados por pessoa, local e tempo.
- Reduzir os casos esporádicos e os relacionados com o surto, através de um melhor controlo das populações de roedores (eliminar lixos, fontes de alimento e ninhos de ratos) e proteger-se contra as pulgas com repelente de insectos na pele e roupas e controlo ambiental das pulgas (sobretudo nas habitações, portos e aeroportos).

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer gráficos mensais das tendências de casos e óbitos. Traçar uma curva epidemiológica para os casos do surto.

Local: Assinalar o local das habitações dos doentes.

Pessoa: Elaborar, de imediato, relatório fundamentado dos casos e óbitos para a vigilância de rotina. Contar, semanalmente, os casos e óbitos provocados pelo surto. Analisar a distribuição por idades e avaliar os factores de risco, de forma a melhorar o controlo da doença esporádica e dos surtos.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Isolar a *Yersinia pestis* no aspirado do bubão ou na cultura de sangue**,** LCR (líquido cefalorraquidiano) ou expectoração. Identificar anticorpos contra o antigénio F1 da *Y. pestis* no soro.
Amostra	Aspirado de bubões, sangue, LCR, expectoração, lavagem traqueal ou material de autópsia para cultura. Sangue para testes serológicos.

Peste

Colheita	Colher amostra do primeiro caso suspeito de peste. Se houver mais do que um caso suspeito, colher até obter amostras de 5 a 10 casos suspeitos, antes da administração de antibióticos. Para os bubões, pode injectar-se uma pequena quantidade de soro fisiológico (1-2 ml) no bubão, para obter uma amostra adequada. Se os antibióticos foram iniciados, a peste pode ser confirmada por seroconversão (aumento quádruplo ou superior dos títulos) para o antigénio F1, através de hemaglutinação passiva, usando soros emparelhados. O soro deve ser extraído nos 5 dias após o início da doença e novamente passadas 2-3 semanas.
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	▪ As amostras devem ser colhidas utilizando técnicas assépticas. Os materiais para cultura devem ser enviados ao laboratório em meio de transporte Cary Blair ou congeladas (de preferência com gelo seco (CO2 sólido). As amostras não conservadas devem chegar ao laboratório no próprio dia. ▪ As amostras líquidas (aspirados) devem ser absorvidas com cotonete estéril e colocadas em meio de transporte Cary Blair. Refrigerar. ▪ Se o transporte exigir 24 horas ou mais e não existir meio Cary Blair, congelar a amostra e transportá-la congelada com acumuladores de frio.
Resultados	As culturas só devem ser enviadas para um laboratório com capacidade para o diagnóstico da peste ou para um Centro de Colaboração da OMS para a peste. Os resultados das culturas da peste levarão um mínimo de 3 a 5 dias úteis, após recepção pelo laboratório. O tratamento antibiótico deve ser iniciado antes de se receberem os resultados da cultura. O tempo de seroconversão dos doentes com peste para o antigénio F1 da *Y. pestis* é de 7-10 dias, após o início da doença.

Referências

- *Plague Manual: Epidemiology, Distribution, Surveillance and Control/ Manuel de la Peste: Epidémiologie, Répartition, Surveillance et Lutte.* WHO/CDS/CSR/EDC/99.2

- *Laboratory Manual of Plague Diagnostic tests*. CDC/WHO publication, 2000, Atlanta, GA

Poliomielite (Paralisia Flácida Aguda)

Enquadramento

- Os serótipos 1, 2, e 3 do poliovírus (género enterovírus) são transmitidos pessoa a pessoa, por via fecal-oral.
- O período de incubação é de 7 a 14 dias para os casos de paralisia e os limites variam entre 3 a 35 dias. O vírus pode estar escondido durante vários anos em pessoas imunocomprometidas.
- Normalmente, a infecção é assintomática, mas pode causar uma síndrome febril com ou sem meningite. Em menos de 5% dos casos, as infecções resultam na paralisia de uma só perna.
- A infecção da poliomielite afecta, quase exclusivamente, as crianças, podendo ocorrer com qualquer um dos 3 serótipos de poliovírus. A imunidade é específica do serótipo e dura toda a vida.
- A poliomielite paralítica, embora não seja fatal, tem consequências sociais e económicas devastadoras nos indivíduos afectados.
- O Programa de Erradicação da Poliomielite quase conseguiu conter a actual transmissão do poliovírus selvagem em todo o mundo, através do uso da vacina oral do poliovírus (VOP). O poliovírus tipo 2 parece ter sido eliminado em todo o mundo. Os serótipos dos poliovírus 1 e 3 continuam a circular em vários países africanos e a vigilância não é ainda a adequada para garantir a erradicação em muitos países.
- As zonas com fraca cobertura vacinal podem permitir a transmissão contínua do tipo selvagem.
- Há outras doenças neurológicas que podem causar a PFA, por exemplo, a síndrome de Guillain-Barré e a mielite transversa.

Objectivos da vigilância

- Notificação imediata, com base em casos, de todos os tipos de poliomielite. Notificação semanal resumida dos casos para vigilância de rotina e surtos.
- Detectar casos de paralisia flácida aguda (PFA) e obter confirmação laboratorial da etiologia de todos os casos suspeitos de PFA. Obter duas ou mais amostras de fezes, no período de 14 dias desde o início da paralisia, para isolamento do vírus.
- A vigilância da PFA é usada para capturar todos os casos verdadeiros de poliomielite paralítica. A meta para que o desempenho da vigilância garanta a certificação da erradicação da polio é de 1 caso de PFA por ano, por 100 000 habitantes, com menos de 15 anos de idade.

Definição de casos padrão

Caso suspeito:

Uma criança menor de 15 anos com paralisia flácida aguda ou qualquer pessoa de qualquer idade com doença paralítica, que o médico suspeite tratar-se de poliomielite.

Caso confirmado: Um caso suspeito com isolamento do vírus nas fezes.

Poliomielite (Paralisia Flácida Aguda)

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de um único caso:

- Notificar, imediatamente, o caso suspeito de acordo com as orientações do programa de erradicação nacional da polio.
- Efectuar uma investigação baseada em casos. Incluir a situação vacinal do doente.
- Colher duas amostras de fezes. Colher a primeira quando o caso está a ser investigado. Colher a segunda, do mesmo doente, 24 a 48 horas mais tarde. Consultar as orientações laboratoriais para informação sobre o modo de preparar, armazenar e transportar a amostra.
- Obter dados virológicos do laboratório de referência, para confirmar poliomielite de tipo selvagem ou poliomielite paralítica associada à vacina (PPAV).

Resposta ao limiar de acção

Se o caso for confirmado:

- Se o poliovírus selvagem for isolado da amostra de fezes, consultar as orientações do programa nacional de erradicação da polio para as acções de resposta recomendadas. O nível nacional decidirá que acções tomar. Estas poderão incluir:
  - Especificar as razões da falta de vacinação de cada caso não vacinado e corrigir as deficiências identificadas.
  - Efectuar de imediato uma campanha de vacinação de “limpeza”, na área circundante da localização do caso.
  - Realizar inquéritos, para identificar áreas de baixa cobertura da VOP, durante as actividades de rotina do PAV, e melhorar a cobertura vacinal de rotina da VOP e de outros antigénios do PAV.
  - Conduzir campanhas suplementares de vacinação durante as Jornadas Nacionais de Vacinação (JNV) ou as Jornadas Sub-Nacionais de Vacinação (JSNV). Centrar as actividades suplementares de vacinação em áreas de fraca cobertura vacinal, durante o PAV. Em áreas seleccionadas, considerar a hipótese de usar equipas de vacinação porta-a-porta.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico mensal dos casos (que deverão ser zero para muito poucos casos, por área e por ano) ou de casos semanais, durante um surto. Avaliar a percentagem de casos suspeitos notificados no espaço de 48 horas e a percentagem com avaliação laboratorial adequada.

Local: Assinalar o local das habitações dos doentes. Investigar exaustivamente as circunstâncias de transmissão do poliovírus em cada um dos casos. Examinar a possibilidade de outras potenciais áreas de transmissão.

Pessoa: Contar, mensalmente, os casos de rotina e os casos relacionados com surtos. Analisar a distribuição por idade. Avaliar os factores de risco da fraca cobertura vacinal.

Poliomielite (Paralisia Flácida Aguda)

Confirmação laboratorial	
Teste de diagnóstico	Isolamento do poliovírus das fezes
Amostra	Fezes *Nota: Se não se colheu nenhuma amostra, reavaliar o doente após 60 dias, para confirmar o diagnóstico clínico de poliomielite (PFA).*
Colheita de amostras	Colher uma amostra de cada um dos casos suspeitos de PFA. Colher a primeira amostra quando o caso estiver sob investigação. Colher a segunda amostra, do mesmo doente, 24 a 48 horas mais tarde.
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	▪ Colocar as fezes num recipiente estanque limpo e rotular com clareza. ▪ Colocar imediatamente no frigorífico ou numa caixa térmica não usada para guardar vacinas ou outros medicamentos. ▪ Transportar as amostras de modo a que elas cheguem ao laboratório da poliomielite designado no prazo de 72 horas após a colheita. Se houver algum atraso e a amostra não puder ser transportada no prazo de 72 horas, congelar a amostra a -20°C ou menos. Transportar então a amostra congelada com gelo seco ou com acumuladores de gelo congelados a -20°C ou mais frio.
Resultados	Os resultados confirmados estão, normalmente, disponíveis 21 horas após a recepção da amostra pelo laboratório. Se for detectado poliovírus selvagem ou derivado da vacina, o programa nacional planeará as acções de resposta adequadas.

Referências

- *Field Guide for Supplementary Activities Aimed at Achieving Polio Eradication*. World Health Organization.
- *WHO global action plan for laboratory containment of wild polio víruses*. WHO/V&B/99.32, Geneva, 1999
- *Manual for the virological investigation of polio*, WHO/ EPI/GEN/97.01, Geneva, 2004
- *Supplement to the Manual for the virological investigation of Polio* - WHO/EPI 2007

Raiva

Enquadramento

- A raiva é uma doença zoonótica (transmitida pelos animais aos seres humanos) causada por um vírus. A raiva infecta animais domésticos e selvagens e propaga-se às pessoas através de um contacto próximo com saliva infectada (através de mordeduras ou de arranhões).
- O vírus da raiva infecta o sistema nervoso central, provocando a doença no cérebro e, eventualmente, a morte. Os primeiros sintomas nas pessoas incluem: febre, dor de cabeça e fraqueza ou mal-estar geral. À medida que a doença progride, os sintomas incluem; insónia, ansiedade, confusão, paralisia leve ou parcial, excitação, alucinações, salivação, dificuldade de engolir e hidrofobia.
- Em pessoas não vacinadas, a raiva é quase sempre fatal, se a profilaxia pós-exposição não for administrada antes do início dos sintomas mais graves. A morte ocorre, habitualmente, alguns dias depois do início dos sintomas neurológicos.
- Os cães são os principais portadores da raiva em África e são responsáveis pela maioria (aproximadamente 97%) das mortes humanas por esta doença, em todo o mundo.
- A OMS estima que ocorram, anualmente, cerca de 55 000 óbitos humanos em todo o mundo devidos à raiva; em África, o número anual de casos fatais eleva-se a 24 000.
- As pessoas que maior risco correm de contrair a raiva são as que vivem nas zonas rurais, sendo as crianças as que correm o maior risco de raiva canina. Cerca de 30% a 60% das vítimas de mordeduras de cães (o principal modo de transmissão do vírus) são crianças com menos de 15 anos de idade. As crianças brincam, frequentemente, com animais e raramente se queixam de mordeduras ou de arranhões.
- O controlo da raiva nas populações de cães e o acesso à profilaxia pós-exposição da raiva humana podem reduzir substancialmente o fardo da raiva nas populações humanas.
- É essencial um diagnóstico laboratorial rápido e rigoroso da raiva, nas pessoas e em outros animais, para uma administração atempada da profilaxia pós-exposição. No espaço de poucas horas, um diagnóstico laboratorial pode determinar se um animal tem ou não a doença e informar o pessoal médico responsável.

Objectivos da vigilância

- Detectar e responder pronta e adequadamente aos casos e surtos de raiva
- Identificar as zonas de alto risco
- Fazer a estimativa do fardo da doença
- Notificar, de imediato, os casos e fazer, mensalmente, relatórios resumidos de rotina.

Definição de casos padrão

Suspeitos

Uma pessoa com um ou mais dos seguintes sintomas: dores de cabeça, dores no pescoço, náuseas, febre, hidrofobia, ansiedade, agitação, sensações anormais de formigueiro ou dor no ponto da mordedura, quando há suspeita de contacto com um animal infectado.

Confirmados

Um caso suspeito laboratorialmente confirmado.

Raiva

Acções de Saúde Pública Recomendadas

Para um único caso:

- Profilaxia pós-exposição, para prevenir a raiva
- Se a doença evoluir, isolar o doente, para evitar a contaminação de outras pessoas
- Vacinar os contactos, se o doente desenvolver a doença
- Vacinar os cães e gatos locais, para evitar surtos.

Medidas gerais de prevenção:

- Promover a sensibilização pública para a raiva
- Realizar campanhas de vacinação dirigidas aos animais domésticos ou selvagens, em zonas de alto risco
- Manter uma vigilância activa da raiva nos animais.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Assinalar mensalmente os casos.

Local: Assinalar a localização das habitações dos doentes e da exposição aos animais.

Pessoa: Analisar a distribuição dos casos por idade, animal a que se esteve exposto e circunstâncias da infecção. Avaliar os factores de risco, para melhorar o controlo dos casos.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Detecção do antigénio viral da raiva por teste do anticorpo fluorescente directo (DFA) em amostras clínicas, de preferência tecido cerebral (colhido post-mortem) ▪ Detecção por DFA na pele ou esfregaço da córnea (colhido ante-mortem) ▪ DFA positivo, após inoculação de tecido cerebral, saliva ou líquido cefalorraquidiano (LCR) em cultura de células, em ratos ou ratinhos. ▪ Título do anticorpo detectável neutralizador da raiva, no LCR de uma pessoa não vacinada ▪ Identificação de antigénios virais por PCR, em tecido fixado, colhido post-mortem ou em amostra clínica (tecido cerebral, pele, córnea ou saliva) ▪ Isolamento do vírus da raiva em amostras clínicas e confirmação dos antigénios virais da raiva, por teste do anticorpo fluorescente directo (DFA).
Amostra	▪ Tecido cerebral (colhido post-mortem) ▪ Biópsia da pele (normalmente do pescoço) ▪ Tecido da córnea ▪ Saliva ▪ LCR ▪ Cabeça de animal suspeito de raiva (cães)
Colheita de amostras	Quando uma pessoa é mordida por um animal de estimação, que aparenta estar doente, ou por um animal selvagem, a grande preocupação é a raiva. Nenhum teste pode determinar se o vírus da raiva foi transmitido à pessoa imediatamente após a mordedura. Assim, o animal terá de ser avaliado para determinar se a pessoa carece ou não de tratamento. Um animal selvagem que tiver mordido uma pessoa deverá ser

	abatido, se possível, de modo a que o seu cérebro possa ser examinado. Se a pessoa mordida por um animal se tornar cada vez mais confusa e agitada ou paralisada, o diagnóstico é provavelmente de raiva. Neste ponto, os testes podem detectar o vírus da raiva. Post-mortem: período de 4 a 6 horas após a morte do doente, assim que o animal suspeito morre ou é abatido.
Preparação, armazenamento e transporte	Para evitar a infecção, deverão ser tomadas precauções de segurança durante a manipulação do vírus da raiva. Remover a cabeça do animal suspeito e embrulhá-la totalmente, para não derramar nenhum sangue. Se possível, pedir a ajuda de um veterinário, para colher e conservar a amostra. A amostra deverá ser enviada para um laboratório de referência do vírus da raiva.
Resultados	O tratamento não poderá nunca esperar pelos resultados do diagnóstico laboratorial. Um diagnóstico laboratorial pode ser retardado por várias razões. Os resultados podem ser obtidos através de um laboratório de referência no prazo de 1 – 2 dias.

Referências

- *WHO Recommended Surveillance Standards* WHO/CDS/CSR/ISR/99.2
- *Laboratory techniques in rabies*, Fourth Edition, WHO, edited by F.-X. Meslin and all
- World Health Organization, Rabies Fact Sheet http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/en/
- Council of State and Territorial Epidemiologists (CSTE). National Surveillance for Human Rabies. CSTE position statement 09-ID-70. Atlanta: CSTE; June 2009. Available from: http://www.cste.org.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Human Rabies Prevention — United States, 2008: *Recomendations of the Advisory Committee on Immunization Practices*. MMWR 2008; 57(RR03):1–26, 28. Available from: http://www.cdc.gov/mmwr/
- Bleck TP, Rupprecht CE. Chapter 160 – Rhabdovíruses. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 6th edition. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2005.

Febre do Vale do Rift (FVR)

Enquadramento

- A Febre do Vale do Rift (FVR) é uma doença viral que afecta, principalmente, animais e, ocasionalmente, os seres humanos. O vírus é um membro do género *Phlebovírus*, um dos cinco géneros da família *Bunyaviridae*. A doença é frequentemente notificada a seguir a uma época de fortes chuvas e cheias. O vírus foi isolado, pela primeira vez, no Vale do Rift, província do Quénia, em 1930. A doença foi notificada no Quénia após as cheias do *El Niño*, em 1997/98 e, mais recentemente, entre 2006 e 2007. Em 2007 e em 2010, respectivamente, a Tanzânia e a África do Sul foram também afectadas. Houve anteriormente notificação de outros surtos na Somália, Egipto, Arábia Saudita e Iémen.

- A FVR é, sobretudo, transmitida pelos animais (gado bovino, carneiros, cabras e camelos) aos seres humanos, através de um contacto próximo com animais infectados (nomeadamente pelo manuseamento da carne ou dos fluidos corporais e pelo consumo de leite cru). Durante os surtos estabelecidos de FVR em animais, os humanos podem também ser infectados pela picada de mosquitos infectados ou de outros insectos que mordem.

- O período de incubação da FVR varia entre 2 a 6 dias. Os sintomas clínicos incluem uma doença de tipo gripal, com febre súbita, dor de cabeça, mialgia e dores nas costas. Estes sintomas duram normalmente entre 4 a 7 dias. As pessoas infectadas recuperam, na sua maioria, por si próprias. No entanto, uma pequena percentagem (cerca de 1%) tem complicações, como sangue no vómito, hemorragia nasal e sangue nas fezes. Outras formas graves da doença são a infecção dos olhos e a meningo-encefalite.

- O tratamento da FVR nos humanos é sobretudo paliativo, pois não há tratamento definitivo para a FVR. São importantes a detecção e o tratamento precoces da doença. O controlo da FVR nas pessoas faz-se através do controlo da doença nos animais, por meio de um programa sustentado de vacinação e pela limitação do contacto entre os seres humanos e os animais. O uso de mosquiteiros tratados com insecticida e os repelentes de insectos podem também reduzir as infecções nas pessoas. Para além do sofrimento humano e da morte, a FVR tem profundas implicações económicas na indústria agropecuária. Em cenários de surtos, as manifestações da doença incluem síndromes febris não hemorrágicas e dever-se-á considerar a realização de testes de laboratório nas pessoas com sintomas mais leves que sugiram doença viral.

- A imediata notificação à OMS é formalmente exigida pelo RSI (Anexo).

Objectivos da vigilância

Detectar, confirmar a etiologia e responder prontamente a surtos em todos os casos suspeitos de FVR.

Febre do Vale do Rift (FVR)

Definição de casos padrão

Caso suspeito:

Doença precoce :

- Doença febril aguda (temperatura axilar >37,5º C ou temperatura oral de >38,0º C), com mais de 48 horas de duração, que não responde à terapêutica com antibióticos ou antipalúdicos e está associada a:
  - Contacto directo com animais doentes ou mortos ou seus derivados **e/ou**:
  - Pessoas que tenham viajado recentemente (durante a semana anterior) ou que vivam numa zona onde, após chuvas torrenciais, o gado morre ou aborta, e em que a actividade do vírus da FVR é suspeita ou confirmada **e/ou:**
  - Manifestação brusca de um ou mais dos seguintes sinais: exaustão, dores nas costas, dores musculares, dores de cabeça (por vezes muito fortes), mal-estar em caso de exposição à luz e náuseas/vómitos **e/ou**:
  - Náuseas/vómitos, diarreia ou dores abdominais com 1 ou mais dos seguintes sinais:
    - Forte palidez (ou Hb < 8 gm/dL)
    - Baixa de plaquetas (trombocitopenia), como evidencia a presença de pequenas hemorragias cutâneas (petéquias) e das membranas mucosas (ou contagem de plaquetas < 100x109 / dl)
    - Evidências de disfunção renal (edema, expulsão reduzida de urina) (ou creatinina > 150 mol/L) **e/ou**:
    - Evidências de hemorragias cutâneas, sangramento de feridas e das membranas mucosas ou nasais, do tracto gastrointestinal e hemorragia invulgar da vagina **e/ou:**
    - Icterícia clínica (transaminases 3 vezes acima dos valores normais).

Estádios tardios da doença ou das complicações (2-3 semanas após o início)

- Doentes que sofreram, no mês anterior, uma doença de tipo gripal, com critérios clínicos, que desenvolveram também os seguintes sinais:
  - Manifestações do SNC (sistema nervoso central) semelhantes a meningo-encefalite **e/ou:**
  - Perda de visão inexplicada **ou:**
  - Morte inexplicada na sequência de uma brusca manifestação de doença de tipo gripal aguda, com hemorragia, meningo-encefalite, ou perda de visão durante o mês anterior.

Caso confirmado

Qualquer doente que, após rastreio clínico, apresente anticorpos IgM positivos (ELISA) anti-FVR (surgem tipicamente entre o quarto e o sexto dia, após a manifestação de sintomas) ou testes positivos de Reacção em Cadeia da Polimerase via Transcriptase Reversa (RT-PCR).

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de um único caso:

- Notificar, de imediato, a informação baseada em casos ao nível superior.
- Promover as precauções-padrão habituais em todo o sistema de cuidados de saúde.
- Cuidar e tratar do doente com cuidados de apoio clínico.
- Colher amostras com segurança para confirmar o caso.

Febre do Vale do Rift (FVR)

Resposta ao limiar de acção

Se for confirmado um único caso:

- Mobilizar a comunidade para detecção e cuidados precoces.
- Educar a comunidade para o caso confirmado, o modo de transmissão da doença, a forma de evitar o contacto com tecidos de animais infectados e prevenir a picada do mosquito.
- Prestar informação sobre prevenção em casa e procura de cuidados médicos.
- Prestar tratamento de apoio a todos os casos identificados.
- Solicitar ajuda adicional ao nível nacional, se necessário.
- Colaborar com os especialistas em saúde animal para pesquisar e documentar igualmente casos animais.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer mensalmente um gráfico dos casos e óbitos. Traçar uma curva epidémica durante o surto.

Local: Assinalar a localização das habitações e dos locais de trabalho dos doentes, usando um mapeamento rigoroso.

Pessoa: Proceder à notificação imediata, com base em casos, do número de doentes e de óbitos. Durante o surto, fazer a contagem e notificar os casos e os óbitos. Analisar a distribuição por idade e sexo. Avaliar imediatamente os factores de risco e considerar um pedido de ajuda, para melhorar o controlo do surto.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	A FVR aguda pode ser diagnosticada por diferentes métodos. Testes serológicos como o ELISA podem confirmar a presença de anticorpos IgM específicos do vírus. O próprio vírus pode ser detectado no sangue, durante a fase precoce da doença ou em tecidos post-mortem, usando várias técnicas, incluindo testes de detecção do antigénio, como o ELISA, a RT-PCR, a propagação do vírus (em culturas de células) e a imunohistoquímica em tecidos fixados em formalina. O ELISA IgG pode ser usado como diagnóstico retrospectivo. Pode usar-se o mesmo teste para o diagnóstico animal.

Febre do Vale do Rift (FVR)

Amostras	ELISA (serologia) ▪ Sangue total ▪ Soro ou plasma ▪ Sangue total ou coágulo ▪ Tecidos (frescos, congelados) RT-PCR – Isolamento do vírus ▪ Sangue ▪ Soro /plasma ▪ Biópsia do fígado de casos fatais Patologia ▪ Biópsia dos tecidos dos casos fatais Uma amostra idêntica pode ser colhida no animal
Colheita de amostras	Colher uma amostra do primeiro caso suspeito. Se houver mais que um caso suspeito, colher amostras de 5 a 10 caso suspeitos.
Preparação, armazenamento e transporte	Os técnicos de laboratório correm riscos. As amostras tiradas de casos humanos suspeitos de FVR, para diagnóstico, deverão ser manipuladas por pessoal formado e processadas em laboratórios adequadamente equipados. ELISA/PCR/ISOLAMENTO • Preparação e armazenamento (congelar ou refrigerar /o mais frio possível) • Transporte: congelado em gelo seco, acumuladores de gelo ou ambos *Nota: se não houver gelo seco nem acumuladores de gelo, a amostra pode ser transportada à temperatura ambiente e, na maioria dos casos, dará ainda resultados válidos.* **Imunohistoquímica:** ▪ Preparação e armazenamento: Fixar em formalina (pode ser armazenada até 6 semanas) ▪ Transporte: À temperatura ambiente (não congelar). *As mesmas condições de transporte para amostras animais.*
Resultados	Não existem serviços de diagnóstico de rotina para a FVR. Normalmente, é preciso requisitá-los com antecedência. Contactar a autoridade nacional competente ou a OMS. Contactar os serviços nacionais de veterinária para diagnóstico animal.

Febre do Vale do Rift (FVR)

Referências

- *WHO/EMC Infection control for VHF in the African health care setting, WHO, 1998.*
- *WHO Recommended Surveillance Standards WHO/CDS/CSR/ISR/99.2*
- Fact sheet Nº207 Revised September 2007.
- Infection Control for VHF in the African Health Care Setting /CDC (Annexes 11-12)

Infecções Respiratórias Agudas Graves (IRAG)

Enquadramento

- As infecções respiratórias agudas graves (IRAG) são uma significativa causa de morbilidade e mortalidade por doenças infecciosas em África. As taxas de mortalidade são particularmente elevadas nos bebés, crianças e nos idosos.

- É essencial uma melhor compreensão da epidemiologia e da sazonalidade das IRAG em África, para optimizar as estratégias de saúde pública para a prevenção e controlo (nomeadamente, vacinas e antivirais para profilaxia e tratamento e controlo da infecção).

- A ameaça das IRA, devida a novos organismos com potencial epidémico ou pandémico, exige preparação e precauções especiais. As ocorrências de doenças respiratórias que podem constituir uma emergência de saúde pública de preocupação internacional incluem: a síndrome respiratória aguda grave (SARS); a gripe humana causada por um novo subtipo, incluindo episódios humanos de gripe aviária; a peste pneumónica; e os novos agentes causadores de surtos em larga escala de IRAG, com elevada morbilidade e mortalidade.

Objectivos da vigilância

- Detectar, em devido tempo, a morbilidade e a mortalidade invulgarmente graves, causadas pelos dois agentes patogénicos respiratórios, tanto conhecidos como desconhecidos, que possuem potencial epidémico ou pandémico em larga escala.
- Caracterizar e monitorizar as tendências da doença e as mortes atribuíveis às IRAG.

Definição de casos padrão

Infecção Respiratória Aguda Grave (pessoas ≥ 5 anos de idade)

Qualquer pessoa gravemente doente que apresente manifestações de infecção aguda das vias aéreas inferiores com:

• Manifestação súbita de febre (>38ºC) e

• Tosse ou garganta inflamada e

• Falta de fôlego ou dificuldade em respirar

• Com ou sem achados clínicos ou radiográficos de pneumonia

ou

Qualquer pessoa que tenha morrido de uma doença respiratória inexplicada.

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de um único caso de uma doença respiratória aguda de potencial epidémico ou pandémico. ou se houver uma ocorrência invulgar (mortes, surto) de infecção respiratória aguda grave:

- Casos atípicos de doença de tipo gripal (ILI) ou de infecção respiratória aguda grave (IRAG).
- Detecção de duas ou mais pessoas com uma IRAG ou que morreram de uma IRAG, com manifestação da doença no espaço de duas semanas e na mesma área geográfica e /ou com relação epidemiológica.
- Pessoal de cuidados de saúde que apenas tenha tido risco de exposição no trabalho e que contraia IRAG, após ter prestado cuidados a doentes.
- Pessoas que estiveram em contacto com aves /animais com IRAG;
- Qualquer rumor sobre grupos de infecções respiratórias agudas graves ou de infecções respiratórias atípicas.

Infecções Respiratórias Agudas Graves (IRAG)

Responder a um caso suspeito de doença respiratória aguda de potencial epidémico ou pandémico ou a uma ocorrência invulgar de infecção respiratória aguda grave:

- Notificar, de imediato, a informação baseada no caso aos níveis adequados.
- Pôr imediatamente em prática as precauções de controlo das infecções, no caso de doenças respiratórias agudas de potencial epidémico ou pandémico[4] (p.ex., as Precauções Padrão, Contactos, Gotículas) e reforçar as Precauções Padrão em toda a unidade de saúde.
- Tratar e cuidar do doente de acordo com as orientações nacionais.
- Colher e transportar amostras laboratoriais dos doentes e de contactos sintomáticos e prepará-las para testes de laboratório[5,6].
- Analisar a história clínica e de exposição durante os 7 dias que precederam a manifestação da doença.
- Identificar e acompanhar os contactos próximos do doente.
- Conduzir uma pesquisa activa de outros casos.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer a estimativa do período de incubação; descrever os padrões de transmissão.

Pessoa: Caracterizar a doença em termos de apresentação clínica, espectro da doença, percentagem de casos que requerem hospitalização, resultados clínicos, taxa de casos fatais, taxas de ataque por idade/ profissão/consanguinidade.

Local: Descrever os factores de risco e eventuais exposições. Descobrir se há evidências de que o vírus possa ter aumentado a sua capacidade de causar uma doença humana ou possa ter melhorado a sua transmissibilidade.

Confirmação laboratorial

Não é exigida confirmação laboratorial de rotina para a vigilância.

Referências

- International Health Regulations, IHR (2005)
- WHO AFRO – *Technical Guidelines for Integrated Disease Surveillance in the African Region*, May 2002
- WHO *Guidelines for investigation of human cases of avian influenza A(H5N1)*, January 2007.
- WHO *Interim guidelines on infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory disease in health care*, June 2007
- WHO *Guidelines for the collection of human specimens for laboratory diagnosis of avian influenza infection*, 12 January 2005
- *Collecting, preserving and shipping samples for the diagnosis of avian influenza A(H5N1) virus infection. Guide for field operations*, October 2006.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS)

Enquadramento

- A síndrome respiratória aguda grave (SARS) foi considerada, pela primeira vez, como uma ameaça mundial em 2003, quando a propagação internacional provocou 8 098 casos em 26 países, com 774 óbitos.
- A transmissão nosocomial da SARS-CoV é uma característica evidente do surto da SARS.
- Na sua maioria, os doentes eram adultos. Estima-se que o rácio de casos fatais por SARS tenha oscilado entre 0% e mais de 50%, conforme o grupo etário afectado e o centro de notificação, com uma taxa bruta mundial de casos fatais de, aproximadamente, 9,6%.
- O período médio de incubação é de 5 dias, com uma amplitude de 2 a 10 dias. Os doentes desenvolvem, inicialmente, sintomas prodromais de tipo gripal**,** incluindo febre, mal-estar, mialgia, dores de cabeça e calafrios. Na primeira semana, podem também ocorrer tosse (inicialmente seca), dispneia e diarreia, mas estas são mais vulgarmente notificadas na segunda semana da doença. Os casos graves evoluem rapidamente para dificuldades respiratórias. Até 70% dos doentes apresentam diarreia.
- A transmissão da doença ocorre, sobretudo, durante a segunda semana da doença.
- Julga-se que o coronavírus da SARS (SARS-CoV), que provoca a doença, seja um vírus animal que tenha cruzado recentemente a barreira da espécie para os humanos.
- No período interepidémico, todos os países se devem manter vigilantes relativamente ao ressurgimento da SARS e conservar a sua capacidade de detectar e responder a uma eventual reemergência da doença.
- A notificação imediata da doença à OMS é formalmente exigida pelo RSI (Anexo 2, RSI).

Objectivos da vigilância

- A detecção precoce e a investigação de pessoas com SARS-CoV clinicamente aparente.

Definição de casos padrão

Caso suspeito de SARS é uma pessoa com:
1. História de febre ou febre documentada ≥ 38°C **E**
2. Um ou mais sintomas de doença das vias aéreas inferiores (tosse, dificuldade respiratória, falta de fôlego) e
3. Evidências radiográficas de infiltrados nos pulmões, consistentes com pneumonia ou ARDS ou achados da autópsia consistentes com a patologia de pneumonia ou ARDS sem nenhuma causa identificável **e**
4. Nenhum diagnóstico alternativo que possa explicar cabalmente a doença.

Caso confirmado de SARS: uma pessoa com testes positivos de infecção por SARS-CoV, segundo os procedimentos recomendados pela OMS para os testes.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS)

Resposta a casos suspeitos

- Notificar, de imediato, a informação baseada em casos aos níveis adequados.
- Pôr imediatamente em prática precauções de controlo das infecção por doenças respiratórias agudas de potencial epidémico ou pandémico e promover as precauções padrão em toda a unidade de saúde.
- Tratar e cuidar do doente de acordo com as orientações nacionais.
- Colher e transportar as amostras laboratoriais dos doentes e dos contactos sintomáticos e prepará-las para testes de laboratório.
- Analisar a história clínica e de exposição durante os 2-10 dias que precederam a manifestação da doença.
- Identificar e acompanhar os contactos próximos do doente.
- Conduzir uma pesquisa activa de outros casos.
- Apressar o diagnóstico. *(A OMS ajudará na investigação dos alertas da SARS, se for caso disso, inclusive facilitando o acesso a serviços de laboratório)*

Resposta ao limiar de alerta

A resposta ao alerta da SARS é a mesma que a resposta a um caso suspeito (ver acima).

ALERTA DA SARS:

1) Uma pessoa com evidências clínicas de SARS **e** com um factor de risco epidemiológico de infecção pelo SARS-CoV nos 10 dias que precedem a manifestação dos sintomas **ou**

2) Dois ou mais profissionais de cuidados de saúde com evidências clínicas de SARS na mesma unidade de cuidados de saúde e com manifestação da doença no mesmo período de 10 dias **ou**

3) Três ou mais pessoas (profissionais de cuidados de saúde e/ou doentes e/ou visitas) com evidências clínicas de SARS e com manifestação da doença no mesmo período de 10 dias e epidemiologicamente relacionadas com um serviço de cuidados de saúde.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico dos casos e dos óbitos diariamente/semanalmente/mensalmente. Traçar uma curva epidémica durante o surto.

Local: Assinalar a localização das habitações e locais de trabalho dos doentes, usando um mapeamento rigoroso .

Pessoa: Notificação imediata dos casos e óbitos. Durante o surto, contar e notificar os casos e os óbitos. Analisar a distribuição por idade e sexo. Avaliar imediatamente os factores de risco.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS)

Confirmação laboratorial	
Teste de diagnóstico	PCR confirmado positivo para o vírus da SARS: ▪ Pelo menos 2 amostras clínicas diferentes (p.ex., nasofaríngea e fezes) ou ▪ A mesma amostra clínica colhida em 2 ou mais dias no decurso da doença (p.ex., 2 ou mais aspirados nasofaríngeos) ou ▪ 2 ensaios diferentes ou repetição do PCR, usando a amostra clínica original em cada um dos testes. Seronconversão por ELISA ou IFA: ▪ Teste negativo dos anticorpos em soro agudo, seguido de um teste positivo dos anticorpos em soro convalescente ou ▪ Aumento quádruplo ou maior dos títulos dos anticorpos, entre os soros das fases aguda e convalescente, testados em paralelo. Isolamento do vírus: Isolamento em cultura de células de SARS-Cov de qualquer amostra; e ainda confirmação por PCR, usando um método validado.
Amostra	Amostra de eleição de lavagem/aspirado nasofaríngeo para vírus respiratórios. Amostras nasofaríngeas ou orofaríngeas Fezes Soro
Colheita de amostras	A amostra do tracto respiratório pode ser colhida em qualquer momento, mas é preferível colhê-la durante a fase aguda da doença. O momento da colheita de amostras sanguíneas emparelhadas é muito importante: Colher uma amostra da fase aguda no primeiro contacto com o doente aos dias 7, 14, 28 e 90 após a manifestação, sempre que for possível. Colher o sangue quando o doente tiver alta, se for pouco provável a colheita de uma amostra na fase convalescente.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS)

Preparação, armazenamento e transporte	As amostras da SARS deverão ser manuseadas de acordo com as práticas apropriadas de biossegurança, de modo a evitar as infecções de origem laboratorial e a transmissão da doença aos contactos próximos. As amostras clínicas dos doentes deverão ser colhidas por pessoal formado. Lavagem/aspirado nasofaríngeo: colocar o doente sentado com a cabeça ligeiramente inclinada para trás. Aplicar 1,5 ml de solução salina estéril não bacteriostática (Ph 7,0) numa das narinas. Introduzir um cateter ou tubo de plástico (p.ex., tubo para colheita de muco) com 2-3 ml de solução salina. Inserir o tubo na narina paralelamente ao palato. Aspirar as secreções nasofaríngeas. Repetir com a outra narina. Colher os aspirados num frasco estéril ou num tubo para muco. Retirar os tubos e descartá-los num saco de plástico. Amostras nasofaríngeas ou orofaríngeas: usar apenas uma zaragatoa esterilizada de Dacron ou de fibra de celulose com haste de plástico. Guardar imediatamente cada uma das zaragatoas num tubo contendo um meio de transporte de vírus (VTM). Colheita de soro: Colher 5-10 ml de sangue total num tubo separador de soro. Deixar o sangue coagular. Amostras respiratórias / fezes /sangue/soro: Refrigerar imediatamente (4°C). Se se tratar de um transporte/expedição internacional ou que ocorra > 5 dias após a colheita da última amostra, congelar as amostras a – 20°C (soro), -20/-70 °C (amostras respiratórias) para serem transportadas, se possível, com gelo seco. Tecidos fixados em formalina de todos os principais órgãos. Armazenar e transportar o tecido fixado à temperatura ambiente.
Resultados	Não existem serviços de diagnóstico de rotina para a SARS. Normalmente, é necessário requisitá-los com antecedência. Contactar a autoridade nacional competente ou a OMS. Se houver uma suspeita de alto grau, a OMS ajudará os países a contactarem um laboratório de referência, se necessário.

Referências

- *WHO Guidelines for the Global Surveillance of SARS, Updated Recomendations, October 2004*
- *WHO Interim Guidelines, Infection Prevention and Control of Epidemic- and Pandemic-Prone Acute Respiratory Diseases in Health Care, June 2007. WHO/CDS/EPR/2007.6.*
- Use of laboratory methods for *SARS* diagnostic, WHO
- WHO Biosafety guidelines for handling of *SARS* specimens
- A practical Guide for *SARS* laboratories: from samples collection to shipment. WHO, 29 Dec 2003.

Pneumonia grave em crianças menores de 5 anos

Enquadramento

- Infecção das vias aéreas inferiores causada por bactérias ou vírus, transmitidos pessoa a pessoa, por disseminação das gotículas nebulizadas da respiração. As principais causas bacterianas da pneumonia nas crianças são o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) e a *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib).

- As infecções respiratórias agudas (IRA) e a pneumonia representam a causa número um de mortalidade nas crianças menores de 5 anos.

- O período de incubação é, geralmente, de menos de 7 dias, conforme a etiologia.

- A OMS e a UNICEF recomendam o uso da estratégia Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), para reduzir a morbilidade e mortalidade atribuíveis à pneumonia infantil. A terapêutica antimicrobiana precoce tem mostrado reduzir a mortalidade.

- Está a aumentar a resistência do pneumococo e Hib aos betalactâmicos (por exemplo, a ampicilina), sulfonamidas (por exemplo, trimetoprim-sulfametoxazol) e outros antimicrobianos.

- Os vírus, como o vírus sincicial respiratório (VSR), também podem causar IRA e pneumonia.

Objectivos da vigilância

- Identificar precocemente casos de pneumonia e de epidemias, usando definições clínicas.
- Monitorizar a resistência antimicrobiana de rotina e durante os surtos.
- Reduzir a percentagem de casos de pneumonia grave, em comparação com os casos não graves, para monitorizar a qualidade das intervenções.

Definição de casos padrão

Definição clínica (AIDI) de caso padrão de pneumonia:

Uma criança que apresente tosse ou dificuldade em respirar e:

- 50 ou mais respirações por minuto para bebés entre 2 meses de idade até 1 ano
- 40 ou mais respirações por minuto para crianças pequenas de 1 a 5 anos de idade.

(Nota: Um recém-nascido até aos 2 meses com tosse e respiração ofegante é classificado pela AIDI como tendo uma "grave infecção bacteriana" e é internado para posterior avaliação.)

Definição clínica de caso (AIDI) para pneumonia grave:

Uma criança que apresente tosse ou dificuldade em respirar e qualquer sinal geral de perigo, ou retracção intercostal ou estridor numa criança calma. São sinais gerais de perigo para crianças entre 2 meses e 5 anos de idade: incapacidade de beber ou de mamar, vomitar tudo o que ingere, convulsões, letargia ou inconsciência.

Caso confirmado:

A confirmação radiográfica ou laboratorial de pneumonia não será viável na maioria dos distritos.

Pneumonia grave em crianças menores de 5 anos

Resposta ao limiar de alerta

Se se observar o aumento do número de casos ou de óbitos ao longo de um período de tempo:

- Notificar o problema ao nível seguinte.
- Investigar a causa do aumento e identificar o problema.
- Certificar-se de que os casos são tratados de acordo com as orientações da AIDI.
- Tratar adequadamente os casos, com medicamentos antimicrobianos recomendados.

Resposta ao limiar de acção

Se o número de casos ou de óbitos aumentar para o dobro do número normalmente observado durante um período semelhante no passado:

- Apreciar o modo como o pessoal de saúde pratica as orientações da AIDI para avaliar, classificar e tratar crianças com pneumonia e pneumonia grave.
- Identificar as populações de alto risco, para fazer a análise em função da pessoa, local e tempo.
- Promover a educação da comunidade sobre o momento de procurar os cuidados para a pneumonia.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Efectuar análises mensais dos aumentos invulgares ou inesperados dos casos. Fazer um gráfico mensal dos casos e dos óbitos. Traçar uma curva epidémica para os casos do surto. Assinalar os dados mensais e compará-los com períodos anteriores.

Local: Assinalar a localização das habitações dos doentes.

Pessoa: Contar, mensalmente, os casos de pneumonia e pneumonia grave. Contar os óbitos por pneumonia. Analisar a distribuição por idade.

Confirmação laboratorial

Não se exige confirmação laboratorial de rotina para a vigilância.

Referências

- *Integrated Management of Childhood Illnesses*. World Health Organization. WHO/CDR/95.14.1

Infecções Sexualmente Transmissíveis

Enquadramento

- As infecções dos sistemas genito-urinário e reprodutivo são transmitidas por contacto sexual (doenças sexualmente transmissíveis, IST). As causas mais comuns do corrimento uretral masculino são: a) o gonococo *Neisseria gonorrhoea* e b) a *Chlamydia trachomatis*. As causas mais comuns da úlcera genital masculina e feminina são: c) a sífilis (*Treponema pallidum*), d) o vírus *Herpes simplex* (HSV1 ou 2) e e) cancróide *(Haemophilus ducreyi*).
- As IST são endémicas na maioria dos países do mundo, incluindo os países africanos. São comuns as múltiplas IST simultâneas (por exemplo, gonorreia e *Chlamydia*). As IST podem ser bastante mais prevalecentes em zonas onde ocorre o VIH e podem facilitar a sua transmissão. As IST podem ser primárias ou por ataques repetidos de corrimento uretral.
- As IST são a principal causa de aborto e de nados-mortos, de prematuridade e de infecções congénitas. Podem conduzir a doença inflamatória pélvica (DIP), uma importante causa de redução da fertilidade.
- Os períodos de incubação da gonorreia são de 2 a 7 dias; *Chlamydia* 7 a 14 dias (ou mais); sífilis, 10 dias a 12 semanas (normalmente cerca de 3 semanas); e cancróide, 3 a 14 dias.
- As IST são mais vulgarmente diagnosticadas nos homens, em quem as evidências clínicas da infecção podem aparecer mais rapidamente.

Objectivos da vigilância

A detecção precoce e o tratamento das IST reduzem as taxas de transmissão. O desenvolvimento de esforços activos para diagnosticar a sífilis latente pode evitar incapacidades significativas.

- Melhorar o tratamento precoce e eficaz das IST, usando algoritmos simples baseados num diagnóstico sindrómico, para o doente índice e parceiros.
- Efectuar uma monitorização da sensibilidade anti-microbiana de base laboratorial e alterar, em conformidade, as orientações do tratamento, a nível nacional.
- Comparar dados de vigilância, tanto para as IST como para o VIH /SIDA, uma vez que as IST podem reflectir a co-presença de VIH.

Infecções Sexualmente Transmissíveis

Definição de casos padrão

Síndrome de úlcera genital (não vesicular):

Caso suspeito: uma pessoa do sexo masculino com uma úlcera no pénis, escroto ou recto, com ou sem adenopatia inguinal, ou uma pessoa do sexo feminino com uma úlcera nos lábios, vagina ou recto, com ou sem adenopatia inguinal.

Caso confirmado: um caso suspeito, confirmado por método laboratorial.

Síndrome de corrimento uretral:

Caso suspeito: uma pessoa do sexo masculino com corrimento uretral, com ou sem disúria.

Caso confirmado: *Síndrome de corrimento uretral*: um caso suspeito confirmado por um método laboratorial (por exemplo, coloração de Gram com diplococos intracelulares Gram negativos).

Acções de Saúde Pública

- Conduzir uma pesquisa activa de casos para grupos-alvo específicos.
- Efectuar actividades de prevenção primária, como a promoção de comportamentos sexuais mais seguros e a disponibilização de preservativos.
- Avaliar o uso de algoritmos para detecção e tratamento de IST. Melhorar a prática com algoritmos do pessoal de saúde.
- Incluir os serviços de prevenção e cuidados das IST nos serviços de saúde materno-infantil e de planeamento familiar.
- Orientar serviços de prevenção e cuidados das IST, aceitáveis e eficazes, para as populações identificadas como vulneráveis à transmissão das IST.
- Promover, desde cedo, comportamentos sexuais saudáveis.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer, trimestralmente, um gráfico dos casos.

Local: Sem recomendações para análise de local.

Pessoa: Fazer, trimestralmente, a contagem dos casos e analisar a distribuição por idade.

Confirmação laboratorial

Não se exige confirmação laboratorial de rotina para a vigilância.

Referências

- *Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance*. Geneva. UNAIDS and World Health Organization. WHO/CDS/CSR/EDC/99.3. UNAIDS/99.33E

Varíola

Enquadramento

- A varíola é uma doença contagiosa aguda causada pelo vírus variola, um membro da família do ortopoxvírus. Outros membros deste género incluem a varíola bovina, a varíola dos camelos e a varíola dos macacos. O vírus da varíola dos macacos tem causado, recentemente, as mais graves infecções em humanos pelo poxvírus.

- A varíola matou 30% dos infectados. Em 1967, quando a OMS lançou um plano intensificado para erradicar a varíola, a doença ameaçou 60% da população mundial e matou um em quatro doentes.

- A erradicação mundial da varíola foi certificada por uma comissão de eminentes cientistas, em Dezembro de 1979, sendo posteriormente aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde, em 1980.

- A varíola apresentou duas formas principais: a varíola major e a varíola minor. A doença seguiu uma variante mais ligeira na varíola minor, que tinha uma taxa de casos fatais de menos de 1%. A taxa de casos fatais da varíola major era de cerca de 30%. Há duas formas raras de varíola: a hemorrágica e a maligna. Na primeira, invariavelmente fatal, a erupção era acompanhada de hemorragia das membranas mucosas e da pele. A varíola maligna era caracterizada por lesões que não evoluíam para a fase pustular, mas que se mantinham moles e lisas. Era quase sempre fatal.

- O período de incubação da varíola é, normalmente, de 12–14 dias (limites de 7–17), durante os quais não existem evidências de expulsão do vírus. Durante este período, a pessoa parece saudável e não pode contagiar os outros.

- O período de incubação é seguido de manifestação súbita de sintomas de tipo gripal. Dois a três dias depois, a temperatura desce e o doente sente-se melhor; é então que aparece a erupção característica, primeiro na cara, mãos e antebraços, progredindo, alguns dias depois, para o tronco. As lesões também surgem nas membranas mucosas do nariz e boca, e transformam-se rapidamente em úlceras após a sua formação, libertando grandes quantidades de vírus na boca e na garganta. A distribuição centrífuga das lesões, mais proeminentes nas faces e extremidades do que no tronco, é uma característica que distingue o diagnóstico da varíola e que permite que qualquer profissional experiente suspeite desta doença. As lesões progridem de manchas para pápulas e depois para vesículas e para pústulas. Todas as lesões numa dada área, progridem conjuntamente através destas fases. De 8 a 14 dias após o início dos sintomas, as pústulas formam crostas, que deixam cicatrizes despigmentadas visíveis após sararem.

- A varicela (varíola das aves) pode distinguir-se da varíola pelas suas lesões muito mais superficiais, mais presentes no tronco do que na cara e nas extremidades, e pelo desenvolvimento de sucessivas crostas das lesões na mesma área.

Varíola

- A varíola é transmitida por via aérea de pessoa para pessoa, pela propagação de gotículas infectadas da respiração, por contágio directo de uma pessoa infectada após o início da febre, especialmente se os sintomas incluírem tosse. A doença pode ainda ser transmitida por vestuário e roupa de cama contaminados, embora o risco de infecção por esta via seja muito inferior.
- A frequência da infecção é mais alta através do contacto directo com um doente, após o início da febre, e durante a primeira semana da erupção, quando o vírus se liberta através do tracto respiratório.
- Na ausência de imunidade induzida pela vacinação, os seres humanos parecem ser universalmente susceptíveis à infecção pelo vírus da varíola.
- A vacina administrada até 4 dias após a exposição ao vírus, e antes do aparecimento da erupção, confere imunidade protectora e pode evitar a infecção ou melhorar a gravidade da doença.
- A imediata notificação à OMS é formalmente exigida pelo RSI (2005).

Objectivos da vigilância

- Detectar e responder de imediato a qualquer caso suspeito de varíola.

Definição de casos padrão

Caso suspeito: uma doença com manifestação aguda de febre $\geq$38,3º C (101º F), seguida de erupção caracterizada por vesículas ou pústulas firmes, no mesmo estágio de desenvolvimento, sem outra causa aparente.

***Caso provável*:** um caso que cumpra a definição clínica de caso, sem confirmação laboratorial, mas com uma relação epidemiológica com um caso confirmado ou provável.

***Caso confirmado*:** um caso clinicamente compatível, que seja confirmado laboratorialmente.

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de um único caso:

- Notificar de imediato a informação baseada em casos aos níveis adequados.
- Implementar precauções para controlo de infecções transmitidas por via aérea.
- Cuidar e tratar o doente com cuidados de apoio clínico.
- Colher a amostra com segurança para confirmar o caso.
- Implementar a localização dos contactos e respectivo tratamento.
- Conduzir uma vigilância activa para identificar outros casos.
- Notificar a OMS.

Varíola

Resposta ao limiar de acção

Se for confirmado um único caso:

- Manter práticas rigorosas de medidas de controlo da infecção, ao longo de toda a duração do surto.
- Mobilizar a comunidade para a detecção precoce e os cuidados.
- Realizar actividades de educação comunitária sobre o caso confirmado, a via de transmissão da doença e o modo de implementar o controlo da infecção, no cenário dos cuidados domiciliários e durante o funeral.
- Procurar activamente outros casos eventuais.
- Solicitar ajuda adicional aos níveis nacional e internacional.
- Criar enfermarias de isolamento, para gerir casos adicionais que possam ser admitidos na unidade de saúde.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico dos casos e dos óbitos diariamente/semanalmente/mensalmente. Traçar uma curva epidémica.

Local: Assinalar a localização das habitações dos doentes.

Pessoa: Notificar imediatamente os casos e os óbitos. Durante o surto, contar e notificar os casos e os óbitos. Analisar a distribuição por idade e sexo. Avaliar imediatamente os factores de risco.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Isolamento do vírus da varíola (*Variola*) de uma amostra clínica ou Teste da reacção em cadeia da polimerase (PCR), para identificação do DNA do *Variola* numa amostra clínica *Nota*: apenas laboratórios de Nível C ou D.

Varíola

Amostra	Amostras* para biópsia Coágulo* Fluído vesicular* Pele lesionada (roof)* Material da pústula* Amostras de sangue *Nota: as amostras de sangue das pessoas em que a erupção é grave e densa podem ser difíceis de colher, devido à descamação da pele. Pode ser necessária uma linha central para acesso, nos casos em que é difícil retirar o sangue periférico.* ▪ Amostras preferidas para diagnóstico de doença aguda durante a fase de erupção.
Colheita de amostras	Um caso suspeito de varíola é uma emergência médica e de saúde pública. Colher amostras de todos os casos suspeitos, sempre que houver disponibilidade, para conseguir amostras dos tipos recomendados.

Varíola

Preparação, armazenamento e transporte	As práticas próprias associadas à colheita de amostras nos doentes são também adequadas à colheita das lesões pelo ortopoxvírus. Estas incluem o uso de equipamento de protecção pessoal, incluindo luvas e desinfecção do local antes da colheita. Se se usar álcool para preparar a lesão a ser colhida, é importante deixar a lesão secar antes de a colher. **Amostras para biópsia:** Colocar assepticamente duas a quatro porções de tecido num recipiente estéril, estanque e congelável. Armazenamento -20ºC a – 70ºC. Transporte ~ 6h a 4ºC. *Nota: embalar a biópsia da lesão não em formalina para transportar em gelo seco, deixar a biópsia fixada em formalina à temperatura ambiente. Não congelar a amostra da biópsia fixada em formalina.* **Coágulos:** Colocar assepticamente as crostas/material num recipiente estéril, estanque e congelável. Armazenamento -20ºC a – 70ºC. Transporte ~6h a 4ºC. **Fluído vesicular:** Colher o fluído de lesões separadas com zaragatoas estéreis separadas. Assegurar-se da inclusão de material celular da base de cada uma das respectivas vesículas. Armazenamento -20ºC a - 70 °C. Transporte ~6h a 4ºC. Colocar 10 cc de sangue num tubo de ensaio em plástico com tampa de mármore, ou num tubo separador de soro com tampa amarela. *Nota: a aprovação deverá ser obtida antes do envio para um laboratório de referência das amostras clínicas de um potencial doente de varíola.*
Resultados	Não há serviços diagnósticos de rotina para a varíola. Normalmente, é necessário requisitá-los com antecedência. Contactar as autoridades nacionais responsáveis ou a OMS.

Referências

- WHO Fact Sheet, smallpox. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/smallpox

Tracoma

Enquadramento

- O Tracoma é a causa principal da cegueira evitável em todo o mundo. É causado por infecção pela bactéria *Chlamydia trachomatis* e não só tem tratamento como se pode evitar.

- As infecções começam muitas vezes na primeira ou na segunda infância e podem tornar-se crónicas. Se não for tratada, a infecção provoca eventualmente a retracção da pálpebra que, por sua vez, faz com que as pestanas rocem no globo ocular, o que resulta numa intensa dor e no ferimento da frente do olho. Em última análise, isso leva a cegueira irreversível, tipicamente entre os 30 e os 40 anos de idade.

- O tracoma propaga-se facilmente através do contacto pessoal directo, da partilha de toalhas e roupa, e ainda através de moscas que tenham estado em contacto com os olhos ou nariz de uma pessoa infectada.

- A OMS estima que ocorram cerca de 6 milhões de casos de cegueira devida ao tracoma e 11 milhões de casos de triquíase, todos os anos, a nível mundial. A prevalência da doença activa nas crianças varia entre 10-40%, em alguns países africanos.

- A infecção afecta, em primeiro lugar, as crianças pequenas, ocorrendo a cegueira numa idade posterior. As meninas estão três vezes mais sujeitas do que os rapazes a sofrer de triquíase, a retracção das pestanas que pode conduzir à cegueira. As pessoas correm mais riscos de contrair o tracoma em áreas de mau saneamento básico, falta de latrinas, escassas fontes de água potável e locais onde proliferem as moscas.

- As principais intervenções recomendadas para prevenir a infecção pelo tracoma incluem: melhor saneamento, redução dos locais de proliferação de moscas e sensibilização para uma limpeza facial mais cuidada (com água potável) entre as crianças em risco de contrair a doença. A mudança do aspecto visual assustador causado pelo tracoma pode ser resolvido com um simples procedimento cirúrgico efectuado a nível local, o qual pode reverter as pestanas reviradas.

Objectivos da vigilância

- Prevenção da cegueira por detecção precoce
- Identificação de áreas de alto risco e tendências epidemiológicas
- Estimativa do fardo da doença
- Monitorização dos programas de controlo.

Tracoma

Definição de casos padrão

Caso suspeito:
Um doente com olhos vermelhos e pegajosos e queixas de dores e comichão nos olhos.

***Caso confirmado*:**
Um doente com olhos vermelhos e pegajosos e queixas de dores e comichão nos olhos e cujo exame ocular confirme uma das fases de infecção por Tracoma, em conformidade com o Sistema Simplificado de Classificação do Tracoma da OMS. (Ver referências abaixo).

Acções de saúde pública recomendadas

A Organização Mundial da Saúde desenvolveu uma série de intervenções para controlar o tracoma, conhecidas pela sigla SAFE: *Surgery, Antibiotics, Facial cleanliness, and Environmental improvement (cirurgia, antibióticos, limpeza facial e melhor ambiente)*.

O controlo eficaz do Tracoma tem quatro componentes principais:

- Cirurgia da pálpebra para os que correm risco imediato de cegueira
- Antibióticos, para tratar os casos individualmente e para reduzir a infecção na comunidade
- Promoção da limpeza facial e da higiene, para reduzir a transmissão
- Melhoria do meio-ambiente, como o abastecimento de água e o saneamento básico nas habitações.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Monitorizar as tendências epidemiológicas ao longo do tempo.

Local: Assinalar a localização das habitações dos doentes e analisar a sua distribuição.

Pessoa: Analisar a distribuição dos casos por idade e outros factores demográficos.

Confirmação laboratorial

Não é exigida confirmação laboratorial de rotina para a vigilância.

Teste de diagnóstico	Detecção do antigénio específico. Testes do ácido nucleico e técnicas de cultura de tecidos. Ocasionalmente, em células epiteliais em esfregaços corados com Giemsa ou iodo por microscopia directa.

Tracoma

Amostra	Colheita de raspados da conjuntiva
Colheita de amostras	
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	Após anestesiar a conjuntiva com gotas oculares anestésicas, retirar o corrimento e, com uma espátula de extremidade fina e arredondada, raspar o orifício da conjuntiva. Espalhar a amostra uniformemente numa lâmina. Assim que a preparação secar ao ar, fixá-la com metanol durante 2-3 minutos, se a preparação for corada com Giemsa.
Resultados	Fora dos laboratórios especializados, a maioria das infecções oculares são diagnosticadas clinicamente (ver Anexo 8 sobre definição recomendada de casos para um caso confirmado) ou imunologicamente.

Referências

- WHO Trachoma Page http://www.who.int/topics/trachoma/en/
- World Health Organization. *Trachoma control: A guide for program managers*. Geneva: World Health Organization, 2006.
- World Health Organization. *Achieving Community Support for Trachoma Control***.** Geneva: World Health Organization, 1993.
- World Health Organization. *Primary Health Care Level Management of trachoma***.** Geneva: World Health Organization, 1993.
- World Health Organization. *Trachoma epidemiologic survey protocol***.** Geneva: World Health Organization, 1993.
- CDC Trachoma http://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/disease/trachoma.html
- The Carter Center http://www.cartercenter.org/health/trachoma/index.html

Tripanossomíase

Enquadramento

- A tripanossomíase é uma infecção sanguínea, linfática e do sistema nervoso central. Em África, ela é causada pelos protozoários *Trypanosoma burcei rhodesiense* e *T. b. gambiense*, que são transmitidos pela picada da mosca *Glossina* infectada (Tsé-tsé).

- A tripanossomíase é endémica em mais de 30 países africanos da África Ocidental, Central e Oriental. É altamente epidémica na República Democrática do Congo, em Angola e em outras zonas de conflitos civis, onde podem ser infectadas 80% de algumas populações rurais. O gado bovino é o principal reservatório de *Trypanosoma brucei rhodesiense*, e os seres humanos são o principal reservatório de *T. b. gambiense*.

- O período de incubação é, normalmente, de alguns dias a semanas para as infecções pelo *T. b. rhodesiense*, e de meses a anos para as infecções pelo *T. b. gambiense*. Sem tratamento, ambas as formas são normalmente fatais.

- As estratégias de controlo da tripanossomíase incluem estudos sobre populações humanas e animais, para tratar das pessoas infectadas, reduzir os reservatórios de gado e controlar o habitat da mosca tsé-tsé (por exemplo, remoção de arbustos e ervas altas à volta das aldeias e uso de insecticidas residuais).

- A tuberculose, o paludismo, a meningite bacteriana, o VIH/SIDA e outras infecções sistémicas ou do sistema nervoso central podem produzir resultados clínicos semelhantes.

Objectivos da vigilância

- Aumentar a percentagem de casos confirmados por métodos de laboratório.
- Usar inquéritos baseados nas populações e o rastreio serológico para uma pesquisa activa de casos nas áreas endémicas.
- Realizar o rastreio humano e do gado em zonas livres de tripanossomíase.

Definição de casos padrão

Caso suspeito:

Fase precoce: uma úlcera dolorosa, originalmente uma pápula, que evolui para um nódulo no local primário da picada. Pode ocorrer febre, intensas dores de cabeça, insónia, linfadenopatia indolor, anemia, edema local e erupção.

Fase tardia: caquexia, sonolência e sinais do sistema nervoso central.

***Caso confirmado*:**

Um caso suspeito confirmado pelo teste de aglutinação em cartão (CATT) ou por isolamento dos tripanossomas no sangue, nódulos linfáticos ou líquido cefalorraquidiano.

Tripanossomíase

Resposta ao limiar de alerta

Se se observar o aumento do número de casos ou de óbitos num certo período de tempo:

- Notificar o problema de acordo com as orientações nacionais.
- Tratar qualquer caso individual suspeito e os casos confirmados com a terapêutica adequada, em ambiente rigorosamente monitorizado.
- Colher amostras para confirmação laboratorial.
- Investigar a causa do aumento do número de casos, para identificar problemas com as actividades de prevenção.

Resposta ao limiar de acção

Se o número de casos ou de óbitos aumentar para o dobro do número normalmente observado num período de tempo semelhante do passado:

- Avaliar as actividades de prevenção nas zonas vizinhas dos casos e tomar iniciativas para as melhorar.
- Efectuar actividades de pesquisa activa de casos, caso se trate de uma área endémica.
- Efectuar actividades de controlo de vectores especificadas pelas orientações nacionais.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico trimestral dos casos.

Local: Assinalar a localização das habitações dos doentes.

Pessoa: Contar os casos mensalmente e analisar a distribuição por idade.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	*Presumido:* Serológico: teste da tripanossomíase por aglutinação em cartão (CATT) *Confirmado:* Parasitológico: detecção (microscopia) dos tripanossomas no sangue, aspirados dos nódulos linfáticos ou LCR
Amostra	Sangue total Aspirados dos nódulos linfáticos Líquido cefalorraquidiano
Colheita de amostras	Caso suspeito de áreas endémicas com febre Um doente com febre que pode ter estado em contacto com a mosca tsé-tsé.

Tripanossomíase

Preparação, armazenamento e transporte das amostras	Para lâminas: Colocar as lâminas numa caixa própria e fechar correctamente. Armazenar à temperatura ambiente, num local livre de pó. Se não houver caixa para lâminas, estas podem ser embrulhadas em papel macio (filtros de papel, guardanapos de papel, papel higiénico, etc.). Para sangue em frascos anticoagulantes, enviar para o laboratório de referência.
Resultados	Os resultados deverão estar prontos no mesmo dia.

Referências

- *Control and Surveillance of African Trypanosomiasis*. Report of a WHO Expert Committee, Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO Technical Report Series, No. 881).
- *WHO Recommended Surveillance Standards* WHO/CDS/CSR/ISR/99.2

Tuberculose

Enquadramento

- Infecção dos pulmões e de outros órgãos, vulgarmente causada pela *Mycobacterium tuberculosis*, que se transmite por contacto directo, através de gotículas infectadas da tosse, espirros ou expectoração. Clinicamente, a forma pulmonar da doença é mais comum do que a forma extra-pulmonar. Os principais sintomas da TB pulmonar são crónicos: tosse, perda de peso, febre, perda de apetite e suores nocturnos.

- A tuberculose (TB) é uma importante causa de doença infecciosa e de morte em todo o mundo, com mais de 8 milhões de novos casos e 3 milhões de óbitos por ano. Nos países africanos, dos cerca de 1,6 milhões de novos casos, mais de 600 000 ocorrem todos os anos. Estima-se ainda que entre 30 a 50% do total de novos casos de TB detectados estejam infectados com VIH e que 40% de todos os óbitos por SIDA sejam devidos à TB. Entre os que estão em alto risco de morrer por TB incluem-se pessoas com VIH /SIDA, com malnutrição e outras condições de imunidade comprometida: os muito novos e os muito idosos.

- A pandemia mundial do VIH foi a maior causa do aumento de casos de TB, especialmente nos países africanos.

- O período de incubação é de, aproximadamente, 1 a 3 meses.

- A OMS recomenda a estratégia DOTS, Terapêutica Directamente Observada de Curta Duração, para maximizar o cumprimento e a eficácia do tratamento e para reduzir o desenvolvimento de estirpes resistentes aos medicamentos. A estratégia DOTS foi implementada em, pelo menos, 40 dos 46 Estados-Membros da Região Africana. Atingiram-se variados graus de sucesso no controlo da TB, sempre que os recursos e a motivação para o diagnóstico, tratamento e *follow-up* dos doentes foram os adequados.

- Clinicamente, a pneumonia bacteriana, o paludismo, a tripanossomíase, o VIH /SIDA e uma variedade de outras infecções bacterianas, parasitárias e virais podem causar síndromes semelhantes de febre, tosse, fadiga e perda de peso ou podem, por si só, precipitar a actividade da TB numa pessoa já infectada. Podem ocorrer outros pontos de infecção extra-pulmonares, nomeadamente abdominais, após a ingestão de leite de vaca não pasteurizado *(M. bovis*).

Objectivos da vigilância

- Detecção precoce de pessoas com doença infecciosa dos pulmões, para aumentar as hipóteses de melhorar os resultados clínicos e de reduzir a transmissão da TB.

- Melhorar a percentagem de casos de TB confirmados por microscopia.

Tuberculose

Definição de casos padrão

Caso suspeito: uma pessoa com tosse durante 3 semanas ou mais.

Caso confirmado:

Esfregaço pulmonar positivo para a TB: a) um doente suspeito com, pelo menos, 2 amostras de expectoração positivas para bactérias ácido-álcool resistentes (BAAR), ou uma amostra de expectoração positiva para BAAR por microscopia e anomalias radiográficas consistentes com TB pulmonar activa, segundo determinado pelo responsável clínico do tratamento, ou um esfregaço de expectoração positivo por microscopia e uma amostra positiva de expectoração em cultura para BAAR.

Esfregaço pulmonar negativo para a TB: um doente que cumpre todos os critérios seguintes: a) dois conjuntos tomados, pelo menos, com o espaço de 2 semanas, de, pelo menos, duas amostras de expectoração negativas para BAAR, por microscopia, anomalias radiográficas consistentes com TB pulmonar e ausência de uma resposta clínica, apesar de uma semana de antibiótico de largo espectro, uma decisão do médico de administrar uma terapêutica completa por quimioterapia anti-TB, ou b) um doente que cumpre todos os critérios seguintes: gravemente doente, com pelo menos duas amostras de expectoração negativas para BAAR por microscopia, anomalias radiográficas consistentes com TB pulmonar extensa (intersticial e miliar), uma decisão do médico de administrar uma terapêutica completa por quimioterapia anti-TB, ou c) um doente cujo esfregaço inicial de expectoração era negativo, de quem se enviou inicialmente expectoração para cultura, e cuja cultura seguinte de expectoração resultou positiva.

Resposta ao limiar de alerta

Se se observar o aumento do número de casos ou de óbitos ao longo de um período de tempo:

- Notificar o problema ao nível seguinte ou de acordo com as orientações nacionais.
- Tratar individualmente os casos com observação directa (DOTS), incluindo um apoiante do tratamento.
- Se for viável, isolar as pessoas, usando práticas de controlo da infecção respiratória, especialmente se houver suspeita de TB multi-resistente aos medicamentos.
- Investigar a causa do aumento, incluindo o desempenho do programa DOTS na área em questão.

Resposta ao limiar de acção

Se o número de casos ou de óbitos aumentar para o dobro do número normalmente observado durante um período semelhante no passado:

- Avaliar o desempenho do pessoal de saúde com a detecção e tratamento do esfregaço positivo de TB pulmonar e, se necessário, melhorar as práticas.
- Avaliar o programa DOTS e actuar no sentido de melhorias identificáveis.
- Realizar testes de sensibilidade aos medicamentos para estabelecer padrões de resistência.

Tuberculose

Análise e interpretação dos dados	
Tempo:	Fazer gráficos mensais dos casos e dos óbitos.
Local:	Assinalar a localização das habitações e dos locais de trabalho dos doentes.
Pessoa:	Contar, mensalmente, os casos e os óbitos. Analisar trimestralmente a distribuição por idade e sexo.

Confirmação laboratorial	
Teste de diagnóstico	Microscopia: Presença do bacilo ácido-álcool resistente (BAAR) em esfregaços corados por Ziehl Neelsen (ZN) Cultura e identificação Teste de sensibilidade aos medicamentos: A tuberculose resistente aos medicamentos ocorre quando uma estirpe do isolado do *Mycobacterium tuberculosis* é resistente a um ou mais agentes antimicrobianos, conforme comprovam os métodos internacionalmente recomendados para testes de sensibilidade. TB-MR =Resistência à Isoniazida e Rifampicina; TB-UR= Resistência à Isoniazida e Rifampicina (MR); mais resistência adicional à fluoroquinolona e a um agente injectável de segunda linha.
Amostra	Expectoração profunda Aspirados
Colheita de amostras	Colher expectoração (não a saliva) para microscopia de esfregaço directo e examinar, pelo menos, duas amostras coradas, colhidas em dias diferentes.
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	O esfregaço deverá ser examinado na unidade de saúde em que a amostra foi colhida. As culturas de TB deverão ser embaladas em recipientes estanques, embrulhados em tecido de lã e algodão. Transportar, num recipiente à prova de água, para um laboratório de referência.

Tuberculose

Resultados	A microscopia da TB é feita diariamente. A quantidade de micobactérias observadas é notificada através de vários métodos de notificação. Consultar os critérios usados pelo laboratório dos exames. Cultura: após 6-8 semanas Resistência da tuberculose aos medicamentos: O laboratório nacional de referência deverá estar ligado a um laboratório supranacional de referência, através de um intercâmbio de estirpes, para garantir o controlo da qualidade.

Referências

- *Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programs.* WHO/TB/97.230
- *Policy Statement of Prevention Therapy Against TB in People Living with HIV,* WHO/TB/98.255
-
- Laboratory Services in Tuberculosis Control, Parts I, II and III. WHO publications WHO/TB/98.258
- Guidelines to surveillance of drug resistance in tuberculosis 4th ed. WHO/HTM/TB/2009.422

Febre Tifóide

Enquadramento

- A febre tifóide é uma doença bacteriana, causada pela *Salmonella typhi*. Os sintomas surgem, normalmente, após 1–3 semanas, depois da exposição e podem ser ligeiros ou graves. Incluem febres altas, mal-estar, dores de cabeça, obstipação ou diarreia, manchas rosadas no peito e aumento do baço e do fígado. O estado saudável do portador pode seguir-se a uma doença aguda.

- A febre tifóide continua a constituir um grave problema de saúde pública em todo o mundo, com uma estimativa de 16 a 33 milhões de casos e 500 000 a 600 000 óbitos anuais. No último surto na República Democrática do Congo, entre 27 de Setembro de 2004 e princípios de Janeiro de 2005, foram notificados nada mais nada menos do que 42 564 casos de febre tifóide, incluindo 214 óbitos e 696 casos de peritonite e de perfurações intestinais.

- Em quase todas as zonas endémicas, a incidência da febre tifóide é mais elevada nas crianças dos 5–19 anos de idade. A doença é, quase exclusivamente, transmitida por alimentos e água contaminados pelas fezes e a urina de doentes e portadores da doença.

- A água poluída é a fonte mais comum de transmissão da febre tifóide. Além disso, os mariscos retirados de águas contaminadas por esgotos, os vegetais fertilizados com o estrume das fossas e comidos crus, o leite contaminado e os lacticínios têm revelado ser uma fonte de infecção.

- A febre tifóide tem sido virtualmente eliminada na maioria das regiões dos países industrializados, com o advento de instalações sanitárias adequadas. A maioria dos casos nos países desenvolvidos são importados de países endémicos.

- As pessoas podem transmitir a doença enquanto a bactéria permanecer no seu corpo; a maior parte das pessoas são focos contagiosos antes e durante a primeira semana de convalescença, mas 10% dos doentes não tratados libertarão bactérias até 3 meses depois.

- A febre tifóide pode ser tratada com antibióticos. No entanto, a resistência aos antimicrobianos mais comuns está muito disseminada. Os portadores saudáveis não deverão manusear alimentos.

Objectivos da vigilância

- Detectar, prontamente, casos esporádicos e surtos de febre tifóide e procurar verificação laboratorial.
- Identificar áreas/populações de alto risco, para melhorar a prevenção da doença, através de medidas higiénicas.

Febre Tifóide

Definição de casos padrão

Caso suspeito: uma pessoa com início gradual de febre alta, aumentando continuamente e depois persistentemente, arrepios, mal-estar, dores de cabeça, garganta inflamada, tosse e, por vezes, dores abdominais e obstipação ou diarreia.

Caso confirmado: Caso suspeito confirmado por isolamento da *Salmonella typhi* no sangue, medula, fluido intestinal ou fezes.

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de casos de febre tifóide:

- Preparar os testes de laboratório das amostras de fezes ou zaragatoas rectais dos casos suspeitos, especialmente em situações em que haja suspeita de transmissão alimentar ou hídrica.
- Notificar e investigar todos os surtos suspeitos de tifo. Pesquisar casos/portadores que são a fonte da infecção e os veículos (água e alimentos), através dos quais a infecção está a ser transmitida.
- Tratar os doentes de febre tifóide com antibióticos. Os casos graves deverão receber medidas de apoio clínico, como a hidratação, tanto oral como intravenosa, o uso de antipiréticos e uma alimentação adequada.

Resposta ao limiar de acção

Se forem confirmados os casos de febre tifóide:

- Identificar áreas/populações de alto risco, para se identificarem as fontes e o modo de transmissão, de maneira a evitar e controlar a doença.
- Implementar programas de educação para a saúde sobre higiene, com mensagens simples sobre a água potável, as práticas seguras de manipulação dos alimentos, normas de higiene e lavagem das mãos.
- Apoiar o abastecimento de água potável e saneamento adequado às populações afectadas. Tratar com cloro os depósitos de água suspeita. Toda a água de beber deverá ser tratada com cloro e/ou fervida antes de ser usada.
- Mais de 90% dos doentes podem ser tratados em casa com antibióticos orais, cuidados seguros e um frequente acompanhamento médico das complicações ou falhas de resposta à terapêutica. Os doentes que continuarem a vomitar, com diarreia grave e distensão abdominal, podem necessitar de hospitalização e de uma terapêutica parenteral com antibióticos.

Febre Tifóide

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer um gráfico semanal dos casos e dos óbitos. Traçar uma curva epidémica durante os surtos.

Local: Assinalar a localização das habitações dos doentes através de um mapeamento rigoroso.

Pessoa: Notificar imediatamente a informação sobre os casos e os óbitos. Notificar, mensalmente, o resumo dos totais. Durante o surto, contar semanalmente os casos e os óbitos. ´

Analisar por idade. Avaliar os factores de risco para melhorar a prevenção de surtos.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Cultura: Isolamento da *salmonella spp*. das fezes ou sangue de um doente O teste WIDAL não deverá ser usado para fins de diagnóstico.
Amostra	Sangue Fezes
Colheita de amostras	Colher amostras, de preferência, antes da administração dos antibióticos.
Preparação, armazenamento e transporte	5-10 ml de sangue distribuído por um frasco de cultura de sangue. Fezes em recipiente próprio. Armazenar as amostras a 4-8º C ou à temperatura ambiente, longe do calor e da luz directa do sol.
Resultados	Cultura de sangue de 4 dias a 2 semanas. Fezes 3-4 dias.

Referências

- *The Diagnosis, Treatment and Prevention of Typhoid Fever*; WHO/V&B/03.07
- Weekly Epidemiological Record; N° 1, 2005, 80, 1-8; http//www.who.int/wer
- *WHO Recommended Surveillace Standards* WHO/CDS/CSR/ISR/99.2

Febre do Nilo Ocidental

Enquadramento

- A febre do Nilo Ocidental é uma doença febril transmitida pelo *arbovírus* originário de um mosquito da família *Flavivirudae*. Trata-se de uma zoonose transmitida aos humanos por aves e outros animais. As evidências serológicas sugerem que a infecção existe em praticamente todo o continente africano. A febre do Nilo Ocidental surgiu, muito provavelmente, em África e está hoje disseminada por todo o mundo. Os surtos ocorrem em seres humanos, aves e cavalos.

- A maioria dos casos são ligeiros e podem não atrair a atenção do sistema de saúde. Os doentes que procuram cuidados de saúde apresentam, normalmente, sintomas de gripe, como febre, dores de cabeça e dores no corpo. Ocasionalmente, os doentes podem apresentar uma erupção cutânea no pescoço, tronco, braços e pernas.

- Podem ser afectadas pessoas de todas as idades e condições. No entanto, quem tem mais de 50 anos de idade ou sofreu o transplante de um órgão corre um risco maior de doença grave.

- Os casos muito graves incluem sinais de encefalite, meningo-encefalite ou meningite. Os sintomas incluem febre alta, dores de cabeça, rigidez do pescoço, apatia, tremores, convulsões, paralisia flácida e coma.

- A taxa de casos fatais, nos doentes com complicações neurológicas, atinge limites de 4% a 14% e mesmo de 29%, nos doentes mais idosos.

- A febre do Nilo Ocidental pode ser prevenida, se se evitarem as picadas de mosquito, especialmente ao entardecer, quando os mosquitos são mais activos. A exposição aos mosquitos pode ser reduzida, através do uso de repelentes de insectos, de roupa com mangas e calças compridas, permanência no interior das casas e drenagem das zonas húmidas de proliferação, como poças de águas residuais.

- A confirmação da febre do Nilo Ocidental em doentes com sintomas clínicos exige confirmação laboratorial de anticorpos IgM específicos no líquido cefalorraquidiano e nas amostras de soro.

- Dada a não existência de um tratamento específico para a febre do Nilo Ocidental, os doentes com doença grave são vulgarmente hospitalizados para tratamentos de apoio clínico e cuidados de enfermagem.

Objectivos da vigilância

- Identificar os factores de risco de infecção e determinar as populações de alto risco a serem visadas pelas actividades de prevenção
- Identificar zonas geográficas a visar pelas actividades de prevenção e de controlo.
- Identificar os casos mais graves, para serem transferidos para cuidados hospitalares.

Febre do Nilo Ocidental

Definição de casos padrão

Caso suspeito:
Um caso hospitalizado de encefalite por causa desconhecida

Caso confirmado:
Confirmação da febre do Nilo Ocidental, através de diagnóstico de laboratório, para identificar um IgM específico para esta febre.

Resposta ao limiar de alerta

Se houver suspeita de um único caso:

- Notificar de imediato a informação baseada em casos aos níveis adequados.
- Cuidar e tratar o doente com cuidados de apoio clínico.
- Colher com segurança a amostra para confirmar o caso.

Resposta ao limiar de acção

Se for confirmado um único caso:

- Cuidar e tratar o doente com cuidados de apoio clínico.
- Mobilizar a comunidade através de educação, de forma a promover a adopção de comportamentos que reduzam o risco de doença, como a protecção contra as picadas de mosquito e a redução dos focos de proliferação dos mosquitos.

  Promover a educação comunitária sobre a forma de transmissão desta febre e o modo de evitar a infecção.

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Traçar uma curva epidémica durante os surtos.

Local: Assinalar a localização das habitações e dos locais de trabalho dos doentes.

Pessoa: Notificação imediata dos casos e dos óbitos. Durante um surto, fazer a contagem e a notificação dos casos e dos óbitos. Analisar a distribuição por idade e sexo. Avaliar, imediatamente, os factores de risco e considerar um pedido de ajuda para melhorar o controlo do surto.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	Presença de anticorpos IgM contra a febre do Nilo Ocidental

Febre do Nilo Ocidental

Amostra	*Para ELISA*: Sangue total, soro ou plasma *Para PCR*: Sangue total ou coágulo sanguíneo, soro/plasma ou tecido *Para imunohistoquímica:* Amostras de pele ou tecido dos casos fatais.
Colheita de amostras	Colher amostra do primeiro caso suspeito. Se houver mais de um caso suspeito, colher amostras de 5 a 10 casos suspeitos.
Preparação, armazenamento e transporte das amostras	MANUSEAR E TRANSPORTAR AS AMOSTRAS DE DOENTES SUSPEITOS DE FHV COM EXTREMO CUIDADO. USAR VESTUÁRIO DE PROTECÇÃO E PRECAUÇÕES DE BARREIRA. *Para ELISA ou PCR:* ▪ Refrigerar o soro ou o coágulo ▪ Congelar (-20ºC ou menos) as amostras de tecido para isolamento do vírus. *Para imunohistoquímica:* ▪ Fixar a amostra de pele em formalina. A amostra pode ser armazenada até 6 semanas. A amostra não é infecciosa, uma vez em formalina. Armazenar à temperatura ambiente. As amostras fixadas em formalina podem ser transportadas à temperatura ambiente.
Resultados	Não há serviços de diagnóstico de rotina para as FHV. Normalmente, é necessário requisitá-los com antecedência. Contactar a autoridade nacional competente ou a OMS.

Febre do Nilo Ocidental

Referências

- Global Alert and Response; West Nile Fever epidemic updates http://www.who.int/csr/don/archive/disease/west_nile_fever/en/
- Pedro N. A and Boris Szyfres. *Zoonotic and Comunicable Diseases Common to Man and Animals*. Third edition, Volume II. Chlamydioses, Rickettsioses and Viroses, Part II: Viroses Pages 372-376. Pan American Health Organization, WHO
- Epidemic/Epizootic West Nile Vírus in the United States: Orientations for Surveillance, Prevention and Control. http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/westnile/resources/wnv-guidelines-aug-2003.pdf
- *Infecctions Control for Viral Hemorrhagic Fevers in the African Health Care Setting* WHO/EMC/ESR/98.2
- *Viral Infections of Humans; Epidemiology and Control*. 1989. Evans, A.S. (ed). Plenum Medical Book Company, New York

Febre amarela

Enquadramento

- Doença hemorrágica viral aguda, causada por um flavivírus transmitido entre humanos, através da espécie doméstica de mosquitos *Aedes* (epidemias urbanas) ou a humanos a partir do reservatório de primatas, através de uma espécie de mosquito da floresta (ciclo silvático).
- Surtos de grande escala ocorrem em cada 3 a 10 anos em aldeias ou cidades, na ausência de campanhas de vacinação em larga escala. Casos esporádicos podem ocorrer regularmente em zonas endémicas. Houve um ressurgimento da doença em África, desde meados dos anos 1980. A verdadeira incidência excede, de longe, os casos notificados.
- O período de incubação é de 3 a 6 dias, após a picada de um mosquito infectado. Cerca de 15% das infecções evoluem para febre e icterícia.
- Embora apenas uma minoria de casos seja grave, a taxa de casos fatais pode situar-se entre os 25% e os 50%, entre os doentes com síndrome de hemorragia, icterícia e doença renal.
- Factores de risco: casos esporádicos, muitas vezes ligados à ocupação ou localização da aldeia perto de bosques ou em locais onde os macacos sejam numerosos. Também pessoas não vacinadas.
- Notificação internacional à OMS necessária dentro de 24 horas.
- Febres hemorrágicas virais (FHV) e outras doenças parasíticas, virais ou bacterianas, tais como o paludismo, dengue, chikungunya, leptospirose, hepatite A-E, vírus de Epstein-Barr, febre do Nilo Ocidental, febre Q, antraz, doenças rickettsianas, etc, e exposição tóxica podem emular a febre amarela.
- A infecção e a doença podem ser evitadas por vacinação, com uma eficácia da vacina > 95% e duração da imunização de, pelo menos, 10 anos.

Objectivos da vigilância

- Procurar confirmação da febre amarela e excluir outras possíveis etiologias de febre com icterícia
- Fornecer informação, para adoptar medidas de controlo apropriadas
- Identificar as populações em risco de febre amarela
- Monitorizar a epidemiologia da doença e o impacto das medidas de controlo
- Apoiar a investigação operacional e a inovação

Febre amarela

Definição de casos padrão

Caso suspeito: uma pessoa com manifestação de febre aguda e com manifestação de icterícia nos 14 dias posteriores ao início dos primeiros sintomas.

Caso provável: um caso suspeito

e

uma das seguintes evidências:

- Ligação epidemiológica a um caso confirmado ou um surto
- Histopatologia hepática post-mortem positiva

Caso confirmado:

um caso provável

e

uma das seguintes evidências:

- Detecção de IgM **específicos*** de febre amarela
- Detecção de um aumento quádruplo nos IgM da FA e/ou títulos de anticorpos IgG, entre amostras de soro agudo e convalescente
- Detecção de anticorpos neutralizadores **específicos** do vírus da FA *

***** *Específicos da FA significa que os testes de anticorpos (tais como, IgM ou anticorpo neutralizador) para outros flavivírus prevalecentes são negativos. Esses testes devem incluir, pelo menos, IgM para o dengue e febre do Nilo Ocidental, podendo incluir outros flavivírus, dependendo da epidemiologia local.*

ou

uma das seguintes evidências:

- Detecção do genoma do vírus da FA no sangue ou outros órgãos, por PCR
- Detecção do antigénio da febre amarela no sangue, fígado ou outros órgãos, por imunoensaios
- Isolamento do vírus da febre amarela

Febre amarela

Resposta ao limiar de alerta

Se um único caso ou grupo for suspeito ou provável:

- Preencher o formulário de notificação, incluindo a informação clínica, os formulários baseados em casos e verificar a situação da vacinação e história de viagens
- Colher amostra de sangue, para confirmação laboratorial. Pode colher-se uma amostra convalescente nos doentes,
- Diagnosticar e tratar os doentes com cuidados de apoio clínico
- Notificar imediatamente ao nível seguinte. Existindo um caso provável, informar as unidades de saúde próximas
- Reforçar a vigilância (aplicar a definição de casos da comunidade, isto é, febre e icterícia)
- Iniciar uma investigação preliminar no terreno, se houver um grupo de casos com febre e icterícia. Obter informação, para determinar o local provável da infecção. Determinar a cobertura da vacinação na comunidade e iniciar o planeamento da vacinação (no caso de um grupo)
- Reforçar a vacinação de rotina contra a febre amarela

Resposta ao limiar de acção

Além da resposta ao limiar de alerta, se for confirmado um único caso:

- Continuar/completar a investigação epidemiológica, incluindo o rastreio da situação de vacinação
- Iniciar a investigação entomológica, se for indicado
- Determinar a cobertura vacinal na zona afectada (PAV de rotina, respostas recentes a um surto ou campanhas de prevenção)
- Iniciar a mobilização social, para as intervenções seleccionadas
- Continuar a comunicação dos riscos e as acções para os reduzir, incluindo o controlo dos vectores, se for indicado
- Iniciar a vacinação nas aldeias, distritos ou cidades afectadas, com base nos achados epidemiológicos
- Notificar a OMS, através das autoridades centrais, usando o instrumento de decisão do RSI
- Continuar a reforçar a vacinação de rotina contra a febre amarela, especialmente nas zonas remotas

Febre amarela

Análise e interpretação dos dados

Tempo: Fazer gráficos semanais dos casos e óbitos.
Durante os surtos, traçar curvas epidémicas (para monitorizar as tendências diárias e, depois, semanais).

Local: Assinalar a localização das habitações e locais de trabalho com casos, através de um mapeamento rigoroso.

Pessoa: Comunicar, imediatamente, a informação relativa aos casos e óbitos. Notificar semanalmente os totais sumários.
Durante o surto, contar os casos e os óbitos diariamente, à medida que ocorrem, e depois semanalmente, quando a epidemia amadurecer ou terminar. Analisar as variáveis por pessoa (idade, sexo, profissão…). Avaliar os factores de risco, para melhorar a prevenção dos surtos esporádicos.

Confirmação laboratorial

Teste de diagnóstico	1. ELISA para a presença de anticorpos IgG e IgM específicos da febre amarela 2. A exclusão do dengue, vírus do Nilo Ocidental e outros flavivírus localmente prevalecentes será necessária para a confirmação de febre amarela. 3. PCR, seroneutralização específica da FA, isolamento do vírus ou histopatologia
Amostras	Soro, nas fases aguda e convalescente da doença; Em caso de morte, amostra do fígado post-mortem.
Colheita das amostras	Nos 14 dias subsequentes à manifestação dos primeiros sintomas. Colher amostras, pelo menos, do primeiro ao décimo caso suspeito de febre amarela. Colher amostras dos últimos casos (com base nas curvas epidémicas), para decidir sobre o fim da epidemia.

Febre amarela

Preparação, armazenamento e transporte	▪ Colher 10 ml de sangue venoso de adultos, 1-5 ml de crianças, num tubo capilar, microtainer ou, se necessário, num tubo de ensaio normal de vidro. ▪ Separar as células sanguíneas do soro: o Deixar o coágulo retrair durante 30 a 60 minutos, à temperatura ambiente. Centrifugar a 2000 rpm, durante 10-20 minutos, e verter o soro para um tubo de ensaio limpo. o Se não houver centrifugadora, colocar a amostra no frigorífico durante a noite (4 a 6 horas), até o coágulo encolher. Retirar o soro na manhã seguinte. o Se não houver centrifugadora, nem frigorífico, deixar o sangue assentar em ângulo durante, pelo menos, 60 minutos, sem agitar nem transportar num veículo. Verter o soro para um tubo limpo. • Armazenar o soro a 4°C. Transportar as amostras de soro, usando embalagens apropriadas, para evitar quebras ou derrames durante o transporte. Se possível, evitar os tubos de vidro para expedição e transporte. A amostra deve chegar ao laboratório nos 3 dias posteriores à colheita. Evitar agitar a amostra, antes do soro ser colhido. Para evitar o crescimento excessivo de bactérias, certificar-se de que o soro é vertido para um tubo de ensaio de vidro que esteja limpo. O tubo de ensaio não precisa de ser esterilizado, basta que esteja limpo. Transportar o soro, num transportador manual de vacinas do PAV, a 4°C-8°C, para evitar o crescimento excessivo de bactérias (até 7 dias). Se não for refrigerado, o soro armazenado num tubo limpo estará em boas condições, pelo menos, durante 3 dias.
Resultados	Os resultados laboratoriais devem ser recebidos nos 7 dias subsequentes à recepção da amostra no laboratório.

Referências

- *District guidelines for yellow fever surveillance.* WHO 1998 WHO/GPVI/EPI/98.09
- Yellow fever. 1998. WHO/EPI/Gen/98.11
- Recommendation of Expert Meeting on *Yellow Fever Surveillance* and Response in Africa. Brazzaville, Congo, from 13 to 15 October 2010

Anexos à Secção 9

Os seguintes anexos são exemplos de formulários específicos dos programas. Alguns formulários destinam-se a documentar os achados iniciais, enquanto outros se destinam a uma investigação mais aprofundada. Procurar no programa de vigilância nacional de cada país os formulários correspondentes.

ANEXO 9A EAAV – formulário de investigação

ANEXO 9B Paralisia flácida aguda – formulário de investigação dos casos

ANEXO 9C Cólera - formulário de investigação baseada em casos

ANEXO 9D Verme da Guiné - formulário de investigação dos casos

ANEXO 9E Óbitos maternos - formulário de notificação dos casos

ANEXO 9F Sarampo - formulário de investigação dos casos

ANEXO 9G Tétano neonatal - formulário de investigação dos casos

ANEXO 9H Tuberculose – TB MR e UR - formulário de notificação baseada em casos

ANEXO 9I Febre hemorrágica viral - formulário de notificação dos casos

ANEXO 9J FHV - formulário de investigação dos casos

ANEXO 9A Efeitos adversos após a vacinação – formulário de investigação

Investigação de EAAV	
Um evento adverso após a vacinação (EAAV) é um incidente médico que ocorre após a vacinação, causando preocupação, e se acredita ser causado pela vacina. Os programas que disponibilizam serviços de vacinação devem incluir um sistema para a detecção e notificação de EAAV, investigação e gestão, análise de dados, acções correctivas e comunicação e avaliação relevantes do sistema. O objectivo final de uma investigação é determinar se a vacina ou o processo de vacinação é responsável pelo evento notificado ou encontrar outra causa e, se possível, corrigi-la e tranquilizar as populações. **Outros recursos:** http://www.who.int/immunization_safety/aefi/en/ http://www.who.int/immunization_safety/aefi/managing_AEFIs/en/index6.html http://www.who.int/immunization/documents/792.pdf	
1.	**Estar preparado (medidas a tomar, antes da ocorrência de um evento)** • Ler os documentos de referência sobre a notificação, gestão e investigação dos EAAV. • Elaborar normas: definições dos casos de EAAV notificáveis, uso dos formulários de notificação e procedimentos de investigação. • Designar e formar pessoal para efectuar uma investigação sobre EAAV, usando o formulário de investigação. • Ensinar o pessoal a colher amostras. • Estabelecer procedimentos, critérios e designar uma pessoa para notificar a OMS e a UNICEF • (se se tratar de uma vacina fornecida pelas NU) ou outro parceiro relevante, conforme o mecanismo de compra • Criar uma Comissão Nacional Consultiva Técnica, com representação das principais organizações médicas • Identificar um porta-voz para as comunicações públicas.
2.	**Receber um relatório** • Assegurar a notificação imediata dos eventos mais graves e uma rápida atenção aos relatórios recebidos • Verificar a informação contida no relatório e classificar e avaliar o EAAV, usando as definições de casos estabelecidas. Decidir se é necessária nova investigação. • Se a investigação estiver garantida, viajar para o local do EAAV ou delegar funções noutra pessoa com a devida formação
3.	**Investigar e colher dados** • Perguntar sobre o doente

	• Perguntar sobre a vacina e outros fármacos potencialmente recebidos • Perguntar sobre outros vacinados • Perguntar sobre os serviços de vacinação • Observar o serviço em acção • Perguntar sobre os casos em pessoas não vacinadas • Estabelecer uma definição de casos mais específica, se necessário • Formular uma hipótese sobre a causa dos EAAV **Se necessário, colher amostras:** • do doente • da vacina (e diluente, se aplicável) • das seringas e agulhas
4.	**Expedir as amostras** para o serviço de testes apropriados (laboratório, autoridade reguladora, etc.)
5.	**Analisar os dados** • Estudar os resultados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais • Resumir e fazer um relatório sobre os resultados
6.	**Tomar medidas** • Comunicar com o pessoal de saúde • Comunicar os resultados e as medidas aos pais e ao público • Corrigir o problema (com base na causa), melhorando a formação, a supervisão e/ou a distribuição de vacinas/equipamento de injecção • Se necessário, substituir as vacinas

ANEXO 9B Paralisia flácida aguda – formulário de investigação dos casos

Apenas para uso oficial **Número da epid**: _____-_____-_____-_____
(preenchido pela equipa distrital) Província Distrito Ano de início Número do caso Recebido: ____/____/_____

IDENTIFICAÇÃO

Distrito: _____ **Província:** _____

Unidade de saúde mais próxima da aldeia: _____ **Aldeia/ Bairro:** _____ **Vila/ Cidade:** _____

Endereço:
_____
_____

Nome do doente: _____ Mãe/Pai:
_____

Sexo: ☐ 1 = Masc. 2 = Fem. **Data de nasc.:** _____/_____/_____ ou **Idade: anos** _____ **meses** _____
(Se a data de nasc. for desconhecida)

NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO

Notificado por: _____**Data da notificação:** ___/___/_____ **Data da investigação:** ___/___/_____

HOSPITALIZAÇÃO

Internado no hospital? ☐ 1= S, 2= N Data do internamento _____/_____/_____
Nª do registo clínico: _____
Endereço da instituição:

HISTÓRIA CLÍNICA Queira usar a seguinte chave:1=Sim; 2=Não; 9=Desconhecido.

Pergunta	**Resposta**
Febre no início da paralisia	
Paralisia evolui <= 3 dias	
Paralisia flácida e súbita	
Assimétrica	

Local da paralisia

BE			BD
PE			PD

Início da paralisia: ____/_____/_____

APÓS INVESTIGAÇÃO, ERA MESMO PFA? ☐ 1= S, 2= N

Se a resposta for negativa, o resto do formulário não tem de ser preenchido. Marcar "6" para a Classificação Final.

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO Nascimento _____/_____/_____ 3ª _____/_____/_____

Total de doses da Polio: ☐ 99=desconhecido 1ª _____/_____/_____ 4ª _____/_____/_____

2ª _____/_____/_____ Se >4, última dose _____/_____/_____

COLHER AMOSTRA DE FEZES

Data das 1ªs fezes: ___/___/_____ Data das 2ªs fezes: ___/___/_____ Data de envio ao laboratório nacional: ___/___/_____

RESULTADOS DA AMOSTRA DE FEZES: Estado das fezes: ☐ 1=Adequado, 2= Não adequado

_____/_____/_____
Data da recepção pelo laborat. nacional

_____/_____/_____
Data de envio dos result. do laborat. para o distrito

_____/_____/_____
Data da recepção dos result. pelo distrito

_____/_____/_____
Data de envio do isolado do lab. nacional para o laboratório regional

_____/_____/_____
Data de envio do resultado da diferenciação pelo laboratório regional

_____/_____/_____
Data da recepção do resultado da diferenciação pelo distrito

Isolamento primário
Resultados:

P1	P2	P3	NP-Ent	W1	W2	W3	V1	V2	V3	NP-Ent

EXAME DE FOLLOW UP

Data do exame de *follow up*: _____/_____/_____ Achados no *follow-up*: ☐

1= Paralisia residual 3= Perdido no follow-up
2= Sem paralisia residual 4= Morte antes do follow-up

BE			BD
PE			PD

Paralisia residual?

CLASSIFICAÇÃO FINAL DO CASO: ☐ 1=Confirmado, 2=Compatível, 3= Descartado 6=Não PFA

INVESTIGADOR

Nome: _____ Título: _____

Unidade: _____ Endereço: _____ Telefone: _____

ANEXO 9C Cólera - formulário de investigação baseada em casos

Formulário da investigação dos casos de cólera		
Área: Informação relacionada com o doente e com o laboratório clínico		
	Variáveis/Perguntas	**Respostas**
1	Dia da detecção (dia/mês/ano)	
2	Local da detecção (Unidade de saúde ou comunidade)	
3	Nº de identificação do doente (aaaa-semana-CCC-PPP-DDD-Local da notificação-nnn)	
4	Último nome do doente	
5	Primeiro nome do doente	
6	Idade (anos)	
7	Sexo (F/M)	
8	Número de pessoas na mesma casa	
9	Morada do doente	
10	Aldeia/Cidade	
11	Bairro	
12	Distrito	
13	Província	
14	País	
15	Data do início (primeiros sintomas) (dia/mês/ano)	
16	Sinais e sintomas clínicos	
17	O doente esteve exposto a algum factor de risco conhecido para esta doença? (Sim/Não)	
18	Em caso afirmativo, especificar o factor de risco: água que o doente usou para beber: (listar por tipo, por ex., água da torneira, furo, poço não protegido, poço protegido, rio, represa, lago, lagoa)	
19	Número de doses da vacina da cólera	
20	Data em que a última dose foi administrada	
21	**Informação relacionada com o laboratório: pelo menos, primeiro e último casos**	

22	*Vibrio cholerae* identificado nas fezes?	
23	Fármacos aos quais a estirpe de vibrião é sensível	
24	Fármacos aos quais a estirpe de vibrião é resistente	
25	Resultado (morreu, sobreviveu, desconhecido)	
26	Classificação final (não é um caso, suspeito, provável, confirmado pelo laboratório, confirmado pela ligação epidemiológica, pendente)	
27	Outras Notas e Observações	
28	Data da última actualização deste registo (dia/mês/ano)	

Área: Pesquisa de factores de risco (informação a obter junto do grupo de água e saneamento da equipa de investigação)

	Variáveis/perguntas	Respostas
	Mapear potenciais riscos	
1	**Potenciais veículos do vibrião: água potável**	
2	Fonte de água potável 1	
3	Fonte de água potável 2	
4	Fonte de água potável 3	
5	Fonte de água potável 4	
6	**Potenciais veículos do vibrião: água não potável**	
7	Fonte de água não potável 1	
8	Fonte de água não potável 2	
9	Fonte de água não potável 3	
10	Fonte de água não potável 4	
11	**Potenciais veículos do vibrião: alimentos**	
12	Alimentos 1	
13	Alimentos 2	
14	Alimentos 3	
15	Alimentos 4	
	Alimentos 5	
17	Alimentos 6	
18	Alimentos 7	

19	Alimentos 8	
20	**Achados do laboratório de bacteriologia**	
21	Água potável infectada por vibrião	
22	Água não potável infectada por vibrião	
23	Alimentos infectados por vibrião	
24	**Procurar exposição aos riscos identificados**	
25	Água que o doente usou para beber: (listar por tipo, por ex., água da torneira, furo, poço não protegido, poço protegido, rio, represa, lago, lagoa)	
26	Nos 3 dias anteriores ao início da doença, o doente bebeu de	
27	Fonte de água 2 (Sim/Não)	
28	Fonte de água 3 (Sim/Não)	
29	Fonte de água 4 (Sim/Não)	
30	Fonte de água 5 (Sim/Não)	
31	Nos 3 dias anteriores ao início da doença, o doente comeu	
32	Alimento 1 (Sim/Não)	
33	Alimento 2 (Sim/Não)	
34	Alimento 3 (Sim/Não)	
35	Alimento 4 (Sim/Não)	
36	Alimento 5 (Sim/Não)	
37	Nos 3 dias anteriores ao início da doença, o doente esteve presente em	
38	funerais (Sim/Não)	
39	outro evento social (Sim/Não)	

ANEXO 9D Verme da Guiné - formulário de investigação dos casos

[Nome do país]

PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO VERME DA GUINÉ
FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DOS CASOS DE DOENÇA DO VERME DA GUINÉ

Epid No:_ _ _-_ _ _ -_ _ _-_ _-_ _ _ _
C O U-R E G-D I S-Y R-C A S E *A preencher em triplicado*

I. Notificação/ Informação sobre a investigação

Aldeia notificadora:_____Zona:_____Distrito:_____ Região: _____
Data da notificação do caso: (d/m/a)___/___/_____ Notificado por:_____Cargo:_____
Date da investigação do caso: ____/___/_____ Investigado por:_____Cargo:_____

II. Informação sobre o doente e local de residência

Nome:_____ Nome do pai/Nome do senhorio:_____
Idade:_____Sexo:_____Profissão:_____Etnia_____
Morada: Aldeia:_____ Zona:_____
Área/Subdistrito:_____ Distrito:_____Região:_____
Ambiente: Urbano/Rural_____ Locais de referência:_____

O local de residência é igual ao da aldeia notificadora: SIM/NÃO Residente desde quando (em meses):_____
(Favor preencher a CAIXA "III. Local onde esteve nos últimos 10-14 meses …." Se o número de meses incluído nesta caixa for inferior a 10)

III. Local onde esteve nos últimos 10-14 meses, se não for o mesmo indicado em cima

Aldeia:_____ Zona:_____ Área/Subdistrito:_____
Distrito:_____Região:_____ País:_____

IV. História de viagens do doente nos últimos 10-14 meses

Data desde:	Data até:	Aldeia:	Subdistrito	Distrito:	Região:

Possível fonte de água que o doente possa ter contaminado, com informação sobre a localização e GPS:

Nome	Latitude	Longitude	Tipo	Fonte	Marcar a caixa, se tratado com remissão e data
					☐ _____

PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO VERME DA GUINÉ
FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DOS CASOS DE DOENÇA DO VERME DA GUINÉ

Epid No:_ _ _-_ _ _ -_ _ _-_ _-_ _ _ _
C O U-R E G-D I S-Y R-C A S E *A preencher em triplicado*

_____ _____ _____ _____ _____ ☐ _____

_____ _____ _____ _____ _____ ☐ _____

_____ _____ _____ _____ _____ ☐ _____

V. Sinais e sintomas

Qual foi o primeiro sinal/sintoma antes de aparecer o verme? Bolha/Comichão/Inchaço/Outros, Especificar_____
Aparecimento do verme da Guiné: SIM/NÃO N.º de vermes: _____Este é o primeiro verme da Guiné que apareceu este ano? SIM/NÃO
Data do primeiro verme da Guiné que apareceu: ___/___/_____ O caso foi detectado antes do verme aparecer? SIM/NÃO

VII. Medidas de contenção do caso e registo do verme da Guiné

Recebeu educação para a saúde: SIM/NÃO O doente entrou numa fonte de água: SIM/NÃO
Local do tratamento: CCC/Casa/Centro de Saúde/Hospital
Nome da Unidade de saúde/ Centro de Saúde /Outros centros, se o doente foi internado:_____

Data de internamento: ___/____/_____ ` Data da alta: ___/____/_____

SN.NO.	Local. do verme	Data da detecção do verme	Data em que apareceu	Data da confirmação pelo supervisor	Data em que foi total/ expelido	Ligadura normal	Extraído
_____	_____	___/____/_____	___/____/_____	___/____/_____	___/____/_____	☐	☐
_____	_____	___/____/_____	___/____/_____	___/____/_____	___/____/_____	☐	☐
_____	_____	___/____/_____	___/____/_____	___/____/_____	___/____/_____	☐	☐
_____	_____	___/____/_____	___/____/_____	___/____/_____	___/____/_____	☐	☐
_____	_____	___/____/_____	___/____/_____	___/____/_____	___/____/_____	☐	☐
_____	_____	___/____/_____	___/____/_____	___/____/_____	___/____/_____	☐	☐
_____	_____	___/____/_____	___/____/_____	___/____/_____	___/____/_____	☐	☐

VIII. Manuseamento da amostra

A amostra (verme) foi guardado e conservado em álcool? SIM/NÃO EM CASO NEGATIVO, PORQUÊ?

Data de envio para a Região: _____Recebido por:_____ Data da recepção:_____

PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO VERME DA GUINÉ
FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DOS CASOS DE DOENÇA DO VERME DA GUINÉ

Epid No:_ _ _-_ _ _ -_ _ _-_ _-_ _ _ _
C O U-R E G-D I S-Y R-C A S E *A preencher em triplicado*

Data de envio para o nível nacional: _____ Recebido por:_____ Data da recepção:_____

Apenas para o Secretariado Nacional:
Enviou-o para confirmação? SIM/NÃO Data do envio: _____Enviado para:_____
Data da recepção do resultado_____

Resultado:

IX. Outras informações

Uso de filtro de pano: SIM/NÃO Frequência da mudança de filtros 1-raramente; 2-algumas vezes; 3-sempre; 4-nunca
Observações:_____

Pessoa que preencheu este formulário

_____	_____	_____	_____
NOME	CARGO	Nº DE TELEMÓVEL	ASSINATURA

Funcionário do Programa de Controlo ou Vigilância da Doença:

ANEXO 9E Óbitos maternos – formulário de notificação

Formulário de notificação de óbitos maternos		
Este formulário deve ser preenchido para todos os óbitos, incluindo óbitos relacionados com abortos e gestação ectópica, nas grávidas ou nos 42 dias subsequentes à interrupção da gravidez, independentemente da duração ou localização da gravidez		
Perguntas / Variáveis		Respostas
1	País	
2	Distrito	
3	Local da notificação	
4	Quantos óbitos maternos ocorreram cumulativamente este ano neste local?	
5	Data em que ocorreu este óbito materno (dia/mês/ano)	
6	Localidade do óbito (aldeia ou cidade)	
7	Identificador único do registo (ano-código do país-distrito-local-número de ordem do óbito)	
8	Local do óbito materno (comunidade, unidade de saúde, hospital distrital, hospital de referência ou hospital privado, a caminho da unidade de saúde ou hospital)	
9	Idade (em anos) da falecida	
10	Gravidez: quantas vezes esteve a falecida grávida?	
11	Paridade: quantas vezes é que a falecida teve uma criança de 22 semanas/500 g ou mais?	
12	Momento da morte (especificar "Durante a gravidez, no parto, durante o parto, durante o período imediatamente pós-parto ou muito tempo depois do parto ")	
13	Se houve aborto: foi espontâneo ou induzido?	
História de óbitos maternos e factores de risco		
14	A falecida estava a receber cuidados pré-natais? (Sim/Não)	
	Teve paludismo? (Sim ou não)	
15	Tinha hipertensão ? (Sim ou não)	
16	Tinha anemia? (Sim ou não)	
17	Teve apresentação anormal? (Sim ou não)	
18	Tinha feito cesariana anteriormente? (Sim ou não)	
19	Qual era o seu estado de VIH? (escolher "HIV+; HIV-; ou Desconhecido")	
	Informação sobre o parto, puerpério e neonatal	
20	Quanto tempo (horas) durou o trabalho de parto	
21	Que tipo de parto foi? (escolher "1= parto vaginal não assistido, 2= parto vaginal assistido (ventosa/fórceps), ou 3= cesariana "	
22	Qual era o estado do bebé à nascença? (vivo ou nado-morto)	

Formulário de notificação de óbitos maternos		
Este formulário deve ser preenchido para todos os óbitos, incluindo óbitos relacionados com abortos e gestação ectópica, nas grávidas ou nos 42 dias subsequentes à interrupção da gravidez, independentemente da duração ou localização da gravidez		
	Perguntas / Variáveis	Respostas
23	No caso de o bebé ter nascido vivo, ainda continua vivo ou morreu nos 28 subsequentes ao nascimento? (escolher 1= ainda vivo, 2= morte neonatal, 3= morreu depois dos 28 dias de idade)	
24	A falecida foi transferida para alguma unidade de saúde ou hospital? (SIM/NÃO/Desconheço)	
25	Em caso afirmativo, quanto tempo levou a chegar? (horas)	
26	A falecida recebeu cuidados médicos ou foi submetida a intervenções obstétricas/cirúrgicas devido à sua causa de morte? (SIM/NÃO/Desconheço)	
27	Em caso afirmativo, especificar o tratamento e onde foi recebido *	
28	Causa primária do óbito materno	
29	Causa secundária do óbito materno	
30	Análise e interpretação da informação recolhida até agora (opinião do investigador sobre este óbito)	
31	Observações	
32	Data de notificação do óbito materno (dia/mês/ano)	
33	Investigador (Título, nome e função)	
	* <u>Tratamento recebido</u>	
	Fluidos i.v.; Plasma; Transfusão de sangue; Antibióticos; Ocitocina; Fármacos anti-espasmo; Oxigénio; antipalúdicos; outro tratamento médico; cirurgia; remoção manual da placenta; aspiração intrauterina manual; curetagem, laporotomia, histerectomia, parto instrumental (fórceps, ventosa), cesariana, anestesia (geral, espinal, epidural, local)	
	<u>Definições</u>	
	Gravidez: o número de vezes que a mulher esteve grávida Paridade**:** o número de vezes que a mulher teve um bebé de 22 semanas/500g ou mais, quer vivo quer morto	

ANEXO 9F Sarampo - formulário de investigação dos casos

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DOS CASOS DE SARAMPO	
Variável/Descrição	**Valor/Resposta**
País	
Número de ID	
Distrito notificador	
Província da notificação	
Unidade de saúde notificadora	
Doença/Condição	Sarampo
Data da recepção do formulário a nível nacional (dia/mês/ano)	
Nome do doente	
Data de nascimento (dia/mês/ano)	
Idade em anos	
Idade em meses	
Residência do doente: Aldeia/Bairro	
Vila/Cidade	
Urbana/Rural	
Distrito de residência	
Província	
Sexo (M/F)	
Data da observação na unidade de saúde (dia/mês/ano)	
Data em que a unidade de saúde notificou o distrito (dia/mês/ano)	
Data de início (dia/mês/ano)	
Número de doses da vacina	
Data da última vacinação (dia/mês/ano)	
Variável em branco #1	
Variável em branco #2	
Doente interno ou externo?	
Resultado (1=vivo; 2=morto; 3=desconhecido)	
Classificação final (1=confirmado pelo laboratório; 2= confirmado pela ligação epidemiológica; 3=compatível; 4=descartado (IgM negativo); 5= pendente (suspeito com resultados laboratoriais da amostra pendentes)	
Data de envio do formulário para o distrito (dia/mês/ano)	
Data da recepção do formulário no distrito (dia/mês/ano)	
Data da colheita da amostra (dia/mês/ano)	
Data de envio da amostra para o laboratório (dia/mês/ano)	
Fonte da amostra	

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DOS CASOS DE SARAMPO	
Variável/Descrição	**Valor/Resposta**
Especificar	
Data da recepção da amostra pelo laboratório (dia/mês/ano)	
Estado da amostra [1= adequado (bom); 2 = não adequado (não bom)]	
IgM de sarampo (1=positivo; 2=negativo; 3=indeterminado; 4=pendente)	
IgM de rubéola (1=positivo; 2=negativo; 3=indeterminado; 4=pendente)	
Outros resultados laboratoriais	
Data de envio dos resultados do laboratório para o distrito (dia/mês/ano)	
Data em que o distrito recebeu os resultados do laboratório (dia/mês/ano)	
Nome, título e função do funcionário que notificou	

ANEXO 9G Tétano neonatal - formulário de investigação dos casos

Apenas para uso oficial

Epid. Número: _____-_____-_____-_____
(preenchido pela equipa distrital) Província Distrito Ano de início Número do caso

Recebido a nível nacional: ___/___/_____

IDENTIFICAÇÃO

Distrito: _____Província: _____

Unidade de saúde mais próxima da aldeia: _____ **Aldeia/ Bairro: _____** **Vila/ Cidade: _____**

Endereço:
_____
_____

Nome do doente: _____ Mãe: _____

Sexo: ☐ 1 = M 2 = F Pai: _____

NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO

Notificado por: _____Data da notificação: ___/___/_____ Data da investigação:___/___/_____

HISTÓRIA VACINAL DA MÃE Queira usar a seguinte chave, 1=S, 2=N, 9=D, onde for aplicável.

Pergunta	**Resposta**
Mãe vacinada com TT?	
Tem boletim?	
Número de doses:	
Estado vacinal da mãe antes do parto? **	

1ª _____/_____/_____ **4ª** _____/_____/_____
2ª _____/_____/_____ **5ª** _____/_____/_____
3ª ____/____/_____**Se >5, última dose**___/____/_____

**1= actualizada 2= não actualizada 9= desconhecida

NASCIMENTO DO BEBÉ

Data de nasc.: _____/_____/_____ Queira usar a seguinte chave, 1=S, 2=N, 9=D, onde for aplicável.

Perguntas		**Perguntas**	
A mãe recebeu cuidados pré-natais?		Local do nascimento ***	
Quantas consultas pré-natais?		Se nasceu numa instituição, qual o nome da instituição:	
Assistida por uma TBA/parteira com formação?		O cordão foi cortado com uma lâmina esterilizada?	
Se assistida por uma TBA/parteira com formação, indicar o nome		O cordão foi tratado com alguma coisa?	
Assistida por um médico/enfermeira?		Descrever o tratamento do cordão: Onde?	

*** 1=Hospital, 2=Centro de saúde, 3=Casa, assistente formada, 4=Casa, assistente não formada, 5=Casa, sem assistência, 9=Desconhecido

HISTÓRIA CLÍNICA INICIAL Queira usar a seguinte chave, 1=S, 2=N, 9=D, onde for aplicável.

O bebé nasceu normal?		Espasmos ou convulsões?	
Chorou e mamou normalmente durante os primeiros 2 dias?		Complicações?	
		O bebé morreu?	
Deixou de mamar após 2 dias?		Idade quando morreu:	Dias
Costas arqueadas?		Idade do início em dias:	Dias (99=Desconhecido)
Rigidez?			

Início dos sintomas: ____/_____/_____

TRATAMENTO

Data de internamento _____/_____/_____

Número do registo médico: _____

Endereço do serviço:

Perguntas	**Resposta** 1=S, 2=N, 9=D
Visto em ambulatório?	
Internado?	

COMENTÁRIOS:

RESPOSTA Queira usar a seguinte chave, 1=S, 2=N, 9=D, onde for aplicável.

Perguntas	**Resposta**
A mãe recebeu uma dose de protecção de TT nos 3 meses seguintes à notificação?	
Vacinação suplementar na mesma localidade que o caso?	

Data da resposta: _____/_____/_____

Detalhes da resposta: _____

CLASSIFICAÇÃO FINAL DO CASO: **Tétano neonatal:** ☐ 1=Sim, 2=Não, 9=Desconhecido

INVESTIGADOR

Nome: _____ Título:_____

Unidade: _____ Endereço: _____

Telefone:_____

ANEXO 9H Tuberculose – TB-MR e TB-UR - formulário de notificação baseada em casos

Formulário de notificação baseada em casos de tuberculose multi-resistente e tuberculose ultra-resistente																												
País:					**Ano:**																							
Trimestre:					**Mês:**				**Resultados do teste de sensibilidade aos medicamentos (S=sensível; R=resistente; I=intermédio; D=desconhecido)**																			
Identifica-dor de caso único (Ano da detecção – Código do país – Número no registo da Tb)	Sexo (F/M)	Idade (Ano)	Data do diagnósti-co (d/m/a)	Tipo de notifica-ção (TB MR* ou TB UR**)	Sítio da TB (Pulmonar ou extra pulmonar)	Tipo de caso de TB (Novo /Recaída /Após ausência /Após falha do primeiro tratamento / Após falha do novo tratamento /Transferência /Outro)	Estado do tratamento do doente (em tratamento /não em tratamento /desconhe-cido)	Estado VIH (positivo /negativo /desconhe-cido)	H	R	E	Z	S	Th	Am	Km	Cm	Cfx	Ofx	Lfx	Mfx	Gfx	Gfx	Pto	Eto	Cs	PAS	Other (Specify)

* TB MR = resistência, pelo menos, à isoniazida e Rifampicina

** TB UR = TB MR mais: resistência a qualquer fluoroquinolona, como a ciprofloxacina, Oxfloxacina, etc., resistência, pelo menos, um dos três medicamentos de segunda linha injectáveis anti-TB (capreomicina, canamicina e amicacina).

Medicamentos de primeira linha: H = Isoniazida R = Rifampicina E = Etambutol Z = Pirazinamida S = Estreptomicina Th = Tioacetazona

Medicamentos de segunda linha: Am=Amicacinc Km=canamicina Cm=Capreomicina Cfx=Ciprofloxacina Ofx=Ofloxacina Lfx=Levofloxacina Mfx=Moxifloxacina Gfx=Gatifloxacina Pto=Protionamida Eto=Etionamida Cs=Cicloserina PAS=P- Ácido aminosalicílico

ANEXO 9I Febre hemorrágica viral – formulário de notificação dos casos

Formulário da IDSR para notificação dos casos de febre hemorrágica viral		
Variáveis / Perguntas		**Respostas**
1	Data da detecção (d/m/a)	
2	Local da detecção (Unidade de saúde ou comunidade)	
3	Número de identificação do doente (aaaa-semana-CCC-PPP-DDD-local da notificação-nnn)	
4	Último nome do doente	
5	Primeiro nome do doente	
6	Idade (anos)	
7	Sexo (F/M)	
8	Número de pessoas na mesma casa	
9	Número de outros contactos	
10	Morada do doente	
11	Aldeia/Cidade	
12	Bairro	
13	Distrito	
14	Província	
15	País	
16	Data de início dos sintomas (dia/mês/ano)	
17	Sintomas observados e sinais clínicos	
18	O doente esteve exposto a algum factor de risco conhecido para esta doença? (Sim/Não)	
19	Em caso afirmativo, especificar os factores de risco	
20	Resultados laboratoriais	
21	Classificação final (não é um caso, suspeito, provável, confirmado laboratorialmente, confirmado por ligação epidemiológica, pendente)	
22	Resultado (morreu, sobreviveu, desconhecido)	
23	Final do contacto mais recente acompanhado (dia/mês/ano)	
24	Outras Notas e Observações	
25	Data da última actualização deste registo (dia/mês/ano)	

ANEXO 9J Febre hemorrágica viral – formulário de investigação dos casos

ID do caso
Data da recepção: ___/___/___
País: _____

Data da detecção do caso ___/___/___
Este caso foi notificado por *(assinalar a resposta certa e especificar)*
☐ Equipa móvel, # _____ ☐ Centro de saúde_____ ☐ Hospital _____
☐ Outros:_____
Formulário preenchido por (primeiro e último nome)_____
Informação fornecida por (primeiro e último nome) _____
Ligação familiar com o doente_____

Identidade do doente
Primeiro nome:_____ Último nome_____
Alcunha _____
Para os bebés, filho/filha de (nome do pai) _____
Data de nasc.: ___/___/___ Idade (anos)_____ Sexo ☐ M ☐ F
Morada permanente: Chefe de família (primeiro e último nome) _____
Aldeia/Subúrbio _____ País_____ GPS lat. _____ long. _____
Nacionalidade: _____ Grupo étnico _____
Profissão do doente *(assinalar a resposta certa)*
☐ Mineiro ☐ Dona de casa ☐ Caçador/comerciante de caça ☐ Crianças
☐ Estudante ☐ Agricultor ☐ Profissional de saúde, informações: Nome da instituição de saúde_____ _____ Serviço _____ qualificação _____
☐ Outros _____

Estado do doente
Estado do doente na detecção ☐ Vivo ☐ Morto Se morto, queira especificar a data do óbito: ___/___/___
Local do óbito: ☐ Comunidade, nome da aldeia _____ País_____
☐ Hospital, nome e serviço _____País _____
Local do funeral, nome da aldeia: _____ País _____

História da doença
Data de início dos sintomas: __/___/___
Nome da aldeia onde o doente adoeceu _____ *País*_____
O doente viajou durante a doença : ☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhecido
Em caso afirmativo, indicar os locais e o país:
Aldeia _____ Centros de saúde _____ País_____
_____ Centros de saúde _____ País_____
O doente teve febre**?** ☐ Sim ☐ Não ☐ Desc. Em caso afirmativo, data do início da febre: ___/___/___

O doente tem ou teve os seguintes sintomas (*assinalar o que se aplicar)*

Dores de cabeça:	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.	Erupção cutânea	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.
Vómitos/Náuseas	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.	Hemorragia no local da injecção	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.
Anorexia/Falta de apetite	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.	Sangramento das gengivas	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.
Diarreia	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.	Sangramento nos olhos (olhos raiados)	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.
Fadiga intensa	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.	Fezes pretas ou com sangue	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.
Dores abdominais	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.	Sangue no vómito	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.
Dores nos músculos ou articulações	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.	Hemorragia nasal	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.
Dificuldade em engolir	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.	Hemorragia vaginal	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.
Dificuldade em respirar	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.	Soluços	☐ Sim	☐ Não	☐ Desc.

ID do caso
Data da recepção: ___/___/___
País:_____

Riscos de exposição

- O doente foi hospitalizado ou visitou alguém no **hospital** durante as três semanas antes de adoecer?
  ☐Sim ☐ Não ☐ Desc.; Em caso afirmativo, onde _____entre (datas)___/___/__ e__/___/__
- O doente teve a visita ou consultou um **curandeiro tradicional** durante as três semanas antes de adoecer ou durante a doença? ☐ Sim ☐ Não ☐ Desc.; Em caso afirmativo, nome do curandeiro tradicional _____Aldeia _____ País _____; Onde e quando se estabeleceu o contacto? Local _____ data: __/___/___
- O doente tomou medicamentos tradicionais? ☐ Sim ☐ Não ☐ Desc.; Em caso afirmativo, explicar de que tipo: _____
- O doente assistiu a **cerimónias fúnebres** durante as três semanas antes de adoecer? ☐ Sim ☐ Não ☐ Desc.;
- O doente **viajou** em qualquer altura durante as três semanas antes de adoecer?☐ Sim☐ Não ☐ Desc.
  Em caso afirmativo, onde _____ entre (datas) ___/___/___ e ___/___/___
- O doente teve contacto com um **caso suspeito conhecido** em qualquer altura durante as três semanas antes de adoecer? ☐ Sim ☐ Não ☐ Desc.; Em caso afirmativo, último nome _____ primeiro nome _____ ID do caso
- Durante o contacto, o caso suspeito estava ☐ vivo ☐ morto data do óbito ___/___/___
  Data do último contacto com o caso suspeito ___/___/___
- O doente teve contacto com algum **animal selvagem** (primata não humano ou outros), que tenha sido encontrado morto ou doente na selva, ou animal com comportamento anormal durante as três semanas antes de adoecer?
  ☐ Sim ☐ Não☐ Desc.; Em caso afirmativo, tipo de animal _____local_____ data ___/___/___

Foi colhida alguma amostra? ☐ Sim ☐ Não ☐ Desc.; Em caso afirmativo, data___/___/___
☐ Amostra de sangue ☐ Urina ☐ Saliva ☐ Biópsia da pele
O doente foi enviado a um hospital? ☐ Sim ☐ Não
O doente foi internado na enfermaria de isolamento? ☐ Sim ☐ Não
Em caso afirmativo, nome do hospital_____ N.º do hospital _____ Data de hospitalização ___/___/__

Actualização da informação sobre o hospital ID do caso: _____
Data da recepção: ___/___/___ País:_____ Membro da família que ajudou o doente: _____
Primeiro e último nome _____ Data da alta___/___/___ou Data do óbito___/___/___
Laboratório
A amostra foi colhida ☐ antes do óbito ☐ após o óbito
Data da amostra ___/___/___ Data dos resultados ___/___/___ ID Lab _____
Amostra☐ sangue ☐ sangue com anticoagulantes ☐ biópsia da pele ☐ função cardíaca ☐ outras: _____

Resultados	PCR	☐ pos.	☐ neg.	☐ NA	data ___/___/___
Detecção de antigénios		☐ pos.	☐ neg.	☐ NA	data ___/___/___
Anticorpos IgM		☐ pos.	☐ neg.	☐ NA	data ___/___/___
Anticorpos IgG		☐ pos.	☐ neg.	☐ NA	data ___/___/___
Imunohistoquímica		☐ pos.	☐ neg.	☐ NA	data ___/___/___

Resultado *(verificado 4 semanas após o início dos sintomas)*
☐ vivo ☐ morto; se morto, data do óbito ___/___/___

Classificação do caso
☐ Caso de alerta ☐ Suspeito ☐ Provável ☐ Confirmado ☐ Não caso