



NOTA INFORMATIVA CEVS Nº 4

Assunto: Doenças e agravos em eventos adversos de chuvas intensas

Porto Alegre, 28 de julho de 2026.

Em virtude das doenças e agravos que podem advir das chuvas intensas, reforça-se a importância da vigilância epidemiológica e do manejo adequado das situações de saúde diretamente associados ao contato com águas contaminadas e situações de risco relacionadas a chuvas intensas.

A fim de aumentar a sensibilidade e a oportunidade do monitoramento, assim como prover um mecanismo de coleta momentâneo de informações até reestabelecimento de Sistemas Oficiais de Informação (SOI), solicita-se que, além do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) ou outro SOI, seja preenchido o [Comunicação de Agravos Prioritários durante Evento Adverso de Chuvas Intensas](#).

Ressalta-se que o registro neste link complementar é fundamental para orientar as ações imediatas de vigilância, mas não exime a obrigação do preenchimento e notificação compulsória nos sistemas oficiais.

1. Tétano Acidental

A infecção ocorre pela contaminação de ferimentos superficiais ou profundos de qualquer natureza (ex: queimaduras, feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo, mordeduras, politraumatismos e fraturas expostas). As inundações propiciam a disseminação e persistência do agente (*Clostridium tetani*) no ambiente (solo, água suja, destroços, galhos, poeira, objetos de madeira, vidro e metal). **O período compreendido entre o ferimento** (provável porta de entrada do bacilo) **e o primeiro sinal ou sintoma** pode variar **de 03 a 21 dias**, sendo que quanto menor for o tempo de incubação, maior a gravidade e pior o prognóstico da doença. Sempre que houver lesão na pele/mucosa, lavar o local com água e sabão e procurar o serviço de saúde mais próximo para avaliar a necessidade de utilização de vacina e/ou soro antitetânico (**Figura 1A**).

1.1 Manifestações clínicas: são causadas pela exotoxina produzida pelo agente e caracterizam-se por hipertônias musculares mantidas, febre baixa ou ausente, hiperreflexia profunda, espasmos e contraturas paroxísticas que se manifestam à estimulação do paciente (estímulos táteis, sonoros, luminosos ou alta temperatura). Os sintomas iniciais costumam ser relacionados com a dificuldade de abrir a boca (trismo e riso sardônico) e de deambular. Com a progressão da doença pode haver dificuldade de deglutição (disfagia), rigidez de nuca, rigidez paravertebral (opistótono), hipertonia da musculatura torácica, músculos abdominais e de membros inferiores.

1.2 Diagnóstico: é clínico e **não depende de confirmação laboratorial**. Os exames laboratoriais auxiliam no tratamento do paciente e no controle das complicações.

1.3 Tratamento: hospitalização imediata em unidade assistencial apropriada, sendo que casos graves têm indicação de terapia intensiva, onde há suporte técnico necessário ao seu manejo e complicações. Princípios básicos do tratamento: sedação do paciente, para relaxamento muscular; neutralização da toxina tetânica com soro antitetânico/imunoglobulina humana antitetânica; debridamento do ferimento foco da infecção e medidas gerais de suporte. A penicilina G cristalina ou o metronidazol são os antibióticos de escolha na eliminação do *C. tetani*.

FIGURA 1A - Esquema de condutas profiláticas de acordo com o tipo de ferimento e a situação vacinal

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO PRÉVIA CONTRA TÉTANO	FERIMENTOS COM RISCO MÍNIMO DE TÉTANO ^a			FERIMENTOS COM ALTO RISCO DE TÉTANO ^b		
	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas
Incerta ou menos de três doses	Sim ^c	Não	Limpar e desinfetar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e desbridar o foco de infecção.	Sim ^c	Sim	- Desinfetar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados. - Desbridamento do ferimento e lavagem com água oxigenada.
Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de cinco anos	Não	Não		Não	Não	
Três ou mais doses, sendo a última dose há mais de cinco e menos de dez anos	Não	Não		Sim (um reforço)	Não ^d	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos	Sim	Não		Sim (um reforço)	Não ^d	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos em situações especiais	Sim	Não		Sim (um reforço)	Sim ^e	

Fonte: DPNI/SVSA/MS. [Guia de Vigilância e Saúde, 6ª ed, 2024](#)

a Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados. b Ferimentos profundos ou superficiais sujos; com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas. c Vacinar e aprazar as próximas doses para complementar o esquema básico. Essa vacinação visa proteger contra o risco de tétano por outros ferimentos futuros. Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com soro antitetânico (SAT) ou imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT). Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes. d Para paciente imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina, está também indicada IGHAT ou SAT. e Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

1.4 Soro antitetânico: utilizado para prevenção e tratamento (a **Figura 1B** traz as diferentes posologias), sendo que a indicação depende do tipo e das condições do ferimento, assim como da situação vacinal do paciente e das informações relativas ao uso anterior do soro antitetânico. Sua administração só deve ser realizada em serviços de saúde preparados para o tratamento de

complicações, o que implica na existência de equipamentos de emergência e a presença do médico.

Em casos de hipersensibilidade ao soro antitetânico, indivíduos imunodeprimidos, dentre outras situações específicas, é indicada a utilização de **imunoglobulina humana antitetânica**.

FIGURA1B - Recomendação para neutralização da toxina tetânica e uso profilático

IMUNOBIOLÓGICO	DOSAGEM	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT)	Dose profilática (250 UI) Dose terapêutica (500 UI) ^a	Intramuscular	Aplicar em grupo muscular diferente daquele no qual for aplicada a vacina que contenha o toxoide tetânico.
Soro antitetânico (SAT) ^b	Dose profilática (5.000 UI) Dose terapêutica (20.000 UI)	Intramuscular ou endovenosa	• Se intramuscular, administrar em duas massas musculares diferentes. • Diluir em soro fisiológico ou glicosado a 5%.

Fonte: DPNI/SVSA/MS. [Guia de Vigilância e Saúde, 6ª ed, 2024](#)

1.5 Imunidade e Suscetibilidade: a imunidade é conferida pelas vacinas com toxoide tetânico (Pentavalente, DTP, dTpa, dT). Conforme a possibilidade de organização dos serviços de saúde durante a calamidade, deve-se considerar a oferta da vacina antitetânica à população. Na **Figura 1A**, está disponível o esquema de condutas profiláticas do tétano de acordo com o tipo de ferimento e a situação vacinal.

A verificação do estado vacinal deve ser realizada em qualquer oportunidade possível, incluindo-se os atendimentos de profilaxia de raiva humana ou atendimentos para cuidados com ferimentos, ainda que a suspeita de tétano independa de situação vacinal.

1.6 Vigilância Epidemiológica: o tétano acidental (TA) é doença de notificação compulsória, com [ficha específica](#) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) NET. *Nesse momento deve ser registrado também no [Formulário de Comunicação de Agravos Prioritários durante Situação de Calamidade](#).*

Caso Suspeito de Tétano Acidental (TA)

Todo paciente acima de 28 dias de vida que apresente um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: disfagia, trismo, riso sardônico, opistótono, contraturas musculares localizadas ou generalizadas, com ou sem espasmos, independentemente da situação vacinal, da história de tétano e de detecção ou não de solução de continuidade de pele ou mucosas.

2 Hepatite A

No contexto de enchentes e inundações, a infecção ocorre principalmente pela veiculação hídrica e alimentos contaminados. **O período de incubação pode variar de 15 a 45 dias, com média de 30 dias.**

2.1 Manifestações clínicas: geralmente, quando presentes, os sintomas da hepatite A são inespecíficos e podem se manifestar inicialmente como fadiga, mal-estar, febre e dores musculares. Esses sintomas podem ser seguidos por manifestações gastrointestinais, como náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia ou constipação. A urina escura (colúria) pode surgir antes do aparecimento da icterícia, caracterizada pela coloração amarelada da pele e dos olhos. Os sintomas costumam durar menos de dois meses.

2.2 Diagnóstico: o diagnóstico da infecção aguda ou recente pelo vírus da hepatite A é realizado por meio de exame de sangue, no qual é pesquisada a presença de anticorpos anti-HAV IgM. Esses anticorpos podem ser detectados pouco antes ou no início da manifestação dos sintomas clínicos e permanecem detectáveis, geralmente, por cerca de seis meses.

Na impossibilidade de realização da sorologia nos laboratórios da rede local, a amostra deverá ser encaminhada para o Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (LACEN/RS) para realização de sorologia anti-HAV IgM conforme as instruções abaixo:

- Coleta de soro ou plasma em tubos com gel separador: devem ser centrifugados antes de refrigerar **E** não podem ser congelados.
- Manter de 4°C a 8°C.
- Transportar em caixa térmica com gelo reciclável, devendo chegar ao Laboratório no máximo até 10 dias após a coleta.
- Para envio ao LACEN/RS, as amostras devem ser cadastradas no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).

Recomenda-se que os casos primários tenham coleta de sorologia para confirmação laboratorial. Na medida em que houver configuração de surtos, ou de casos secundários vinculados a casos confirmados laboratorialmente, admite-se a confirmação de casos por critério clínico-epidemiológico.

2.3 Tratamento: O tratamento é sintomático, visando ao alívio de febre, náuseas, vômitos e outros sintomas, quando necessário. Recomenda-se repouso relativo, alimentação conforme a aceitação do paciente, hidratação adequada e evitar a automedicação, especialmente com medicamentos potencialmente tóxicos ao fígado. A hospitalização é indicada apenas nos casos de insuficiência hepática aguda.

2.4 Imunidade e suscetibilidade: A infecção pelo vírus da hepatite A ou a vacinação conferem imunidade duradoura, considerada protetora por toda a vida. **Indivíduos com comprovação vacinal ou com resultado de anti-HAV IgG reagente documentado não necessitam de vacinação, mesmo em situações de surtos.** A vacina contra hepatite A é disponibilizada na rotina do Programa Nacional de Imunizações (PNI) para crianças de **12 meses até 4 anos, 11 meses e 29 dias, em dose única.** Pessoas com condições clínicas especiais devem seguir as recomendações do **Manual do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).** A vacinação está indicada para:

- pessoas com hepatopatias crônicas de qualquer etiologia, incluindo portadores do vírus da hepatite C (VHC);
- portadores crônicos do vírus da hepatite B (VHB);
- pessoas com coagulopatias;
- pessoas vivendo com HIV/aids;
- pessoas com imunodepressão terapêutica ou decorrente de doenças imunodepressoras;
- pessoas com doenças de depósito;
- pessoas com fibrose cística (mucoviscidose);
- pessoas com trissomias;
- candidatos a transplante de órgão sólido cadastrados em programas de transplante;
- transplantados de órgão sólido (TOS);
- receptores de transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH);
- doadores de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas cadastrados em programas de transplante;
- pessoas com hemoglobinopatias;
- pessoas com asplenia anatômica ou funcional e doenças relacionadas.
- usuários de PrEP (profilaxia pré-exposição ao HIV), conforme recomendações vigentes.

2.5 Vacinação em situações de surto: Em situações de surto (definido pela ocorrência de dois ou mais casos confirmados laboratorialmente em uma mesma instituição ou abrigo), recomenda-se a vacinação de bloqueio para grupos específicos, incluindo:

- pessoas com 12 anos ou mais em situação de abrigamento e/ou instituições com alto risco de transmissão;
- gestantes em situação de abrigamento;
- contactantes sexuais de casos confirmados;
- contactantes domiciliares de casos confirmados, na faixa etária de 11 a 39 anos.

Nessas situações, a vacina deve ser administrada, preferencialmente, em até 14 dias após a exposição ao caso confirmado.



2.6 Vigilância Epidemiológica: A hepatite A é um agravo de notificação compulsória regular e todos os casos confirmados e surtos devem ser notificados em até 7 dias, em [ficha específica](#), no SINANNET. Com a finalidade de aumentar a sensibilidade da vigilância epidemiológica nesta situação de enchentes, orienta-se que *os casos confirmados e suspeitos sejam comunicados no* [Formulário de Comunicação de Agravos Prioritários durante Evento Adverso de Chuvas Intensas](#).

Caso confirmado de Hepatite A:

Indivíduo que apresente:

- anti-HAV IgM reagente; OU
- indivíduo que atenda à definição de caso suspeito e apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A; OU
- indivíduo que apresente menção de hepatite A na Declaração de Óbito, incluindo casos confirmados após investigação do óbito.

Caso suspeito de Hepatite A para monitoramento: Indivíduo que desenvolveu **icterícia súbita**, com ou sem: febre, mal-estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria, acolia fecal **OU** indivíduo anictérico que apresente um ou mais desses sintomas e aumento de aminotransferases.

3 Leptospirose

A infecção ocorre pela penetração do micro-organismo causador na pele lesionada em contato com a água contaminada ou pela pele íntegra imersa por longos períodos. **É uma doença de alta incidência no contexto de enchentes. O período de incubação dura em média de 05 a 14 dias, podendo variar de 01 a 30 dias.**

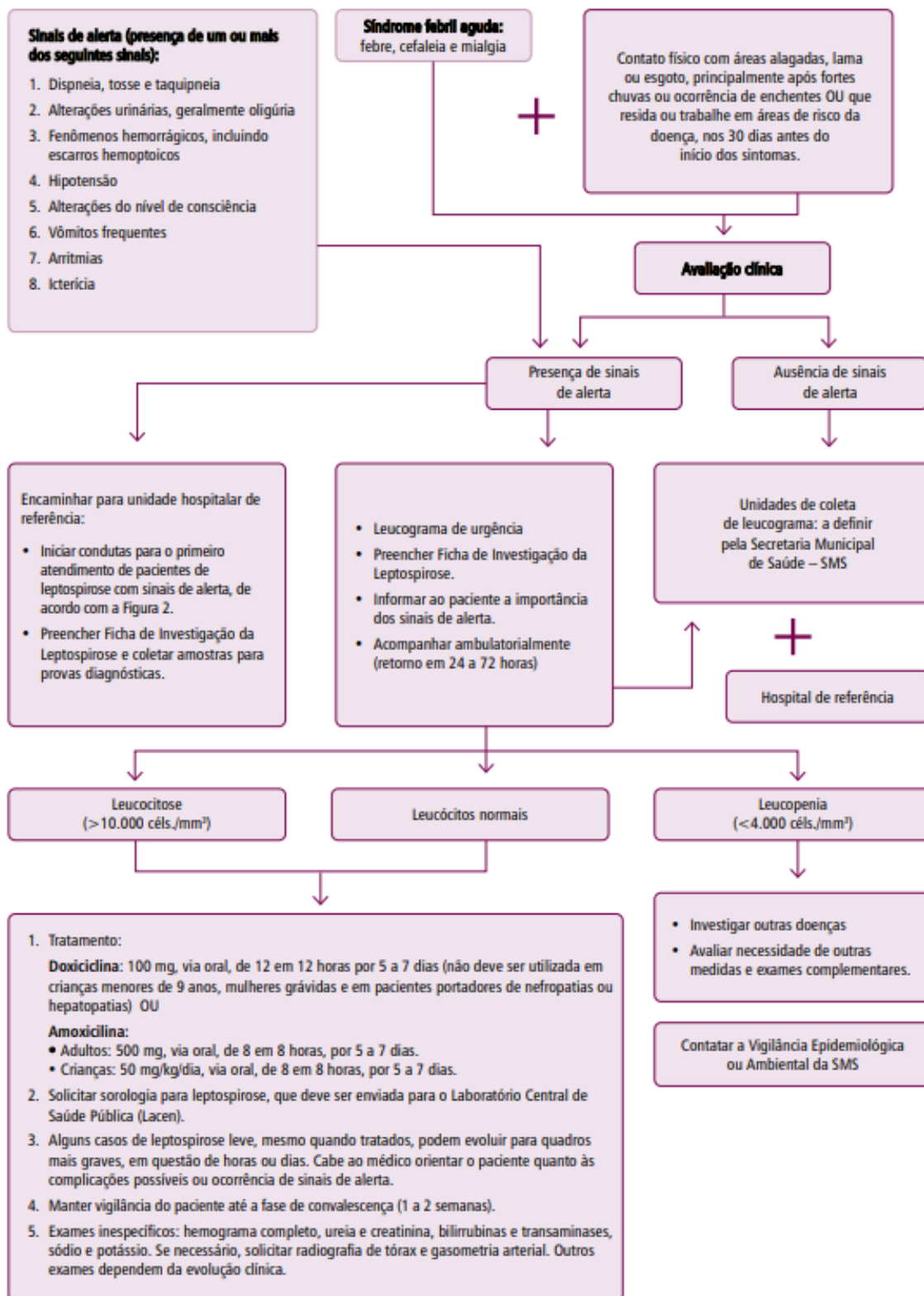
3.1 Manifestações clínicas: na fase precoce ocorre o início súbito de manifestações como febre, cefaleia, mialgias (principalmente dor na panturrilha), náuseas e vômitos, com possibilidade de sintomas mais característicos, como hemorragia conjuntival e fotofobia. Na fase tardia, a manifestação clássica é a síndrome de Weil, marcada por icterícia intensa com tonalidade alaranjada, insuficiência renal aguda e hemorragias, incluindo pulmonar.

3.2 Diagnóstico: se houver a possibilidade deve-se coletar exames inespecíficos, como hemograma com contagem de plaquetas, transaminases, bilirrubinas, ureia e creatinina. ***Há indicação de coleta de amostra entre o 3º e 6º dia de início de sintomas para realização de PCR no LACEN/RS.*** O resultado positivo confirma a suspeita, mas o negativo não exclui – neste caso, orienta-se nova coleta a partir do 7º dia de início dos sintomas para sorologia. O material consiste em 2ml de soro, acondicionado em tubo de ensaio, que deve ser enviado em até 7 dias ao LACEN/RS, mantido sob refrigeração de 2°C a 8°C. As amostras devem ser cadastradas no Sistema de Gerenciamento do Ambiente Laboratorial (GAL). **Entretanto, admite-se a confirmação de caso por critério clínico-epidemiológico quando não há possibilidade de coleta.**

3.3 Tratamento: O tratamento com o uso de antibióticos deve ser iniciado no momento da suspeita, especialmente na fase precoce. Para os casos leves, o atendimento é ambulatorial, mas, nos casos graves, a hospitalização deve ser imediata, visando evitar complicações e diminuir a letalidade.

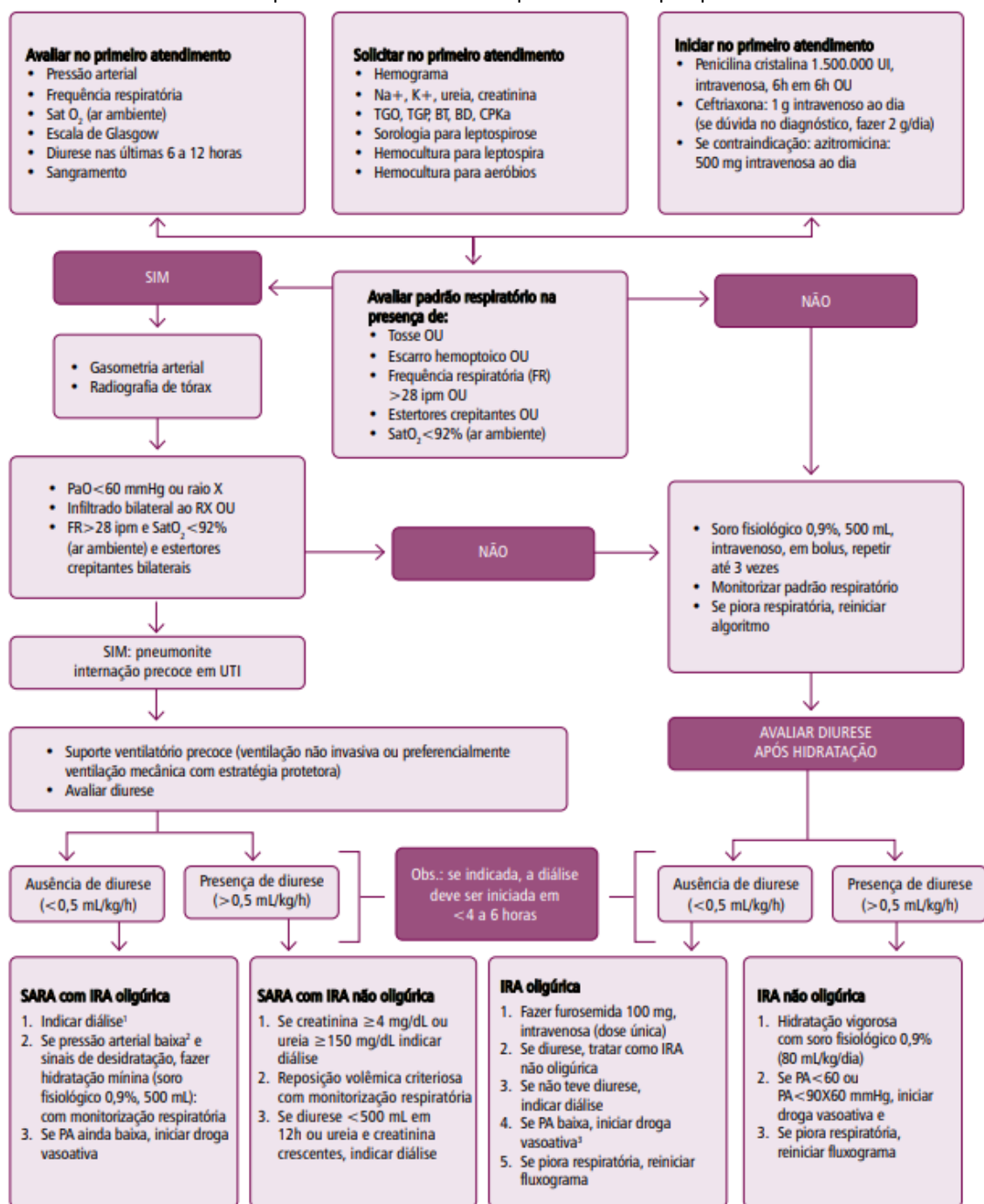
A antibioticoterapia está indicada em qualquer período da doença, mas sua eficácia costuma ser maior na 1ª semana do início dos sintomas. Na fase precoce, são utilizados Doxiciclina ou Amoxicilina; para a fase tardia, Penicilina cristalina, Penicilina G cristalina, Ampicilina, Ceftriaxona ou Cefotaxima. Nas **Figuras 3A e 3B**, estão disponíveis os fluxogramas de condutas clínicas diante de um paciente com síndrome febril aguda suspeita de leptospirose e no primeiro atendimento de pacientes com leptospirose e com sinais de alerta.

FIGURA 3A - Conduta médica diante de um paciente com síndrome febril aguda suspeita de leptospirose



Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-3-6a-edicao>; acesso em 22/07/2026

FIGURA 3B - Conduta clínica no primeiro atendimento de pacientes de leptospirose e com sinais de alerta



Fonte: DEDT/SVSA/MS. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-3-6a-edicao>

10 método dialítico preferencial é a hemodiálise. O tempo do início dos cuidados até a diálise deve ser no máximo de 4 horas. 2Pressão arterial (PA) baixa: PA média

3.4 Vigilância Epidemiológica: A leptospirose é uma doença de notificação compulsória. Todos os casos suspeitos devem notificados imediatamente em até 24 horas para a Secretaria Municipal de Saúde, na [Ficha de Investigação Individual específica para a doença](#), no SINANNET. Além da notificação neste sistema, *orienta-se o registro também no [Comunicação de Agravos Prioritários durante Evento Adverso de Chuvas Intensas](#).*

Frente a situações de inundações e possível acometimento de um grande contingente populacional, o Ministério da Saúde recomenda a utilização de uma definição mais sensível para a doença:

Caso Suspeito de Leptospirose (em situações de enchente e inundações)

Indivíduo que apresente febre e que teve contato com água ou lama de inundação no período de até 30 dias anteriores ao início dos sintomas.



4 Acidentes com Animais Peçonhentos

Caracterizam-se pelo envenenamento causado pela inoculação de toxinas por meio do aparelho inoculador de animais peçonhentos, como cobras, aranhas e escorpiões. Geralmente, as manifestações locais se evidenciam logo após as primeiras horas do acidente. **No contexto de enchentes, a maior probabilidade é de ocorrência de acidentes com cobras da espécie *Bothrops sp* (jararacas).**

4.1 Manifestações clínicas: as manifestações são inicialmente locais e posteriormente sistêmicas, e podem mudar de acordo com a espécie envolvida no acidente. Geralmente se caracterizam por dor, equimose ou edema na região da picada, que pode progredir ao longo do membro acometido. Nem sempre vai haver marcas no local de inoculação. Pode haver o surgimento de bolhas que evoluem para necrose. As manifestações sistêmicas variam de sangramentos em pele e mucosas, manifestações neurotóxicas, como turvação visual e paralisias, sudorese, agitação psicomotora, náuseas e vômitos.

4.2 Diagnóstico: é clínico, sendo que não existem provas diagnósticas específicas para a identificação das toxinas. Recomenda-se a realização de eletrocardiograma e exames laboratoriais inespecíficos, como tempo de coagulação, tempo de protrombina, hemograma com contagem de plaquetas, glicemia.

4.3 Tratamento: é realizado com a aplicação do soro antiveneno próprio para a toxina da espécie envolvida no acidente. Os soros estão disponíveis em hospitais estratégicos para a região, visto que essa aplicação deve ser realizada em ambiente hospitalar, com monitoramento das condições do paciente durante a infusão.

O número de ampolas para uso no tratamento depende da classificação do acidente em leve, moderado ou grave. Existe a possibilidade de reação de hipersensibilidade imediata, mas não se deve realizar testes de sensibilidade cutânea: além de não prever a ocorrência da reação, a realização destes testes retarda o início da soroterapia. O paciente deve ser monitorado para a detecção precoce de sinais sugestivos de anafilaxia (broncoespasmo, hipotensão, urticária, entre outros). Outros sintomas, como a dor, podem ser controlados com tratamento sintomático. **Na Figura 4, estão disponíveis as condutas de avaliação e classificação em acidentes botrópicos.**

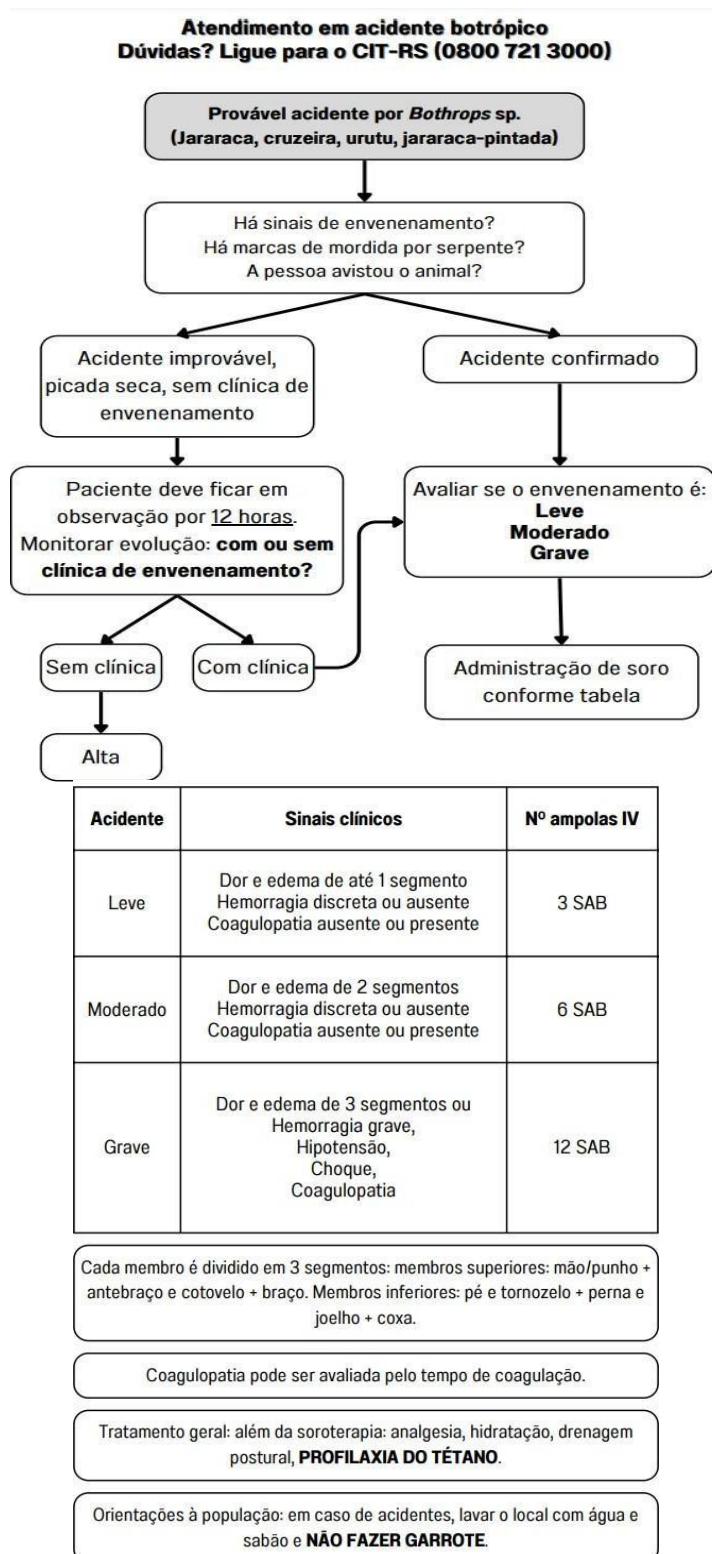
Importante revisar o esquema de vacina antitetânica do paciente acidentado.

4.4 Vigilância Epidemiológica: Os acidentes com animais peçonhentos são agravos de notificação compulsória. Todos os acidentes devem ser notificados na [Ficha de Investigação Individual específica](#) para o agravo no SINANET. *Neste período de chuvas intensas, orienta-se fazer o registro também no [Formulário de Comunicação de Agravos Prioritários durante Evento Adverso de Chuvas Intensas.](#)*

Caso de acidente com animal peçonhento

Paciente com evidências clínicas de envenenamento, específicas para cada tipo de animal, independentemente do animal causador do acidente ter sido identificado ou não.

FIGURA 4 - Condutas de avaliação e classificação em acidentes botrópicos



Fonte: Centro de Informações Toxicológicas (CIT)/RS

5 Atendimento Antirrábico Humano

É o conjunto de medidas necessárias para prevenção da raiva humana em situações de contato com animais mamíferos, como mordeduras, arranhaduras ou lambeduras em mucosas ou pele lesionada. Pode ser iniciada a qualquer tempo, independentemente do tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento. O contato indireto com objetos potencialmente contaminados ou lambadura de pele íntegra não tem indicação para profilaxia.

5.1 Informações gerais sobre conduta: as medidas de profilaxia dependem da espécie animal envolvida no acidente, do tipo de contato, e, quando há lesões, da gravidade dos ferimentos e da parte do corpo atingida. Os acidentes são classificados em leves ou graves, e podem envolver medidas gerais de cuidado, aplicação de vacina e/ou soro antirrábico conforme a classificação.

Se houver ferimento, a primeira medida é lavá-lo imediatamente com água e sabão. Se disponíveis, podem-se aplicar antissépticos como álcool iodado ou clorexidina. Não é recomendada a sutura do ferimento. Se necessário, realiza-se a aproximação das bordas com curativo ou com pontos isolados. Se for necessária a infiltração do soro nas lesões, ela deve ser realizada 1 hora antes da aproximação.

O soro, quando indicado, deve ser **aplicado em ambiente hospitalar**. A quantidade de soro depende do tamanho da lesão ou do peso corporal do paciente (quando as lesões não puderem ser todas identificadas). O soro deve ser infiltrado nas lesões ou administrado por via intramuscular, em musculatura o mais próximo da lesão, em grupo muscular diferente da aplicação da vacina. A via de administração depende do tipo de acidente e da espécie envolvida.

Na **Figura 5A** estão disponíveis as Condutas na profilaxia da raiva humana pós-exposição e na **Figura 5B** está o Fluxograma do atendimento antirrábico humano.

FIGURA 5A - Condutas na profilaxia da raiva humana pós-exposição

PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA DISQUE SAÚDE 136					
TIPO DE EXPOSIÇÃO	ANIMAL AGRESSOR				
	CÃO OU GATO		MAMÍFERO DOMÉSTICO DE INTERESSE ECONÔMICO (bovídeos, equídeos, caprinos, suínos e ovinos)	MAMÍFEROS SILVESTRES (ex.: raposa, macaco, sagui)	MORCEGOS
	ANIMAL PASSÍVEL DE OBSERVAÇÃO POR 10 DIAS E SEM SINAIS SUGESTIVOS DE RAIVA	ANIMAL NÃO PASSÍVEL DE OBSERVAÇÃO POR 10 DIAS OU COM SINAIS SUGESTIVOS DE RAIVA			
CONTATO INDIRETO - Tocar ou dar de comer para animais. - Lambedura em pele íntegra. - Contato em pele íntegra com secreções ou excreções de animal, ainda que raivoso ou de caso humano.	- Lavar com água e sabão. - NÃO INDICAR PROFILAXIA	- Lavar com água e sabão. - NÃO INDICAR PROFILAXIA	- Lavar com água e sabão. - NÃO INDICAR PROFILAXIA	- Lavar com água e sabão. - NÃO INDICAR PROFILAXIA	- Lavar com água e sabão. - INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14)
LEVE - mordedura ou arranhadura superficial no tronco ou nos membros, exceto mãos e pés - lambedura de lesões superficiais	- Lavar com água e sabão. - NÃO INICIAR PROFILAXIA. Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva, indicar VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14)	- Lavar com água e sabão. - INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14)	- Lavar com água e sabão. - INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14)		
GRAVE - mordedura ou arranhadura nas mucosas, no segmento cefálico, nas mãos ou nos pés - mordedura ou arranhadura múltiplas ou extensas, em qualquer região do corpo - mordedura ou arranhadura profunda, mesmo que puntiforme - lambedura de lesões profundas ou de mucosas, mesmo que íntactas - mordedura ou arranhadura causado por mamífero silvestre	- Lavar com água e sabão. - NÃO INICIAR PROFILAXIA. Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva, indicar VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e Soro em acidente com gato.	- Lavar com água e sabão. - INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)-	- Lavar com água e sabão. - INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)-	- Lavar com água e sabão. - INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)-	- Lavar com água e sabão. - INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR)-
*VACINA Quatro doses, nos dias 0, 3, 7 e 14	A vacina deverá ser administrada por via intradérmica ou via intramuscular. Via Intradérmica: volume da dose 0,2 ml. O volume da dose deve ser dividido em duas aplicações de 0,1 ml cada e administradas em dois sítios distintos, independente da apresentação da vacina, seja 0,5 ml ou 1,0 ml (dependendo do laboratório produtor). Local de aplicação: inserção do músculo deltoide ou no antebraço. Via Intramuscular: dose total 0,5 ml ou 1,0 ml (dependendo do laboratório produtor). Administrar todo o volume do frasco. Local de aplicação: no músculo deltoide ou vasto lateral da coxa em crianças menores de 2 (dois) anos. Não aplicar no glúteo.				
SORO (SAR ou IGHAR)-	O SAR, ou a IGHAR, deve ser administrado no dia 0. Caso não esteja disponível, aplicar o mais rápido possível até o 7º dia após a aplicação da 1ª dose de vacina. Após esse prazo é contraindicado. Exstindo clara identificação da localização da(s) lesão(ões), recentes ou cicatrizadas, deve-se infiltrar o volume total indicado, ou o máximo possível, dentro ou ao redor da(s) lesão(ões). Se não for possível, aplicar o restante por via IM, respeitando o volume máximo de cada grupo muscular mais próximo da lesão. Soro antirrábico (SAR): 40 UI/kg de peso. Imunoglobulina humana antirrábica (IGHAR): IGHAR 20 UI/kg de peso.				

Fonte: Guia prático de atendimento antirrábico no RS

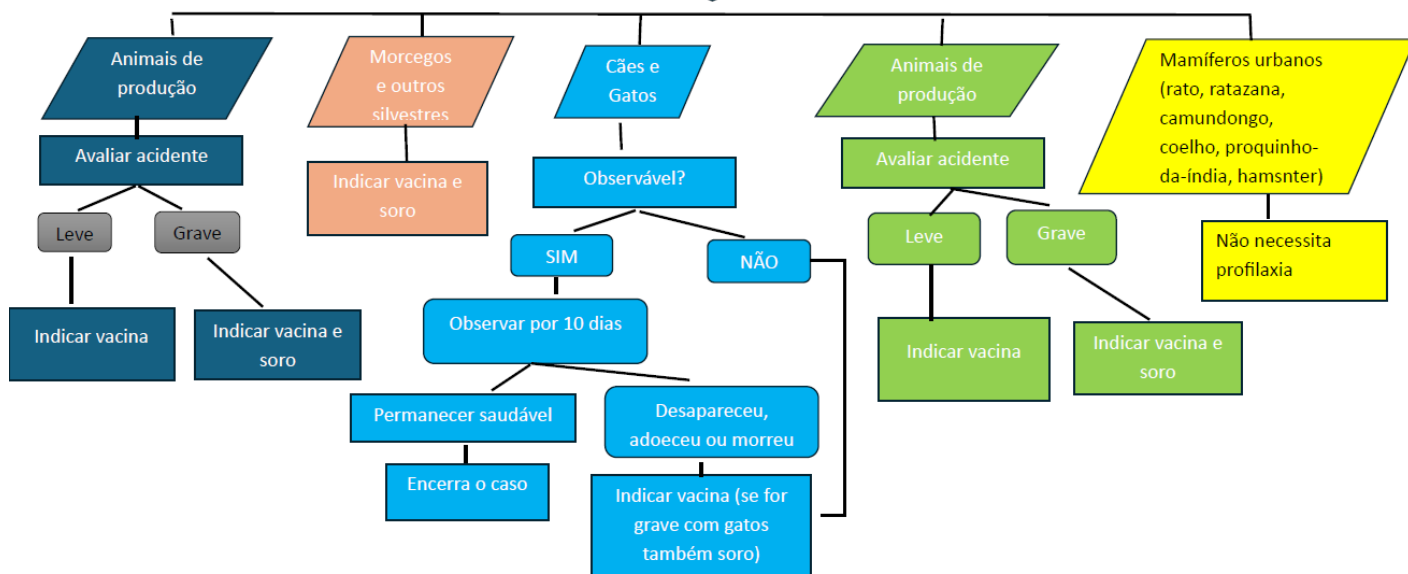
FIGURA 5B - Fluxograma do atendimento antirrábico humano

Atendimento Antirrábico Humano

Paciente vítima de agressão por mamífero

Lavar com água e sabão abundante

Qual espécie animal?



Fonte: Guia prático de atendimento antirrábico no RS

5.2 Vigilância Epidemiológica: O atendimento antirrábico humano é um agravo de notificação compulsória. Todos os casos devem ser notificados na [Ficha de Investigação Individual específica](#) para o agravo (W64), no SINANNET. *Neste período de chuvas intensas, orienta-se fazer o registro também no [Formulário de Comunicação de Agravos Prioritários durante Evento Adverso de Chuvas Intensas](#).*

Importante

A ficha de notificação de atendimento antirrábico humano não é a mesma que a suspeita de raiva humana, os formulários são distintos!

6 Doenças Diarreicas Agudas (DDA)

São síndromes caracterizadas pelo aumento do número de evacuações (**mínimo de 03 ou mais episódios no período de 24 horas**), com diminuição da consistência das fezes, geralmente líquidas ou semilíquidas, que podem ter duração de até 14 dias.

6.1 Manifestações Clínicas: além das presentes na definição de caso, o quadro pode ser acompanhado de náusea, vômito, febre e dor abdominal. Em geral, são doenças autolimitadas. Em alguns casos, há presença de muco e sangue (disenteria).

6.2 Diagnóstico: é essencialmente clínico, com base na definição de caso de DDA. Em situações de surto, com número elevado de casos, orienta-se a coleta oportuna de 2 a 5 amostras clínicas pareadas para a pesquisa de vírus e bactérias: coletar fezes in natura e swab fecal. As fezes "in natura" devem ser enviadas o mais rápido possível para a virologia do LACEN/RS em pote de plástico rígido com tampa de rosca bem fechado. Enviar no máximo até 5 dias, em uma caixa térmica com gelo reciclável.

- Para Rotavírus – Norovírus as amostras devem ser coletadas até 5 dias do início dos sintomas, no máximo 8º dia.
- Para enterovírus na fase aguda, o mais cedo possível, no máximo até 14 dias do início dos sintomas.
- Quando solicitadas as duas Pesquisas (Rotavírus – Norovírus e Enterovírus): coletar amostras separadas (2 potes para cada doente) e fazer cadastro separado no GAL.
- O Swab fecal pode ter meio de transporte Cary-Blair (em caso de falta deste, pode ser usado o meio de transporte Stuart).
- Encaminhar em até 48 horas à temperatura ambiente para a bacteriologia do LACEN/RS. ***O swab fecal deve ser coletado na fase diarreica aguda, antes do início de uso do antibiótico.*** A amostra de swab fecal deve ser cadastrada no GAL como coprocultura.

6.3 Tratamento: o manejo clínico depende dos sinais e sintomas apresentados, especialmente as evidências de desidratação, que irão indicar o plano de tratamento mais adequado, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (**FIGURA 6p1 e p2**).

Todos os serviços de saúde que atenderem casos de Doença Diarreica Aguda devem realizar o tratamento adequado, com **atenção especial às populações mais suscetíveis, como crianças, idosos, gestantes e imunocomprometidos**. O kit de medicamentos do Ministério da Saúde disponibiliza sais de reidratação oral. Outros medicamentos são necessários para o tratamento da desidratação grave, como Soro Fisiológico, Ringer Lactato, Soro Glicosado a 5%, Cloreto de potássio. Embora façam parte do componente básico da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), o município deve estar atento aos seus estoques.

FIGURA 6p1 - Manejo do paciente com diarreia

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE

ETAPAS		A (sem desidratação)	B (com desidratação)	C (com desidratação grave)
OBSERVE	Estado geral ¹	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente*
	Olhos ¹	Sem alteração	Fundos	Fundos
	Sede ¹	Sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Não é capaz de beber*
	Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
	Boca/língua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
EXPLORE	Sinal da prega abdominal ¹	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Perda de peso ²	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
DECIDA		SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com asterisco (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE		PLANO A	PLANO B	PLANO C

¹ Variáveis para avaliação do estado de hidratação do paciente que têm maior relação de sensibilidade e especificidade, segundo a Organização Mundial da Saúde.

² A avaliação da perda de peso é necessária quando o paciente está internado e evolui com diarreia e vômito.

OBSERVAÇÃO: caso haja dúvida quanto à classificação (variáveis de desidratação ou de desidratação grave), deve-se estabelecer o plano de tratamento considerado no pior cenário.

PLANO A PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO		PLANO B PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
A.1 INGERIR/OFERECER MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO: A.1.1 O paciente deve tomar líquidos caseiros (água, chá, suco, água de coco, sopas) ou solução de sais de reidratação oral (SRO) após cada evacuação diarreica e episódio de vômito, em pequenas quantidades e maior frequência. A.1.2 Não utilizar refrigerantes e, preferencialmente, não adoçar o chá ou o suco.		B.1 ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL: B.1.1 Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100 ml/kg (média de 75 ml/kg) para ser administrado no período de 4-6 horas. B.1.2 A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente. B.1.3 A solução de SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação. B.1.4 Se o paciente desidratado, durante o manejo do PLANO B, apresentar vômitos persistentes, administrar uma dose de antiemético ondansetrona: - Crianças de 6 meses a 2 anos: 2 mg (0,2 a 0,4 mg/kg); - Maiores de 2 anos a 10 anos (até 30 kg): 4 mg; - Adultos e crianças com mais de 10 anos (mais de 30 kg): 8 mg.
A.2 MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO: A.2.1 Manter a alimentação habitual – tanto as crianças como os adultos. A.2.2 Criança em aleitamento materno exclusivo – o único líquido que deve ser oferecido, além do leite materno, é a solução de SRO.		B.2. DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO “AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE”: B.2.1 Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A . B.2.2 Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastroclise). B.2.3 Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C .
A.3 LEVAR O PACIENTE IMEDIATAMENTE AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SE: A.3.1 Não melhorar em 2 dias. A.3.2 Apresentar qualquer um dos sinais de alerta abaixo: SINAIS DE ALERTA - Piora da diarreia (ex: aumento da frequência ou do volume) - Sangue nas fezes - Diminuição da diurese - Muita sede - Vômitos repetidos - Recusa de alimentos		B.3 DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU DO ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE, ORIENTAR A: B.3.1 Reconhecer os sinais de desidratação. B.3.2 Preparar e administrar a solução de SRO. B.3.3 Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavar adequadamente as mãos, tratar a água para consumo humano (ingestão) e higienizar os alimentos).
A.4 ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA: A.4.1 Reconhecer os sinais de desidratação e sinais de alerta. A.4.2 Preparar e administrar a solução de sais de reidratação oral. A.4.3 Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água intradomiciliar e higienização dos alimentos).		ATENÇÃO: SE, APÓS 6 HORAS DE TRATAMENTO, NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, ENCAMINHAR AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO.
A.5 ADMINISTRAR ZINCO 1 vez ao dia, DURANTE 10 A 14 DIAS: A.5.1 Até 6 meses de idade: 10 mg/dia. A.5.2 Maiores de 6 meses a menores de 5 anos de idade: 20 mg/dia.		O PLANO B DEVE SER REALIZADO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. O PACIENTE DEVE PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.
IDADE	Quantidade de líquidos que deve ser administrada/ingerida após cada evacuação diarreica	
Menores de 1 ano	50-100 ml	
De 1 a 10 anos	100-200 ml	
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar	

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-diarreicas-agudas/manejo-do-paciente-com-diarreia-avaliacao-do-estado-de-hidratacao-do-paciente-arquivo-com-marcas-de-corte/view> Acesso em 16/05/24

FIGURA 6p1 - Manejo do paciente com diarreia (continuação)

PLANO C PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ENDOVENOSA NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/HOSPITAL				IDENTIFICAR DISENTERIA OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA			
C.1 ADMINISTRAR REIDRATAÇÃO ENDOVENOSA – FASE DE EXPANSÃO E FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO				D.1 VERIFICAR SE O PACIENTE TEM SANGUE NAS FEZES (DISENTERIA) E AVALIAR SEU ESTADO GERAL:			
FASE DE EXPANSÃO – MENORES DE 1 ANO ³				D.1.1 Se apresentar sangue nas fezes e comprometimento do estado geral , conforme o quadro de avaliação do estado de hidratação do paciente e/ou febre alta persistente, dor abdominal, tenesmo ou comprometimento sistêmico: D.1.1.1 Reidratar o paciente conforme os planos A, B ou C definido segundo estado de hidratação. D.1.1.2 Iniciar antibioticoterapia:			
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO		a) CRIANÇAS COM ATÉ 30 kg (até 10 anos): (a partir de 3 meses e sem imunodeficiência) Azitromicina: 10 mg/kg/dia, via oral, no primeiro dia e 5 mg/kg/dia por mais 4 dias; Ceftriaxona: 50 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, como alternativa.			
1º Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	1 hora		NOTA: Crianças menores de 3 meses ou criança com imunodeficiência: • Ceftriaxona: 50 a 100 mg/kg endovenosa 1 vez ao dia. Se não estiver hospitalizada, administrar 1ª dose intramuscular e referenciar ao hospital.			
2º Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	5 horas					
FASE DE EXPANSÃO – A PARTIR DE 1 ANO ³				b) CRIANÇAS COM MAIS DE 30kg (com mais de 10 anos), ADOLESCENTES e ADULTOS: Ciprofloxacino: 1 comprimido de 500 mg de 12/12h, via oral, por 3 dias; Ceftriaxona: 50 a 100 mg/kg intramuscular 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, como alternativa. Observação: crianças com quadro de desnutrição devem ter o primeiro atendimento em qualquer estabelecimento de saúde, devendo-se iniciar hidratação e antibioticoterapia de forma imediata, até que chegue ao hospital.			
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO		D.1.1.3 Orientar o paciente ou acompanhante para aumento da ingestão de líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio. D.1.1.4 Reavaliar o paciente após 2 dias. D.1.1.5 Se persistir a presença de sangue nas fezes após 48 horas do início do tratamento:			
1º Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	30 minutos		SE CRIANÇA (até 10 anos): Encaminhar para internação hospitalar. SE ADULTO, ADOLESCENTE OU CRIANÇAS COM MAIS DE 10 ANOS: • Condições gerais boas: seguir planos A, B ou C, conforme estado de hidratação – não usar antibioticoterapia. • Condições gerais comprometidas: administrar Ceftriaxona 50 a 100 mg/kg, via intramuscular, 1 vez ao dia, por 3 a 5 dias, ou encaminhar para internação hospitalar.			
2º Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	2 horas e 30 minutos		D.2 IDENTIFICAR DIARREIA PERSISTENTE/CRÔNICA			
FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS				D.2.1 Se tiver mais de 14 dias de evolução da doença: D.2.1.1 Encaminhar o paciente para a unidade hospitalar se: • For menor de 6 meses. • Apresentar sinais de desidratação. Nesse caso, reidrate-o primeiro e, em seguida, encaminhe-o a uma unidade hospitalar. Observação: quando não houver condições de encaminhar para a unidade hospitalar, orientar o responsável/accompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual no domicílio enquanto aguarda referência hospitalar. Caso apresente algum sinal de alerta (vide item A 3.2), levar imediatamente a um estabelecimento de saúde para atendimento. D.2.1.2 Pacientes maiores de 6 meses sem sinais de desidratação: encaminhar para consulta médica para investigação e tratamento.			
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO		D.3 OBSERVAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO GRAVE			
3º Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção)	Peso até 10 kg	100 ml/kg		D.3.1 Se o paciente estiver com desnutrição grave: D.3.1.1 E estiver hidratado: encaminhar para o tratamento no estabelecimento de saúde. D.3.1.2 E estiver desidratado: iniciar imediatamente a reidratação e em seguida encaminhar o paciente para o tratamento no estabelecimento de saúde. Entregar ao paciente ou responsável envelopes de SRO em quantidade suficiente e recomendar que continue a reidratação até que chegue ao estabelecimento de saúde em que receberá o tratamento.			
	Peso de 10 a 20kg	1.000 ml + 50 ml/kg de peso que exceder 10 kg					
	Peso acima de 20 kg	1.500 ml + 20 ml/kg de peso que exceder 20 kg (no máximo 2.000 ml)					
+				D.4 VERIFICAR A TEMPERATURA			
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição)	Iniciar com 50 ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.	24 HORAS		D.4.1 Se o paciente estiver com a temperatura de 39 °C ou mais, além do quadro diarreico, investigar e tratar outras possíveis causas, por exemplo, pneumonia, otite, amigdalite, faringite, infecção urinária.			
+				USO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES COM DIARREIA			
KCl a 10%	2 ml para cada 100 ml de solução da fase de manutenção.			Antibióticos: Devem ser usados somente para casos de diarreia com sangue (disenteria) e comprometimento do estado geral ou em caso de cólera grave. Em outras condições, os antibióticos são ineficazes, causam resistência antimicrobiana e, portanto, não devem ser prescritos. Antiparasitários: Devem ser usados somente para: • Amebíase, quando o tratamento de disenteria por <i>Shigella sp</i> fracassar, ou em casos em que se identificam nas fezes trofozoitos de <i>Entamoeba histolytica</i> englobando hemácias: Metronidazol 50 mg/kg/dia 3x/dia por 10 dias. • Giardíase, quando a diarreia durar 14 dias ou mais, se identificarem cistos ou trofozoitos nas fezes ou no aspirado intestinal: Metronidazol 15 mg/kg/dia 3x/dia por 5 dias. Zinco: Deve ser administrado, conforme descrito no PLANO A, para crianças menores de 5 anos. Antiemético: Apenas deve ser usado se o paciente apresentar vômitos persistentes, conforme descrito no PLANO B, para garantir que consiga ingerir a solução de SRO e ser reidratado.			
C.2 AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. SE NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO/ GOTEJAMENTO:				ANTIDIARREICOS NÃO DEVEM SER USADOS			
C.2.1 Iniciar a reidratação por via oral com solução de SRO, quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação endovenosa, concomitantemente. C.2.2 Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir a solução de SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de solução de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações. C.2.3 Observar o paciente por pelo menos 6 horas. C.2.4 Reavaliar o estado de hidratação e orientar quanto ao tratamento apropriado a ser seguido: PLANO A, B ou continuar com o C.							
OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVEM PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ QUE ESTEJAM COMPLETAMENTE HIDRATADOS E CONSEGUINDO MANTER A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL.							

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-diarreicas-agudas/manejo-do-paciente-com-diarreia-avaliacao-do-estado-de-hidratacao-do-paciente-arquivo-com-marcas-de-corte/view> Acesso em 16/05/24

6.1 Vigilância Epidemiológica: os casos individuais de DDA deverão ser registrados pelas Unidades Sentinelas de Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) no sistema online do SIVEP-DDA (<http://sivepdda.saude.gov.br/>).



Para casos de surto, a notificação deverá ser realizada no [Formulário de Comunicação de Agravos Prioritários durante Evento Adverso de Chuvas Intensas](#). Além disso, o surto deve ser [notificado no SINANNET com o CID A08](#).

Após a notificação, o setor responsável do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) entrará em contato para orientação, apoio e acompanhamento da investigação. Para demais dúvidas, deve-se entrar em contato com dtha@saude.rs.gov.br, mdda@saude.rs.gov.br e/ou pelo telefone (51) 98405-2599.

Caso de Doença Diarreica Aguda

Pessoa que apresente aumento do número de evacuações (mínimo de 3 ou mais episódios no período de 24h) com diminuição da consistência das fezes, geralmente líquidas ou semilíquidas, com duração de até 14 dias.

Surto de Doença Diarreica Aguda

Quando dois casos ou mais relacionados entre si, com histórico de exposição à mesma fonte alimentar e/ou água **OU** aumento de casos acima do limite esperado para a população envolvida, em determinado período e local.

7 Doenças Respiratórias em Abrigo

Ambientes fechados e com aglomeração de pessoas, como abrigos temporários, favorecem a transmissão de doenças respiratórias, especialmente as causadas por vírus como influenza (gripe), SARS-CoV-2 (Covid-19), Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública. Geralmente os pacientes/casos apresentam primeiro um quadro de Síndrome Gripal (SG), podendo evoluir para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), o que reforça a importância de uma vigilância nos alojamentos/abrigos com aglomeração de pessoas.

Nesse contexto, é fundamental que as equipes de vigilância em saúde e os responsáveis pelos abrigos mantenham vigilância ativa para a identificação precoce de casos e de possíveis surtos, permitindo a adoção oportuna de medidas de controle.

7.1 Manifestações Clínicas: são as presentes na definição de caso de SG.

7.2 Diagnóstico: os casos de SG devem ser testados com teste rápido de antígeno para Covid-19 (TR-Ag), principalmente os considerados grupos de alto risco para desenvolvimento de formas graves de Covid-19 (idosos, indígenas, pacientes com múltiplas comorbidades, imunocomprometidos e gestantes). Na ocorrência de surtos em ambientes como abrigos, recomenda-se que 100% dos casos sintomáticos sejam testados com TR-Ag Covid-19, a depender da disponibilidade local. É preconizada a coleta de pelo menos 3 amostras aleatórias dos casos de SG, as quais devem ser enviadas ao LACEN/RS para realização de painel viral por RT-PCR.

7.3 Tratamento: o tratamento busca minimizar os sintomas e evitar desidratação. Há ainda os medicamentos **fosfato de oseltamivir** (indicado para os casos de SG associados com condições ou fatores de risco para complicações por influenza e para casos de SRAG, devendo-se iniciar imediatamente o tratamento na suspeição clínica de influenza) e **Nirmatrelvir/Ritonavir** (indicado para o tratamento da Covid-19 não grave e confirmada por TR-Ag Covid-19 ou RT-PCR para grupos específicos).

7.4 Vigilância Epidemiológica: os casos testados para Covid-19 com resultado positivo devem ser notificados no e-SUS Notifica. Para casos de surto, a notificação deverá ser realizada de forma agregada no **módulo de surto do SINANNET**, assinalando no campo Código do Agravado/Doença da Ficha de Investigação de Surto, o **CID J06**. A vigilância epidemiológica local deverá ser prontamente notificada/informada e deve ainda ser enviado um e-mail para vvr-cevs@saude.rs.gov.br contendo as seguintes informações: nome do local do abrigo, total de expostos e total de casos sintomáticos.

Para demais dúvidas, deve-se entrar em contato com vvr-cevs@saude.rs.gov.br e/ou pelo telefone (51) 98405-3772.

Definição de Caso de Síndrome Gripal (SG)

Indivíduo com infecção respiratória, com início nos últimos 10 dias, que apresente pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas, sendo obrigatoriamente ao menos um sintoma respiratório: Sintomas Respiratórios: Tosse, Coriza, Dor de Garganta, Congestão Nasal / Sintomas Gerais: Febre, Dor de Cabeça, Dor no Corpo, Calafrio. Em menores de 2 anos, além dos itens anteriores, observar os batimentos das asas nasais, apneia, cianose, tiragem intercostal/subcostal, recusa alimentar, irritabilidade e letargia.

Definição de Caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Indivíduo com síndrome gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de $\leq 94\%$ em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto. Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

Definição de Surto de Síndrome Gripal (SG)

Ocorrência de pelo menos 3 casos de síndrome gripal em ambientes fechados/restritos como abrigos temporários, com intervalo de até 7 dias entre as datas de início de sintomas dos casos e vínculo epidemiológico estabelecido.

7.4.1 Condutas e Orientações para Vigilância de Vírus Respiratórios em Abrigos

Sempre que possível, as equipes de saúde devem realizar a avaliação da situação vacinal das pessoas acolhidas nos abrigos, identificando oportunidades para atualização dos esquemas de acordo com Programa Nacional de Imunizações.

- **Vacinação contra Influenza, Covid-19 e VSR**

A vacinação contra influenza e Covid-19 é a principal medida de prevenção, reduzindo o risco de formas graves, complicações, óbitos e a circulação dos vírus. No entanto, trata-se de uma estratégia preventiva e não deve ser utilizada como medida de controle de surtos.

As **gestantes a partir da 28ª semana de gestação**, independentemente da idade materna, devem receber a vacina contra o **vírus sincicial respiratório (VSR)**. A imunização materna protege o recém-nascido nos primeiros meses de vida, reduzindo o risco de infecções respiratórias graves causadas pelo VSR.

- **Medidas individuais não farmacológicas para prevenção e controle**

- ✓ Manter as mãos limpas, sempre que possível lavar com água e sabão ou na impossibilidade utilizar álcool em gel 70% quando disponível;
- ✓ Cobrir o nariz e a boca com lenço descartável ao tossir ou espirrar;
- ✓ Caso não tenha disponível papel descartável, o antebraço pode ser utilizado. Evitar as mãos, pois são importantes veículos de contaminação;
- ✓ Sempre após tossir ou espirrar, higienizar as mãos com água e sabão ou com álcool em gel 70%;

- ✓ Evitar tocar os olhos, nariz e boca;
- ✓ Usar máscara cirúrgica se estiver com sintomas respiratórios.
- **Medidas para os alojamentos (abrigos)**
 - ✓ Realizar higienização e desinfecção com hipoclorito de sódio das superfícies, e ambientes de convivência, onde estão alojados a população;
- **Orientações aos profissionais de saúde**
 - ✓ **Busca ativa e orientação sobre o uso de máscara**
 - Realizar busca ativa de forma rotineira por sintomáticos respiratórios;
 - Distribuição e orientação quanto ao uso de máscaras (cirúrgica, N95 ou PFF2, PFF1) para os sintomáticos;
 - Realizar orientações sobre medidas de prevenção e controle;
 - Monitorar pacientes sintomáticos, se possível diariamente, quanto à evolução dos sintomas, em especial, os grupos com maior risco de agravamento (recomenda-se avaliação clínica geral e quando possível a aferição da saturação de oxigênio).
 - ✓ **Acomodação dos indivíduos sintomáticos**
 - Acomodar o indivíduo sintomático, se possível, com separação física dos demais segundo os grupos (coorte). Separando os indivíduos sintomáticos dos não sintomáticos, e quando possível a partir da identificação do agente etiológico.
 - Se não for possível implementar grupos de coorte, procurar garantir o distanciamento físico de no mínimo um metro do grupo familiar/afetivo do indivíduo sintomático dos demais grupos.
 - Tempo de manutenção das medidas de isolamento: Recomenda-se isolamento por 5 dias contados a partir da data de início dos sintomas, podendo ser liberado após este período desde que o indivíduo esteja sem febre há pelo menos 24 horas (sem uso de antitérmicos) e apresente remissão dos sintomas respiratórios. Manter medidas adicionais de segurança até o 10º dia.
 - ✓ **Monitoramento de sintomas de contatos**
 - Deve-se buscar ativamente se outros familiares ou indivíduos acomodados próximos estão com o mesmo conjunto de sinais e sintomas, com especial atenção aos indivíduos com condição e/ou fator de risco para agravamento;
 - Orientar a população abrigada, voluntários e/ou demais profissionais, onde e a quem reportar os casos que apresentam sinais e sintomas de SG e/ou SRAG, incentivando a vigilância comunitária nos abrigos.
 - ✓ **Articulação entre Equipe de Saúde**
 - Recomenda-se que haja articulação entre as equipes de vigilância epidemiológica e as equipes de saúde do município com as equipes existentes nos abrigos.



- Realizar testagem para covid-19, assistência e tratamento oportuno dos casos de Síndrome Gripal (SG) de acordo com o recomendado nos documentos oficiais do MS.

✓ **Abrigos com casos de SG**

- Monitorar os pacientes com SG quanto a evolução para um quadro clínico de SRAG, garantindo o acesso e avaliação por equipe de saúde, com classificação de risco e conduta adequada de acordo com a gravidade;
- Garantir avaliação médica de todos os pacientes elegíveis para **prescrição oportuna** de tratamento farmacológico com os antivirais: **nirmatrelvir/ritonavir** para **tratamento da covid-19**; e **Fosfato de oseltamivir** para tratamento de **influenza (gripe)**.
- Os testes TR-Ag também podem auxiliar no direcionamento do tratamento adequado.

Observação: os antivirais nirmatrelvir/ritonavir e fosfato de oseltamivir estão disponíveis nas Secretarias Municipais de Saúde.

✓ **Orientações para situações de surto de SG**

- Intensificar as medidas já estabelecidas nos itens anteriores.
- Manter a testagem com TR-Ag principalmente nos casos de SG considerados grupos de alto risco para desenvolvimento de formas graves de covid-19.
- Coletar amostras aleatórias de ao menos 3 casos de SG para análise por RT-PCR (análise de painel viral).
- No cadastro dessas amostras (GAL) deve constar nas observações **SURTO DE SG —**

ABRIGOS.

- Caso a equipe local julgue necessário, poderá aumentar o número de coletas, desde que acordado com a equipe da Vigilância de Vírus Respiratórios da SES/RS (email: vvr-cevs@saude.rs.gov.br).
- Recomenda-se, sempre que viável, a implementação de isolamento por coorte para os casos de Síndrome Gripal, conforme mencionado anteriormente.

8 Acidente de Trabalho

Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 trabalhador V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.

Deve-se notificar independentemente da gravidade.

Quem são os trabalhadores

Qualquer pessoa com ocupação independente do vínculo como: trabalhadores com registro em carteira (CLT); trabalhadores informais e autônomos: Prestadores de serviço sem vínculo formal ou contrato fixo; trabalhadores de plataformas digitais: Entregadores e motoristas de aplicativos; servidores públicos e estatutários: Profissionais de órgãos públicos; trabalhadores temporários e aprendizes: Pessoas em contratos de curta duração ou formação.

Notificação pelo [Formulário de Comunicação de Agravos Prioritários durante Evento Adverso de Chuvas Intensas](#) e pelo SINAN

https://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_Acidente_Trabalho_Grave.pdf

As notificações da saúde possuem CARÁTER EPIDEMIOLÓGICO. Não tem relação com concessão de benefícios previdenciários (CAT).

Trabalhadores em maior risco em situação de desastre: Trabalhadores da saúde, segurança, limpeza urbana e demais.

9 Violências

A violência no contexto dos eventos climáticos é um fenômeno complexo que vai além dos danos materiais. Situações de desastres fragilizam pessoas, famílias e comunidades, aumentam a vulnerabilidade social e podem favorecer a diferentes formas de violência, especialmente contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência e população LGBTQIA+.

O estresse, o sofrimento emocional, o uso abusivo de álcool e outras drogas e o contexto dos alojamentos podem contribuir para que ocorram situações de violência. Além disso as situações de violência que já existiam antes de uma situação de emergência e ou necessidade de abrigo podem continuar ou até ter um agravamento. A permanência em abrigos temporários pode contribuir para novas situações de violência, quando não possuem medidas adequadas de cuidado/proteção, como iluminação, segurança, espaços adaptados e reservados para crianças e mulheres. É importante trabalhar com equipes capacitadas para identificar sinais de abuso /violência.

Os sinais e sintomas de violência podem variar conforme o tipo de violência, a idade da vítima e o contexto. A identificação precoce é essencial para garantir proteção e atendimento adequado e de forma oportuna.

9.1 Definição: A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência (2002) “como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade. Esse ato resulta ou tem grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.”

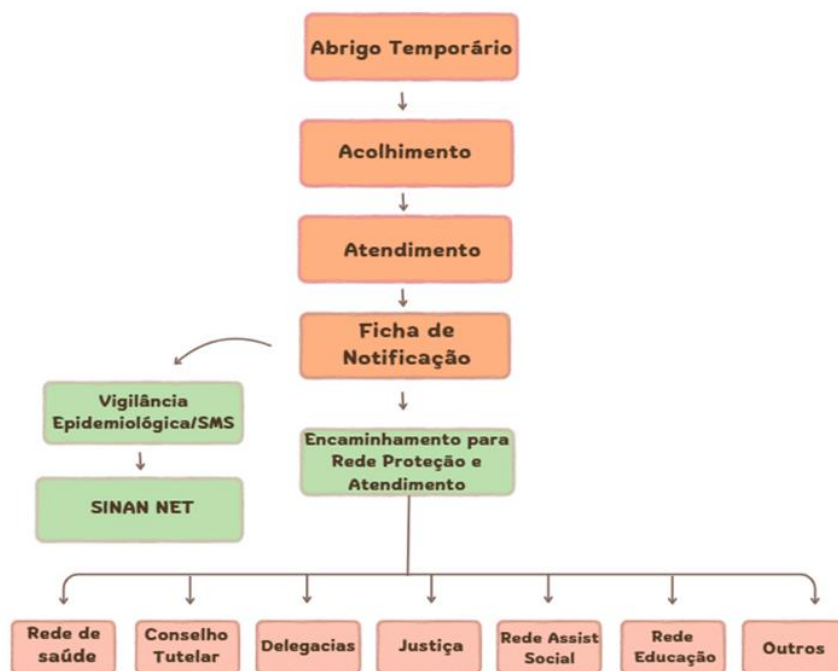
9.2 Sinais e sintomas de violência:

- **Sinais Físicos:** Hematomas, cortes, queimaduras ou fraturas sem explicação compatível ou que a vítima tenta esconder, marcas de mordidas, cordas ou de objetos, lesões em regiões incomuns (pescoço, costas, coxas, genitais), e lesões em diferentes estágios de cicatrização;
- **Sinais Comportamentais e Emocionais:** Medo excessivo, ansiedade ou tristeza persistente, Mudanças bruscas de comportamento, isolamento social, irritabilidade ou agressividade, choro frequente, baixa autoestima, distúrbios do sono ou pesadelos, regressão de comportamentos (voltar a urinar na cama, por exemplo), tentativas de fugir de casa ou do abrigo, ideação ou tentativa de suicídio. Controle constante por outra pessoa (impedindo que fale com alguém sozinho);
- **Sinais de Violência Sexual:** Conhecimento ou comportamento sexual incompatível com a idade, medo de determinada pessoa, recusa em trocar de roupa ou realizar higiene na presença de outras pessoas, infecções sexualmente transmissíveis ou gravidez, dificuldade para caminhar ou se sentar, dor abdominal, genital ou pélvica, dor, sangramento ou lesões na região genital ou anal;

- **Sinais de Negligência:** Desnutrição ou desidratação, higiene precária, vestimentas inadequadas para o clima, falta de acompanhamento de problemas de saúde, crianças desacompanhadas ou sem supervisão.

9.3 Vigilância Epidemiológica: Todo sinal ou suspeita de violência deve ser acolhido com escuta qualificada, sem julgamentos, respeitando o sigilo e os protocolos institucionais. Quando houver suspeita ou confirmação, a vítima deve ser encaminhada à rede de proteção e os casos devem ser notificados conforme a legislação e as normas vigentes do Ministério da Saúde, conforme FIGURA 9A.

FIGURA 9A – Fluxograma das notificações de violência



VIOÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA é agravo de notificação compulsória, com [ficha específica](#) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) NET. *Nesse momento deve ser registrado também no [Formulário de Comunicação de Agravos Prioritários durante Evento Adverso de Chuvas Intensas](#).* Contato com a equipe responsável pelo programa: 51 985016858

IMPORTANTE!

Viabilize um ambiente seguro e reservado, onde se escute a pessoa sem interrupções demonstrando interesse em ajudar, acredite no relato e valide seus sentimentos, não emitir julgamento e pressionar para que conte detalhes do ocorrido, pergunte apenas o que precisar para conduzir o caso. Não culpar ou responsabilizar pelo que aconteceu, ajudar a identificar as opções de contato com a rede de apoio. Verificar a necessidade de atendimento de saúde, proteger contra o agressor. Preencher a ficha de notificação e enviá-la para a vigilância municipal, informar os órgãos competentes, como Conselho Tutelar, Delegacia de Polícia, Conselho do Idoso e outros. Assim, o enfrentamento da violência em contextos de calamidades deve fazer parte do planejamento e da resposta às emergências, reconhecendo que proteger a vida significa não apenas reduzir os impactos físicos do desastre, mas também preservar a dignidade, os direitos humanos e a segurança das pessoas atingidas.