



**PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

## **Nota Técnica 001/2011/VS/SMS**

Assunto: Orienta sobre a conduta frente aos casos suspeitos de leptospirose devido à ocorrência de enxurradas e alagamentos ou outras formas de exposição no Município de Florianópolis.

Considerando a ocorrência de enxurradas e alagamentos em alguns pontos do município;

Considerando que o contato com água ou lama contaminada, principalmente pela urina de roedores urbanos (ratazanas, ratos de telhado e camundongos), ocorre durante e imediatamente após as enchentes, quando as pessoas retornam às suas residências e procedem à limpeza e remoção da lama e outros detritos;

Considerando que o período de incubação da leptospirose varia de 1 a 30 dias após o contato com a água ou lama contaminada;

A Diretoria de Vigilância em Saúde, através da Gerência de Vigilância Epidemiológica orienta os serviços de saúde quanto à possibilidade do aumento da ocorrência de casos suspeitos de leptospirose e as medidas de controle a serem adotadas:

**1 - Vigilância rigorosa para suspeição de casos deve permanecer até 40 dias após a baixada das águas.**

**2 - A definição de caso suspeito para esta situação é:**

“Indivíduo que apresenta sinais e sintomas de processo infeccioso inespecífico e agudo (febre, cefaléia e mialgia);

E

tenha sido exposto à água ou lama de enchente nos últimos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas.”

**3 - Conduta frente ao caso suspeito:**

3.1 É doença de **NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA**, devendo o profissional de saúde que atende o paciente preencher a Ficha de Notificação (FIN), o mais rápido possível. Esta deve ser encaminhada por fax para a Vigilância Epidemiológica Municipal de acordo com o fluxo abaixo:



**PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

a. Os Centros de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde deverão enviar as notificações para seus Distritos Sanitários, que repassarão à Vigilância Epidemiológica Central.

b. As clínicas privadas, os hospitais e os Núcleos de Vigilância Epidemiológica enviarão as notificações à Vigilância Epidemiológica do município.

A Ficha de Investigação (FII) será preenchida pela Equipe da VE Municipal (VE Central e Distritos) ou equipe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia.

A rapidez da notificação é importante para que haja contato da Vigilância Epidemiológica com o Controle de Zoonoses, com o intuito de realizar as medidas de controle e manejo integrado de roedores. Lembramos que, para os casos notificados pelos Centros de Saúde durante a semana, o contato com o Controle de Zoonoses deve ser feito pela Vigilância Epidemiológica dos Distritos Sanitários.

3.2 Na suspeição clínica com onexo epidemiológico comprovado iniciar o tratamento, independente da confirmação laboratorial conforme quadro abaixo:

**• AMOXICILINA –**

Adultos: 500 mg, VO, 8/8hs por 5 a 7 dias

Crianças: 50 mg/kg/dia VO, divididos de 8 em 8hs por 5 a 7 dias

OU

**• DOXICICLINA - 100 mg, VO, 12/12hs por 5 a 7 dias**

(não deve ser utilizada em crianças menores de 9 anos, mulheres grávidas ou em lactação e em pacientes portadores de nefropatias ou hepatopatia)

3.3 Seguir orientações do algoritmo de atendimento de Síndrome Febril Aguda Suspeita de Leptospirose (anexo I).

OBS: Casos de leptospirose leve, mesmo quando tratados, podem evoluir para moderados e graves, em questão de horas ou dias. Cabe ao médico orientar o paciente quanto às complicações possíveis ou ocorrência de sinais de alerta e mantê-lo sob vigilância até a fase de convalescença (1-2 semanas).

Casos suspeitos que apresentarem um ou mais dos seguintes sinais e sintomas, considerados SINAIS DE ALERTA, deverão ser encaminhados imediatamente para uma unidade hospitalar de referência:

1. Tosse, dispnéia, taquipnéia;
2. Alterações urinárias, geralmente oligúria;
3. Fenômenos hemorrágicos incluindo escarros hemoptóicos;



**PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

4. Hipotensão, alterações do nível de consciência, vômitos, arritmias e icterícia.

Quando necessário (em geral nos casos moderados e graves) exames laboratoriais básicos deverão ser disponibilizados: hemograma completo, uréia e creatinina, bilirrubinas e transaminases, creatinofosfoquinase (CPK), sódio e potássio. Outros exames na dependência da evolução clínica.

#### **4. Medidas terapêuticas de suporte**

Constitui aspectos da maior relevância no atendimento de casos moderados e graves e devem ser iniciadas precocemente na tentativa de evitar complicações da doença, principalmente as renais: reposição hidreletrolítica, assistência cardiorrespiratória, transfusões de sangue e derivados, nutrição enteral ou parenteral, proteção gástrica, etc. O acompanhamento do volume urinário e da função renal é fundamental para se indicar a instalação de diálise precoce, o que reduz o dano renal e a letalidade da doença.

#### **5. Diagnóstico laboratorial:**

5.1 Conduta para solicitação de sorologia para leptospirose:

- Coletar uma única amostra somente a partir do 7º dia do início dos sintomas;
- A amostra deve ser de 3 ml de soro (sem hemólise), em recipiente sem anticoagulante, acondicionada para transporte à temperatura de +4°C;
- A amostra deve ser encaminhada ao LACEN/Florianópolis, acompanhada do formulário padrão para solicitação de exame de leptospirose (anexo II).

OBS: Não serão processadas as amostras coletadas antes do 7º dia do início dos sintomas, bem como aquelas sem data de início dos sintomas, uma vez que a detecção de anticorpos IgM só é possível a partir desse período.

#### **6) Telefones Úteis**

Gerência de Vigilância Epidemiológica: (48) 3212-3910 / 3907 / fax: 3906

Plantão Vigilância Epidemiológica: (48) 9985-2710 / 3212-3922

Gerência de Controle de Zoonoses Programa de Controle da Dengue: (48) 3338-9004

LACEN: (48) 3251-7800

Imunologia/LACEN: (48) 3251-7827

Hospital Nereu Ramos: (48) 3216-9300



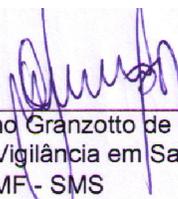
**PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Hospital Nereu Ramos - Núcleo de Vigilância Epidemiológica: 3216-9014

Hospital Infantil – 3251-9105

Hospital Infantil – Núcleo de Vigilância Epidemiológica: (48) 3251-9014

Florianópolis, 25 de janeiro de 2011.



---

Antônio Anselmo Granzotto de Campos  
Diretoria de Vigilância em Saúde  
PMF - SMS



---

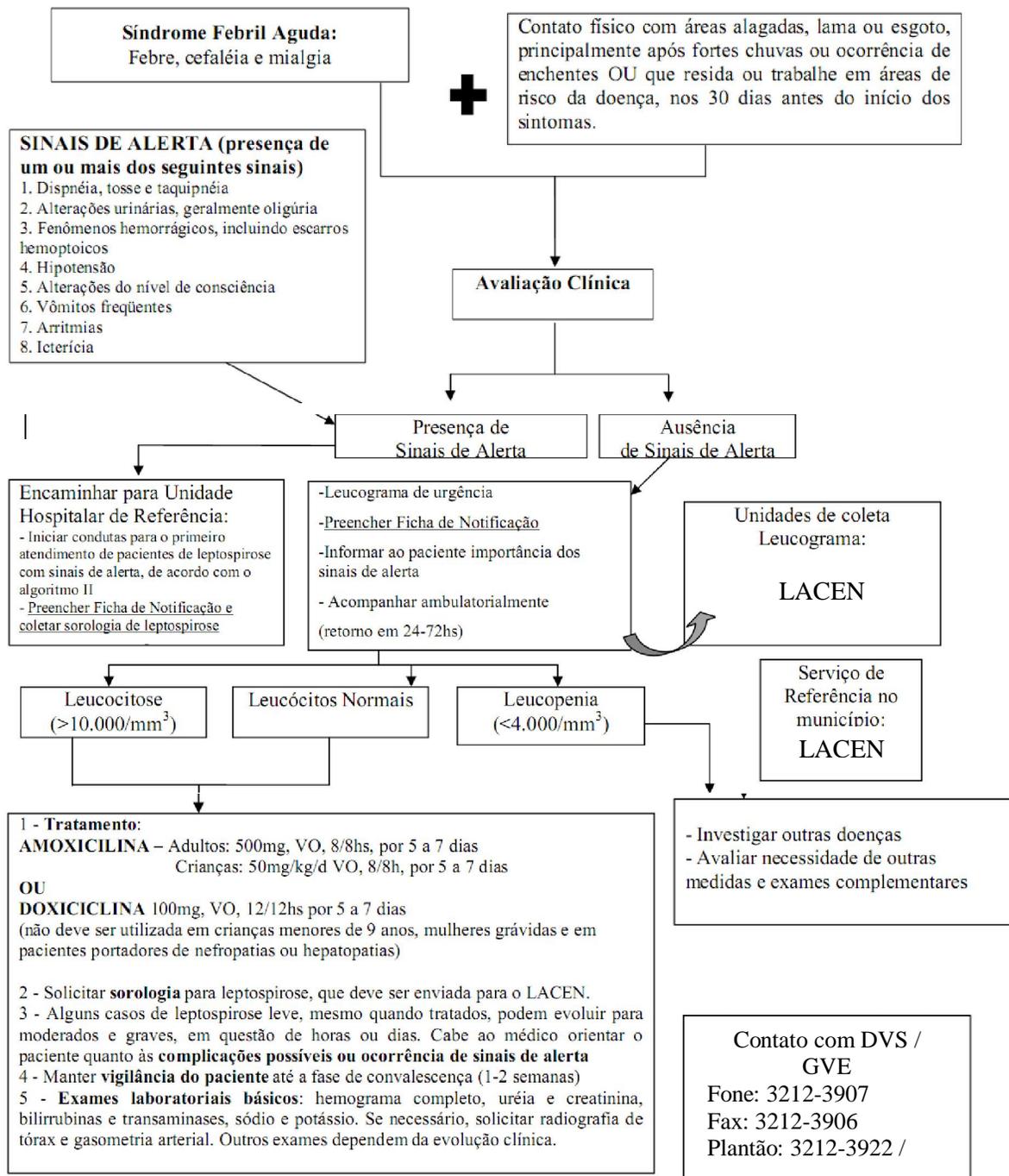
Monich Melo Cardoso  
Diretoria de Vigilância em Saúde  
Gerência de Vigilância Epidemiológica



PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ANEXO I

Algoritmo de Atendimento I  
Síndrome Febril Aguda Suspeita de Leptospirose





PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ANEXO II



Ministério  
da  
Saúde



Estado de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Laboratório Central de Saúde Pública

LACEN-SC

REQUISIÇÃO PARA EXAME <b>LEPTOSPIROSE</b>			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE / MUNICÍPIO		CNES	
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DDD	TELEFONE
DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE		DDD	TELEFONE
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	RAÇA
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			
ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)			
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	UF	CEP	
Nº DE NOTIFICAÇÃO			
DADOS COMPLEMENTARES			
Exerceu trabalhos, mesmo domésticos, onde teve contato com água parada, valas, esgotos, água ou lama de enchentes?			
<input type="checkbox"/> Sim. Local: _____			
<input type="checkbox"/> Não			
Data dos primeiros sintomas: ____/____/____			
<input type="checkbox"/> febre	<input type="checkbox"/> prostração	<input type="checkbox"/> insuficiência renal	<input type="checkbox"/> outras hemorragias
<input type="checkbox"/> mialgia	<input type="checkbox"/> vômitos	<input type="checkbox"/> diarreia	<input type="checkbox"/> alterações respiratórias
<input type="checkbox"/> cefaléia	<input type="checkbox"/> icterícia	<input type="checkbox"/> choque	<input type="checkbox"/> meningismo
<input type="checkbox"/> Dor na panturrilha	<input type="checkbox"/> congestão conjuntival	<input type="checkbox"/> hemorragia pulmonar	<input type="checkbox"/> outros:
Plaquetas: _____/ mm <sup>3</sup>		Hematócrito: _____%	
DADOS DA COLETA DA AMOSTRA			
DATA DA COLETA:		RESPONSÁVEL PELA COLETA:	
<input type="checkbox"/> 1ª amostra: ____/____/____		Nome: _____	
<input type="checkbox"/> 2ª amostra: ____/____/____		Função: _____	