



+ O Que Notificar?

Pacientes com história epidemiológica de exposição a solo e águas* em qualquer região do Ceará, recente ou não, que apresentam doença febril aguda acompanhada de sintomas sugestivos de pneumonia e sepse comunitárias graves, pneumonias comunitárias comuns que não respondem à terapia antimicrobiana convencional e infecção crônica semelhante à tuberculose.

+ Como Notificar?

Os casos devem ser notificados imediatamente ao **Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS)**, com envio da ficha de notificação e investigação da Melioidose preenchida ao e-mail: cievsceara@gmail.com ou pelos telefones: (85) 3101.4860/ 5214/ 5215 / 5212.

Exames Laboratoriais

No caso de pacientes suspeitos, devem ser coletados e encaminhados para o Laboratório Central do Estado, juntamente com a **ficha de notificação e investigação da Melioidose**, os seguintes materiais biológicos: sangue, urina, amostra de *swab* de orofaringe, escarro, secreção purulenta (se presente). Realizar radiografia de tórax para definir a extensão da infecção.

Tratamento

O tratamento é feito com uso apropriado de antibióticos. O início é feito por via endovenosa pelo período de 2 a 4 semanas, seguido por terapia oral prolongada, geralmente de 3 a 6 meses para prevenir recidiva.

RECOMENDAÇÕES PARA A NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE MELIOIDOSE

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, através do Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (NUVEP/COPROM), diante do comportamento endêmico da Melioidose e de sua importância como um problema de saúde pública emergente, **ALERTA** para sua vigilância contínua e detecção precoce de casos e vem **ORIENTAR** a todas as Coordenadorias Regionais de Saúde, municípios, hospitais, clínicas, unidades de saúde e laboratórios sobre a **NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE TODOS OS CASOS SUSPEITOS DE MELIOIDOSE** (Anexos 1 e 2), conforme a Portaria estadual nº 1.786 de 17 de outubro de 2005.

1. Conhecendo a doença

Melioidose é uma doença infecciosa, potencialmente letal, cujo agente etiológico é a bactéria *Burkholderia pseudomallei*, encontrada em solo e água contaminados. As pessoas podem adquirir a infecção durante as atividades ocupacionais ou de lazer, através de exposição ambiental.

Os primeiros casos de Melioidose no Brasil ocorreram em março de 2003, na zona rural do Município de Tejuçuoca, Ceará. Desde então, novos casos continuam sendo detectados no Ceará, que atualmente registra 17 municípios com 29 casos confirmados da doença. Além do Ceará, os Estados de Mato Grosso e Alagoas também detectaram um caso (cada Estado) dessa doença emergente no Brasil.

- É necessária muita atenção, porque a Melioidose simula outras doenças infecciosas.
- Pneumonia e *sepse* comunitárias são as formas de apresentação mais frequentes.

Apesar de ser uma infecção adquirida na comunidade, a Melioidose não responde aos antibióticos que são comumente utilizados nessas situações. O diagnóstico e o tratamento, portanto, devem ser precoces, uma vez que a doença tem letalidade elevada.



2. Ações a serem realizadas pelas vigilâncias em saúde:

- Alertar amplamente os profissionais de saúde para a ocorrência da doença com o objetivo de detectar precocemente e realizar tratamento oportuno e adequado, bem como divulgar orientações à população, principalmente em municípios que já confirmaram casos da doença.
- Realizar investigação clínica e epidemiológica de casos suspeitos com ênfase na história clínica e exposição ambiental detalhada.
- Coletar amostras para exame microbiológico e encaminhar para o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/CE) para diagnóstico laboratorial.
- O tratamento específico com antibióticos deve ser iniciado o mais precocemente possível para reduzir a elevada letalidade da doença.
- Identificar contatos expostos que não adoeceram para melhor esclarecimento epidemiológico do agravo.
- Articular com representantes dos órgãos estadual para tomada de decisão.

3. Recomendações de medidas de prevenção e controle da Melioidose à população:

- Evitar contato ambiental direto com o solo ou água ou, se for necessário, usar equipamento de proteção individual, paramentando-se com luvas de borracha e botas. Após a exposição, deve-se lavar a pele com sabão e água limpa.
- Lavar bem alimentos crus, utilizando utensílios limpos e água limpa, a fim de evitar o consumo de alimentos com sujidades (poeira ou terra).
- Consumir preferencialmente água tratada ou fervida.
- Evitar atividades recreativas e exposição a solo e água, principalmente nas primeiras três semanas após chuvas.
- Caso possua ferimentos abertos, mantê-los cobertos para evitar o contato com o solo ou água.
- Evitar aplicar remédios com ervas ou outras substâncias em ferimentos; e, caso haja contato ambiental da ferida com o solo ou a água, limpar com sabão e água imediatamente.
- Evitar exposição à chuva forte; e, em caso de exposição à nuvem de poeira, cobrir a boca e o nariz.
- Caso seja portador de outras doenças ou usuário de medicamentos que diminuem a imunidade, fumantes, pessoas que desenvolvem atividades laborais ou recreativas em contato com solo ou água represada, atentar para o maior risco de adoecer por Melioidose.



COMO NOTIFICAR

Telefones (2ª a 6ª feira, das 8h às 17h)

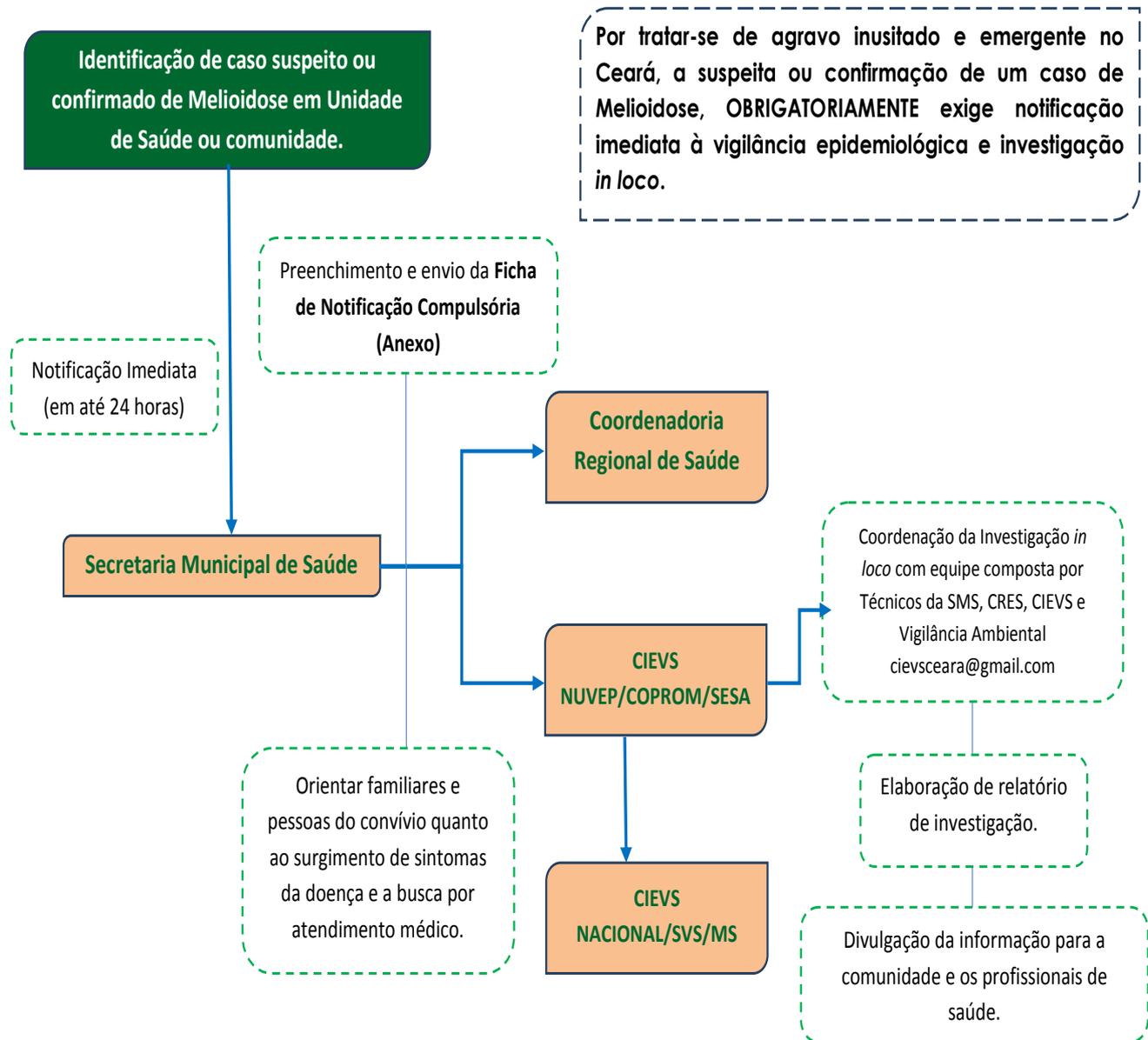
(85) 3101-4860 • (85) 3101-5214
(85) 3101-5212 • (85) 3101-5215

E-mail: cievsceara@gmail.com

cievsce@saude.ce.gov.br
nuvep.ce@gmail.com



ANEXO 1 – FLUXO DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE MELIOIDOSE





ANEXO 2 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE MELIOIDOSE (Frente)

República Federativa do Brasil		SINAN		Nº	
Ministério da Saúde		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO			
		FICHA DE INVESTIGAÇÃO		MELIOIDOSE	
<p>CASO SUSPEITO: Pessoas com história epidemiológica de exposição a solo e/ou águas em qualquer região do Ceará, seja ocupacional ou recreativa, recente ou não, e que apresente uma das seguintes suspeitas clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Infecção comunitária grave de rápida evolução para síndrome da resposta inflamatória sistêmica ou choque séptico ● Pneumonia ou outra infecção comunitária sem melhora ao tratamento antimicrobiano convencional. ● Febre prolongada de etiologia não definida ou quadro clínico sugestivo de tuberculose que não responde ao tratamento específico tuberculostático. ● Infecções supurativas crônicas sem melhora ao tratamento antimicrobiano convencional 					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		MELIOIDOSE		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante		13 Raça/Cor
	14 Escolaridade				
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	
	19 Distrito		20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Sinais e Sintomas				
	32 Doenças Preexistentes				
Dados Clínicos	33 História Clínica				
	34 Uso				
Hospitalização	36 Ocorreu Hospitalização		37 Município do Hospital:		39 Data da Internação:
	38 Nome do Hospital:		Código IBGE:		40 Data da Alta:
	35 Casos semelhantes conhecidos				



ANEXO 2 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE MELIOIDOSE (Verso)

Dados Epidemiológicos	41 Data da Investigação <input type="text"/> <input type="text"/>	42 Ocupação <input type="text"/>																																			
	43 Exposição cotidiana a solo (meses/anos) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Ocupacional <input type="checkbox"/> Lazer <input type="checkbox"/>	Tipo de Solo Terra <input type="checkbox"/> Lama <input type="checkbox"/> Poeira/ventania <input type="checkbox"/> Mangue <input type="checkbox"/> Atividades praticadas Agricultura/plantações <input type="checkbox"/> Construção civil <input type="checkbox"/> Escavações <input type="checkbox"/> Jardinagem <input type="checkbox"/> Atividades esportivas <input type="checkbox"/> Ecoturismo <input type="checkbox"/>																																			
	44 Exposição específica a solo (<30 dias) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Ocupacional <input type="checkbox"/> Lazer <input type="checkbox"/>	Tipo de Solo Terra <input type="checkbox"/> Lama <input type="checkbox"/> Poeira/ventania <input type="checkbox"/> Mangue <input type="checkbox"/> Atividades praticadas Agricultura/plantações <input type="checkbox"/> Construção civil <input type="checkbox"/> Escavações <input type="checkbox"/> Jardinagem <input type="checkbox"/> Atividades esportivas <input type="checkbox"/> Ecoturismo <input type="checkbox"/>																																			
	45 Exposição cotidiana a água (meses/anos) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Ocupacional <input type="checkbox"/> Lazer <input type="checkbox"/>	Local Rio <input type="checkbox"/> Açude <input type="checkbox"/> Riacho/córrego/poço <input type="checkbox"/> Lagoa <input type="checkbox"/> Barragem <input type="checkbox"/> Cachoeira <input type="checkbox"/> Atividades praticadas Banho/lazer <input type="checkbox"/> Mergulho <input type="checkbox"/> Natação <input type="checkbox"/> Pescaria <input type="checkbox"/> Atividades de trabalho <input type="checkbox"/>																																			
	46 Exposição em águas recentemente acumuladas (<30 dias) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Ocupacional <input type="checkbox"/> Lazer <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Lazer <input type="checkbox"/>	Local Rio <input type="checkbox"/> Açude <input type="checkbox"/> Riacho/córrego/poço <input type="checkbox"/> Lagoa <input type="checkbox"/> Barragem <input type="checkbox"/> Cachoeira <input type="checkbox"/> Atividades praticadas Banho/lazer <input type="checkbox"/> Mergulho <input type="checkbox"/> Natação <input type="checkbox"/> Pescaria <input type="checkbox"/> Atividades de trabalho <input type="checkbox"/> Banho/lazer <input type="checkbox"/> Mergulho <input type="checkbox"/> Natação <input type="checkbox"/> Pescaria <input type="checkbox"/> Atividades de trabalho <input type="checkbox"/>																																			
47 Exposições a chuvas recentes (ultimos 30 dias) <input type="checkbox"/> 49 Exposições a inundações (ultimos 30 dias) <input type="checkbox"/> 50 Exposições em área de plantação irrigada <input type="checkbox"/>	48 Contato com aerossóis gerados por água <input type="checkbox"/> Spray de água gerados por bico de pulverização em agricultura/irrigação/jardinagem <input type="checkbox"/> Spray em cachoeiras 51 Atividades de trabalho com animais Equinos <input type="checkbox"/> bovinos <input type="checkbox"/> caprinos <input type="checkbox"/> ovinos <input type="checkbox"/> aves <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/>	50 Deslocamento ou viagens Local: _____ Período: ____/____/____																																			
Dados do Laboratório	52 Confirmação diagnóstica de <i>Burkholderia pseudomallei</i> 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Espécime</th> <th>Cultura</th> <th>PCR</th> <th>Teste Rápido</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sangue</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Urina</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Escarro</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lavado bronquico</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Secreção purulenta</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Líquor</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Líquido cavitário</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Espécime	Cultura	PCR	Teste Rápido	Sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavado bronquico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreção purulenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Líquor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Líquido cavitário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espécime	Cultura	PCR	Teste Rápido																																		
Sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Escarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Lavado bronquico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Secreção purulenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Líquor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Líquido cavitário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Tratamento	55 Uso de Antibióticos: <input type="checkbox"/> Meropenem Data de início: ____/____/____ Dose: _____ Intervalo: _____ Duração: _____ <input type="checkbox"/> Cefazidima Data de início: ____/____/____ Dose: _____ Intervalo: _____ Duração: _____ <input type="checkbox"/> GMX + TMP Data de início: ____/____/____ Dose: _____ Intervalo: _____ Duração: _____ <input type="checkbox"/> Outros - qual? _____																																				
	56 Assistência Ventilatória: <input type="checkbox"/> 57 Drogas Vasoativas (dopamina, dobutamina ou similares) <input type="checkbox"/> 58 Terapia de erradicação após a alta <input type="checkbox"/>																																				
Conclusão	59 Classificação Final 1- Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/> 3 - Caso Provável <input type="checkbox"/>																																				
	61 Zona Provável de Infecção 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	60 Critério de Diagnóstico 1 - Laboratorial <input type="checkbox"/> 2 - Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/>																																			
	63 Evolução do Caso 1- Cura/ Tratamento <input type="checkbox"/> 2- Óbito Melioidose <input type="checkbox"/> 3- Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	62 Tipo de Ambiente onde Provavelmente Ocorreu a Infecção 1- Domiciliar 2- Trabalho 3- Lazer 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 4- Outro: _____																																			
	65 Se Óbito, realizou autópsia <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	66 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	64 Data do Óbito <input type="text"/> <input type="text"/>																																		
67 Data do Encerramento <input type="text"/> <input type="text"/>																																					
Informações Complementares e Observações Adicionais																																					
Observações _____ _____ _____ _____																																					