

Nota Técnica SANAR Nº 001/2017

Recife, 24 de fevereiro de 2017

Assunto: Orientações sobre notificação, investigação e digitação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de casos confirmados de Filariose Linfática.

Considerando o processo de verificação da eliminação da Filariose Linfática como problema de Saúde Pública no estado de Pernambuco, a Secretaria Estadual de Saúde, divulga essa nota técnica com orientações quanto à notificação e investigação epidemiológica de casos de filariose identificados pelos serviços de saúde.

1- NOTIFICAÇÃO

A Filariose Linfática, causada pela *Wuchereria bancrofti* (CID 10: B74.0) é uma doença de notificação compulsória em alguns dos municípios endêmicos. No estado de Pernambuco, conforme a Portaria SES Nº 390 de 14/09/2016, a filariose é classificada como uma doença de notificação compulsória semanal (grupo B) e apenas os casos novos confirmados devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

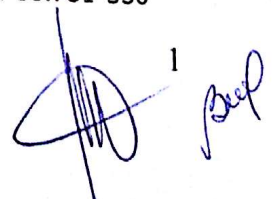
2- CONSIDERAÇÕES PARA CONFIRMAÇÃO DE CASO NOVO

As manifestações clínicas da filariose linfática abrangem desde portadores da infecção assintomáticos, até pacientes que apresentam formas crônicas da doença com ou sem infecção ativa.

Para a confirmação de novos casos de filariose linfática devem ser considerados **APENAS**: exames laboratoriais que comprovem a presença de microfilárias de *W. bancrofti* no sangue periférico ou em outros fluidos biológicos (urina, sangue menstrual, líquido hidrocélico, quilocélico ou sinovial) e/ou exames sorológicos que reconhecem produtos excretórios ou secretórios de *W. bancrofti*, denominados antígenos filariais circulantes e/ou sinal da “dança das filárias” visualizado por meio de ultrassonografia (Brasil, 2009).

2.1 – Exames parasitológicos

A pesquisa parasitológica pode ser realizada por meio das técnicas do exame de gota espessa (GE), concentração de Knott e filtração em membrana de policarbonato (FMP). A amostra biológica



utilizada na primeira técnica é sangue capilar ou venoso, enquanto que nas duas últimas utiliza-se apenas sangue venoso. Para a pesquisa de microfilárias em amostras sanguíneas deve-se considerar a periodicidade das microfilárias do parasito. O pico de densidade das microfilárias no sangue periférico poderá alterar em cada região endêmica. No Brasil o exame DEVE ser realizado a partir das 22h até 1h da manhã, ocorrendo o seu pico às 00:00 horas (OMS, 2011).

2.2 – Exames sorológicos

A pesquisa de antígenos circulantes filariais pode ser realizada através da técnica imunoenzimática ELISA Og4C3, que reconhece antígenos solúveis no soro, plasma ou líquido hidrocélico dos indivíduos infectados com *W. bancrofti*. O teste Og4C3 foi o primeiro disponível comercialmente no formato de kit. Também podem ser realizados os testes rápidos (ICT ou FTS), que reconhecem antígeno produzido pelos vermes adultos. A vantagem desses testes é que pode ser realizado com amostras de soro, plasma, líquido hidrocélico ou sangue total, em qualquer horário e a leitura do resultado pode ser feita em 10 minutos (Brasil, 2009).

2.3 – Exame ultrassonográfico

Em alguns casos a imagem de vermes adultos pode ser visualizada, por meio do exame ultrassonográfico, no sistema linfático, através do movimento dos vermes adultos vivos de *W. bancrofti*, caracterizado como “dança das filárias”. Essa visualização é mais frequente em bolsa escrotal, constituindo achado de imagem ocasional em mamas e membros inferiores. Este exame possui o potencial de detectar ou diagnosticar os indivíduos infectados com as formas adultas do parasito, mesmo na ausência de microfilárias pelas técnicas de GE, Knott e FMP ou positividade nos exames sorológicos. Sendo, o indivíduo, considerado um portador de vermes adultos amicrofilarêmicos (Brasil, 2009).

Esses exames são realizados no Serviço de Referência Nacional em Filariose / Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fiocruz/PE.

3- TRATAMENTO

Na ocorrência da confirmação de caso positivo, no qual, a presença do parasito é detectada, o tratamento antifilarial específico deve ser adotado, com vistas a debelar a infecção. Para tanto, a

SANAR/SEVS/SES-PE – Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 510 - Bongi, Recife – PE CEP: 50.751-530
Fone: (081) 3184-0186

droga de escolha, preconizada pelo Ministério da Saúde, é a Dietilcarbamazina (DEC). Esta medicação é apresentada em comprimidos de 50mg. O esquema padrão de tratamento com DEC, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é de 6mg/Kg/dia por 12 dias, podendo-se dividir a dose total diária em três subdoses. Porém, deve-se evitar sua administração em crianças com menos de dois anos de idade, gestantes e nutrízes.

É fundamental destacar o envolvimento das equipes dos Programas de Saúde da Família (PSF) para realização do tratamento e acompanhamento das pessoas com diagnóstico da filariose linfática.

4- NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO NO SINAN

Todos os casos NOVOS que preencham os critérios de diagnósticos acima citados, devem ser notificados IMEDIATAMENTE no SINAN e à Secretaria Estadual de Saúde, através da ficha de notificação da filariose (Anexo). Também DEVE ser realizada a investigação epidemiológica dos moradores do mesmo domicílio do caso detectado e dos residentes da área de investigação, através de busca ativa por meio de exame de gota espessa ou teste rápido (ICT ou FTS). Essa ação de bloqueio deverá ser realizada em pelo menos em um raio de dez casas a partir da residência do indivíduo infectado; além de coleta de fêmeas do inseto vetor (*Culex quinquefasciatus*), no domicílio investigado e nas residências vizinhas, sendo coletados aleatoriamente (podendo-se considerar vizinhos as casas encontradas até 20 metros à esquerda e à direita da casa referência do caso positivo), a fim de averiguar a infecção vetorial no ambiente conforme orientações do Guia de vigilância epidemiológica e eliminação da filariose linfática do Ministério da Saúde. As fêmeas coletadas deverão ser encaminhadas para o Serviço de Referência em Controle de Culicídeos Vetores/ Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fiocruz/PE.

5- NOTIFICAÇÃO DE CASOS IMPORTADOS

Por meio do Ofício circular nº 61/2014-GAB/SVS/MS foi apresentada a ficha simplificada de notificação de casos importados de Filariose Linfática, tratando-se de um importante instrumento para registrar os casos em imigrantes a fim de verificar a necessidade de implementação de medidas adicionais de vigilância epidemiológica. Portanto os casos importados com diagnóstico comprovado

de FL (detectados nos serviços ou em pesquisas) devem ser registrados no FormSUS por meio do link:http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=14269.

OBS: Para maiores esclarecimentos deve-se prioritariamente procurar a Coordenação Municipal do Programa de Controle da Filariose Linfática ou a respectiva Gerência Regional de Saúde (GERES) ou ainda entrar em contato com Programa SANAR (Coordenação Estadual do Programa de Controle da Filariose) pelo telefone (81) 3184-0186 ou através do endereço eletrônico: filariosepe@gmail.com.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica e eliminação da filariose linfática/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 2- Organização Mundial de Saúde. Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration in the global programme to eliminate lymphatic filariasis: a manual for national elimination programmes. World Health Organization, 2011.

Nota

- Serviço de Referência Nacional em Filariose, Campus da UFPE, Av. Moraes Rego S/N, CEP 50670-420, Recife/PE, Tel.: (81) 21012500 / 21012575.
- Serviço de Referência em Controle de Culicídeos Vetores, Campus da UFPE, Av. Moraes Rego S/N, CEP 50670-420, Recife/PE, Tel.: (81) 21012500 / 21012645.


Bárbara Morgana da Silva
Coordenadora Estadual do Programa
de Vigilância da Filariose

Bárbara Morgana da Silva
Gerente das Doenças Negligenciadas
Mat.: 1.108.320-4 / SES-PE


Alexandre Menezes
Superintendente do Programa SANAR

Alexandre Menezes
Superintendente do
Prog. Sanar
Mat. 363.170-2 SES/SEVS

ANEXO

República Federativa do Brasil
Ministerio da Saúde

Nº _____

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL
FILARIOSE**

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença FILARIOSE		Código (CID10) B 74.0	3 Data da notificação
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violação
	8 Nome do paciente					9 Data de nascimento
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Anos		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1 1º Trimestre 2 2º Trimestre 3 3º Trimestre 4 Não gestacional/ Ignorado 5 Não 6 Não se aplica 9 Não sabe		13 Raça/Cor 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena 9 Ignorado
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe		
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares					
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação		33 Residente ou procedente de área endêmica 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Se sim, qual local? _____	
	34 Tempo de residência nesse local 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano		35 Dados da investigação entomológica Presença de infecção vetorial 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Antecedentes Clínicos	36 História de: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Familiar de linfedema <input type="checkbox"/> Trauma localizado <input type="checkbox"/> Linfedema Há quanto tempo? 1 - Dia Cirurgia vascular ortopédica <input type="checkbox"/> Trombose venosa <input type="checkbox"/> Hidrocele Há quanto tempo? 2 - Mês Imobilização prolongada de membros <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Quilúria Há quanto tempo? 3 - Ano					
	37 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Generais: Febre <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Perda de peso <input type="checkbox"/> Quilúria <input type="checkbox"/> Tosse asmática <input type="checkbox"/> Dispnéia Locais: Dor, Calor e Rubor <input type="checkbox"/> Linfedema <input type="checkbox"/> Epididimite <input type="checkbox"/> Erisipela Orquite <input type="checkbox"/> Hidrocele <input type="checkbox"/> Elefantíase <input type="checkbox"/> Outros _____ Hiperplasia ganglionar Especifique <input type="checkbox"/> 1 Inguinal 3 Epirocleana Adenite <input type="checkbox"/> 1 Inguinal 3 Epirocleana 2 Axilar 4 Outra localização Especifique <input type="checkbox"/> 2 Axilar 4 Outra localização					
Dados Clínicos	38 Localização Sinais e Sintomas Locais 1 - Sim 2 - Não 3 - Não apresenta Membro superior <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Membro inferior <input type="checkbox"/> Órgãos genitais <input type="checkbox"/>					

Filariose SVS 11.07.2008

5 *[Handwritten signature]*

ANEXO

Dados de Laboratório	39 Parasitológico 1-Positivo 2-Negativo 9-Não realizado <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Filtração <input type="checkbox"/> Hemoconcentração <input type="checkbox"/> PCR	40 Imunodiagnóstico 1-Positivo 2-Negativo 9-Não realizado <input type="checkbox"/> Og4C3 - ELISA <input type="checkbox"/> Teste do cartão (ICT)
	41 Contagem de eosinófilos _____ mm ³	42 Proteinúria de 24 horas _____ mg/L
	43 Identificação do verme adulto 1-Sim 2-Não 9-Não realizado <input type="checkbox"/> Ultrassonografia <input type="checkbox"/> Exame histológico	
Tratamento	44 Tratamento <i>Se realizado, especificar esquema terapêutico:</i> 1. realizado <input type="checkbox"/> 1. Dietilcarbamazina (DEC) 6mg/kg/dia 12 dias 2. não realizado <input type="checkbox"/> 2. DEC/dose única semestral/2 anos 9. ignorado <input type="checkbox"/> 3. DEC/dose única anual/4 anos <i>Se não realizado, especificar motivo:</i> <input type="checkbox"/> 1. abandono <input type="checkbox"/> 4. DEC (outro esquema terapêutico) <input type="checkbox"/> 2. recusa <input type="checkbox"/> 5. Outros <input type="checkbox"/> 9. Não se aplica	45 Data de início do tratamento atual ____/____/____
	46 Critério de confirmação ou descarte 1. clínico-epidemiológico <input type="checkbox"/> 2. Laboratorial <input type="checkbox"/> 3. clínico-epidemiológico-laboratorial <input type="checkbox"/>	
Diagnóstico	47 Classificação final <input type="checkbox"/> 1. Confirmado <input type="checkbox"/> 2. Descartado	
	48 Se confirmado, o caso é: <input type="checkbox"/> 1. Autóctone <input type="checkbox"/> 2. Alóctone	
	49 Forma Clínica 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Microfilaremia/Antigenemia assintomática <input type="checkbox"/> Eosinofilia Pulmonar Tropical <input type="checkbox"/> Adenopatia filarial <input type="checkbox"/> Doença Filial Aguda <input type="checkbox"/> Doença Filial Crônica <i>Especifique (1- sim 2- não 9- ignorado)</i> <i>Especifique (1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado)</i> <input type="checkbox"/> Adenite <input type="checkbox"/> Orquite <input type="checkbox"/> Linfedema <input type="checkbox"/> Hidrocele <input type="checkbox"/> Linfangite <input type="checkbox"/> Orquiepididimite <input type="checkbox"/> Elefantíase <input type="checkbox"/> Quilúria <input type="checkbox"/> Adenolinfangit <input type="checkbox"/> Epididimite	

Informações complementares e observações

Descrever se houve deslocamento para área rural dentro do município de residência ou para outros municípios (no período de 15 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	Endereço	Localidade

Observações:

Investigador	50 Município/Unidade de Saúde	51 Cód. da Unid. de Saúde
	52 Nome	53 Função

Filariose SVS 11-07-2008