

NOTA TÉCNICA 001/2019
ASSUNTO: LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA

Considerando a Lei 8.209, de 30 de maio de 2019, que dispõe sobre o Programa de Controle e Profilaxia da Leishmaniose Visceral no município de Santa Cruz do Sul, em vigor desde sua publicação;

Considerando que o município de Santa Cruz do Sul é área de transmissão de Leishmaniose Visceral (LV);

Considerando que a doença é de difícil controle, com alta letalidade em indivíduos não tratados, impossibilidade de erradicação do vetor e tendência de expansão para vários outros municípios;

O Setor de Vigilância Sanitária (SVS) vem reforçar aos Médicos Veterinários a relevância dessa zoonose e a necessidade de notificar TODOS os animais com sintomatologia clínica compatível com a doença.

A notificação é obrigatória e deve ser feita mediante o envio de amostra de sangue ao SVS.

1) DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO

Considera-se caso suspeito canino:

I – Todo o cão com manifestações clínicas compatíveis com LVC, como apatia; emagrecimento; descamação furfurácea e úlceras na pele, geralmente no focinho, ao redor dos olhos, orelhas e extremidades; conjuntivite; paresia de membros posteriores e onicogribose.

II – Com pelo menos 1 (um) dos vínculos epidemiológicos:

- a) procedência de área endêmica;
- b) exposição a ambientes de risco (rural, silvestre ou periurbano com presença de mata até cem metros de distância);
- c) animal com genitora procedente ou com histórico de deslocamento para um das áreas acima descritas;
- d) animal com genitora portadora de LVC confirmada;
- e) fêmea que tenha cruzado com macho procedente ou com histórico de deslocamento para ambientes de risco;
- f) fêmea que tenha cruzado com macho diagnosticado com LVC, com laudo confirmatório.

OBSERVAÇÃO: Nem todos os cães apresentam sinais clínicos, mas podem ser fontes de infecção e, portanto, um risco à saúde pública. A única forma de detectar se os animais são portadores de LV é através dos exames laboratoriais específicos.

2) NOTIFICAÇÃO

A notificação de caso suspeito canino deverá ser feita mediante o envio de amostra de sangue acompanhada de Ficha de Investigação e Notificação de LVC padronizada (ANEXO 2) ao SVS, sendo imprescindível a assinatura e carimbo do médico veterinário.

Os exames realizados pelo SVS/LACEN são gratuitos, não podendo ser cobrados pelo médico veterinário.



A colheita de sangue deverá ser enviada em tubos SEM anticoagulantes de tampa vermelha (tubo seco) ou amarela (com gel ativador de coágulo), devidamente identificados.

O cão deverá usar, de imediato, coleira repelente durante todo o processo de investigação.

3) DIAGNÓSTICO EM CÃES

A confirmação da Leishmaniose Visceral Canina (LVC) é feita pelo diagnóstico laboratorial baseado em exames sorológicos e parasitológicos.

As duas técnicas sorológicas preconizadas pelo Ministério da Saúde são: teste imunocromatográfico (TR DPP) e ELISA, sendo o primeiro um teste rápido para triagem e o segundo confirmatório.

Esses exames são realizados no Laboratório Central do Estado (LACEN). **Quando realizados em laboratórios privados, devem obrigatoriamente ser repetidos no LACEN.**

O exame parasitológico é realizado SOMENTE MEDIANTE SUSPEITA DE AUTOCTONIA, objetivando caracterizar a *Leshmania chagasi* em animal com diagnóstico sorológico confirmado.

4) CASOS CONFIRMADOS (cães positivos para LVC)

O proprietário de animal positivo para LVC deverá assinar Termo de Ciência e Responsabilidade (ANEXO 3), devendo optar por uma das seguintes determinações:

a) adotar o procedimento recomendado pelo Ministério da Saúde, previsto na Portaria Interministerial nº 1.426, de 11/07/2008; ou

b) optar pelo tratamento, nos termos da Lei nº 8.209, de 30/05/2009 e da presente Nota Técnica, arcando com as despesas inerentes ao mesmo.

5) PROCEDIMENTO RECOMENDADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde recomenda a eutanásia de cães portadores de LVC como medida de saúde pública para controle da doença.

O proprietário do cão portador de LVC que optar pela eutanásia deverá assinar o Termo de Autorização para Eutanásia (ANEXO 5).

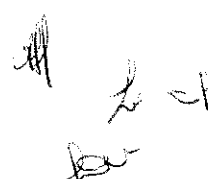
A eutanásia somente poderá ser realizada por médico veterinário e deverá ser cumprido o estabelecido na Resolução nº 714, de 20 de junho de 2002, do Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV).

É obrigatório o preenchimento de atestado de óbito de todos os cães portadores de LVC que forem eutanasiados ou tiverem óbito natural, assinado e carimbado por médico veterinário responsável pelo caso, e entregue ao SVS (ANEXO 6).

6) TRATAMENTO

O tratamento de cães não é uma medida recomendada, pois não diminui a importância do cão como reservatório do parasito.

O proprietário que optar pelo tratamento de seu cão portador de LVC deverá encaminhar ao SVS, no prazo máximo de 5 (cinco) dias, a contar da data da ciência do diagnóstico confirmatório, o Termo de Responsabilidade por Tratamento e Recusa de Eutanásia (ANEXO 4), devidamente assinado pelo proprietário e pelo médico veterinário responsável pelo cão, arcando com as despesas inerentes ao tratamento, durante o resto da vida do animal.



Todo cão portador de LVC deverá ter um médico veterinário como responsável técnico, o qual se comprometerá a manter, rigorosamente, o protocolo estabelecido e demais normas exigidas.

Deverá ser entregue ao SVS, logo no início do tratamento, a cópia da nota fiscal de compra do medicamento à base de miltefosina e da coleira repelente à base de deltametrina 4%.

A cada 03 (três) meses, o cão deverá ser submetido à avaliação clínica e exames laboratoriais pelo médico veterinário responsável, devendo ser entregues ao SVS o laudo médico e cópia dos exames.

O cão portador de LVC em tratamento deverá ser mantido segregado de áreas de mata, devendo, ainda, o proprietário informar ao SVS toda e qualquer saída do cão de seu domicílio, seja de forma temporária (pernoites e viagens) ou mudança definitiva de residência (ANEXO 7).

O uso da coleira repelente é obrigatório durante toda a vida do animal, devendo ser realizadas as trocas regulares dentro do prazo de ação do produto, enviando cópia da nota fiscal de cada compra da coleira ao SVS.

Havendo suspensão do tratamento ou óbito do cão, o proprietário e o médico veterinário ficam obrigados a comunicar o SVS, por escrito, no prazo de 05 (cinco) dias, a contar da suspensão ou do óbito.

Importante salientar que o tratamento de cães com drogas de uso humano levam ao risco de selecionar parasitos resistentes às drogas utilizadas para tratamento humano e, por essa razão, é proibido, conforme Portaria Interministerial nº 1.426/2008. As drogas disponíveis para tratamento humano da leishmaniose visceral são poucas e, havendo resistência parasitária a elas, torna-se muito difícil tratar os casos humanos aumentando o número de óbitos.

7) VACINAÇÃO CONTRA LVC

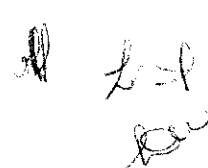
Cães vacinados contra LV que venham a apresentar sorologia positiva é interpretado como sendo portadores de leishmaniose e estarão sujeitos às medidas sanitárias vigentes, visto que a vacina tem falhas. Por essa razão, a vacinação não é recomendada como medida de saúde pública pelo Ministério da Saúde.

Todo cão vacinado para LV deverá, obrigatoriamente, ser mantido com coleira repelente à base de deltametrina 4%, efetuando as trocas regulares dentro do prazo de ação do produto, durante toda a vida.

RECOMENDAÇÕES

Em virtude de ser uma enfermidade com alta letalidade em indivíduos não tratados, impossibilidade de erradicação do vetor e tendência de expansão para vários municípios do Estado, recomendamos:

- Sensibilização dos profissionais da área da saúde pública e privada no município de Santa Cruz do Sul, por ser área de transmissão de LV.
- Notificação imediata de animais e humanos com suspeita clínica de LV ao Setor de Vigilância Sanitária (SVS) e Setor de Vigilância Epidemiológica (SVE).
- Adoção de medidas de controle e prevenção do vetor, tais como redução da proliferação de flebotomíneos através da limpeza de quintais, eliminação de resíduos orgânicos, etc.
- Adoção de medidas de proteção individual, tais como uso de mosquiteiro com malha fina, telagem de portas e janelas, uso de repelentes, não se expor nos horários de atividade do vetor (crepúsculo e noite) em ambientes onde este habitualmente pode ser encontrado.



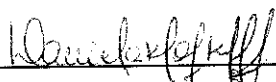
LINK DO MAPA DE CASOS POSITIVOS DE LV NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL

https://is.gd/mapa_leishmaniose_SCS

QR CODE:



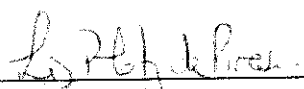
Santa Cruz Do Sul, 19 de julho de 2019.



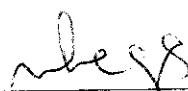
Daniela Votto Klafke
Médica Veterinária Setor Vigilância Sanitária
Programa de Controle e Profilaxia da LV



Luciane Weiss Kist
Enfermeira Setor de Vigilância Epidemiológica



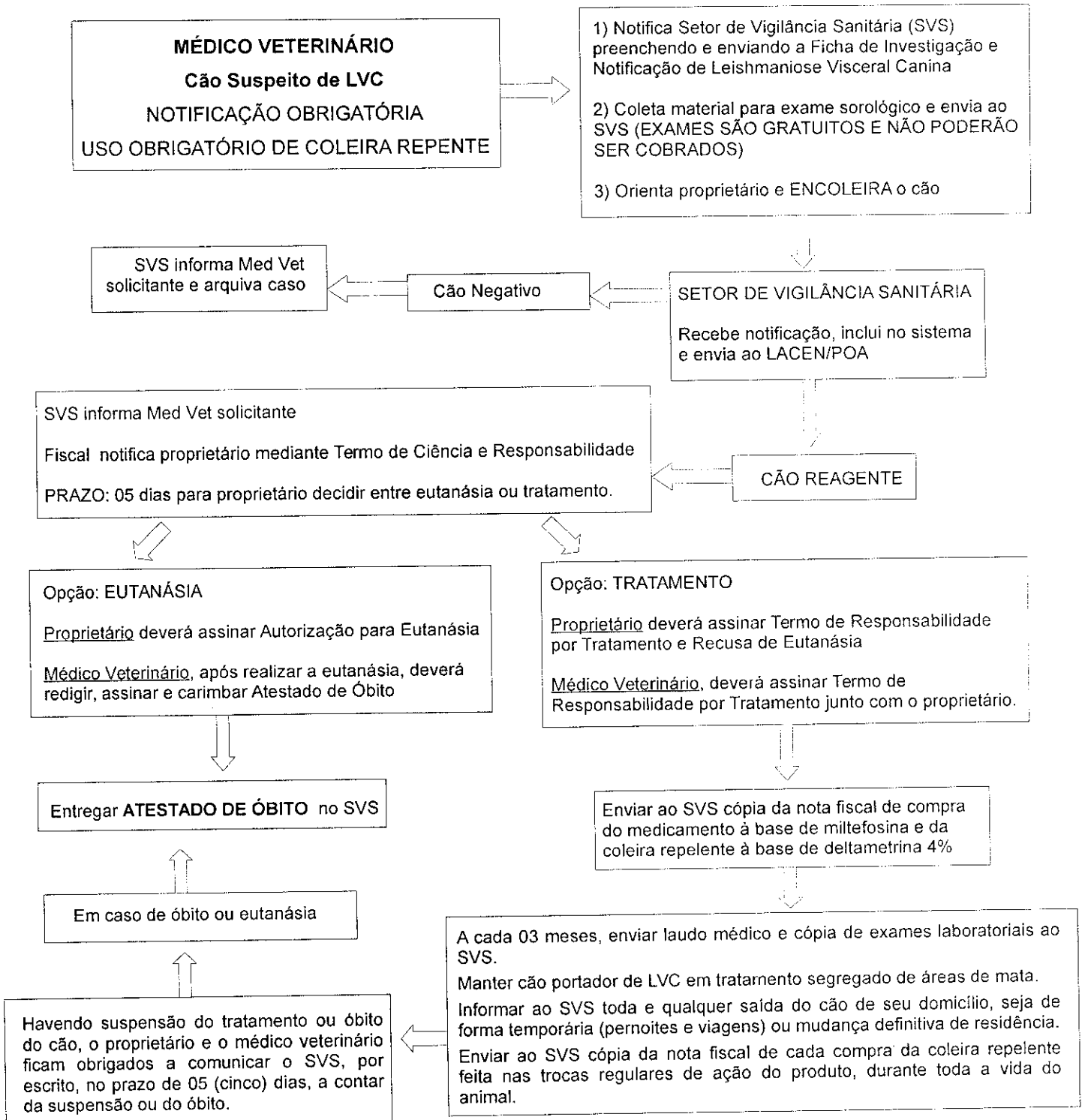
Lizete Plotzki de Pires
Coordenadora da Unid. Vig. e Ações em Saúde



Régis de Oliveira Júnior
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO 1

FLUXO PARA NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE LVC NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL

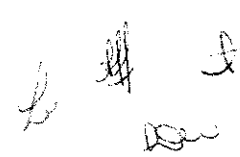


Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

N^o

ANEXO 2 – FICHA DE INVESTIGAÇÃO E NOTIFICAÇÃO LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA

Dados Gerais	Nome do animal		Microchip		
	Nome do proprietário/responsável		Documento		
	Logradouro (rua, avenida, ...)		Número	Bairro	
	Complemento		Município:		
	Coordenadas (WGS84) S _____ W _____		Telefone		
Dados do Animal	Raça <input type="checkbox"/> SRD		Sexo <input type="checkbox"/> macho <input type="checkbox"/> fêmea		
	Pelagem <input type="checkbox"/> curto <input type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> longo <input type="checkbox"/> outro		Cor		
	Idade	Medicamento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quais?			
	Vacina contra Leishmaniose <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Observações		
1ª Dose: / /		2ª Dose: / /			
3ª Dose: / /					
Dados Clínicos	Sinais Clínicos <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Emagrecimento <input type="checkbox"/> Atrofia muscular <input type="checkbox"/> Pêlo opaco <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Descamação		<input type="checkbox"/> Hiperqueratose <input type="checkbox"/> Úlceras Cutâneas <input type="checkbox"/> Alterações Oftálmicas <input type="checkbox"/> Onicogribose <input type="checkbox"/> Aumento dos linfonodos <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia		
	<input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Paresia dos membros anteriores		Observações		
Informações epidemiológicas	Localidade		Abrigo noturno do cão		
	<input type="checkbox"/> Área Urbana <input type="checkbox"/> Área Rural <input type="checkbox"/> Mata nativa (até 100m)		<input type="checkbox"/> Interior do domicílio <input type="checkbox"/> Exterior do domicílio <input type="checkbox"/> Errante Comunitário		
	Presença de outros cães <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos?				
	Presença de outros animais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quais?				
	Município de origem do cão				
	Deslocamentos				
Município: _____ UF: _____ Data: ____/____/____ a ____/____/____					
Município: _____ UF: _____ Data: ____/____/____ a ____/____/____					
Município: _____ UF: _____ Data: ____/____/____ a ____/____/____					
Outras informações importantes					
Dados da coleta	Data da Coleta ____/____/____		Amostra <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Outro:		
	Exame realizado		Data do Exame: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente		
	Exame requisitado		<input type="checkbox"/> Teste Rápido Imunocromatográfico DPP* <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> Outro:		
Investigador	Veterinário responsável pela coleta Carimbo e Assinatura		PARA USO EXCLUSIVO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SANTA CRUZ DO SUL		
	Telefone		Data		
		Telefone (51) 3715-1546			



ANEXO 3

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, CPF _____, residente no endereço _____, bairro _____, telefone () _____ declaro estar ciente do diagnóstico positivo para Leishmaniose Visceral do cão de minha propriedade abaixo especificado, conforme exames laboratoriais recebidos nesta data.

Estou ciente dos riscos de manter um cão portador de Leishmaniose Visceral Canina e de que, embora o cão seja tratado como membro da família, sendo ele portador da doença, existe um risco coletivo de transmissão, e me comprometo a cumprir, rigorosamente, a legislação vigente.

Afirmo estar ciente também sobre as orientações acerca do destino do animal e dentro do prazo máximo de cinco (05) dias informarei o Setor de Vigilância Sanitária (SVS) sobre minha decisão. Havendo óbito do animal, durante esse período, concordo em providenciar atestado de óbito ou outro método que comprove a morte natural.

Caso opte pela eutanásia, estou ciente que devo encaminhar o animal a um médico veterinário para que realize o procedimento em conformidade com a legislação vigente.

Caso opte pelo tratamento, estou ciente de que em cinco (05) dias da assinatura deste, devo entregar no SVS o Termo de Responsabilidade por Tratamento e Recusa de Eutanásia, devidamente assinado por mim e pelo Médico Veterinário responsável pelo tratamento. Durante este período manterei permanentemente o animal com coleira impregnada com Deltametrina 4% como repelente para flebótomos.

Declaro estar ciente de que todas as despesas inerentes ao tratamento, durante o resto da vida do animal, serão por minha conta.

Igualmente, declaro as especificações do referido animal, dato e assino o presente Termo de Responsabilidade conforme meu documento de identificação.

Nome: _____	Raça: _____
Sexo: () fêmea () macho	Idade: _____ Pelagem: _____

_____ de _____ de _____.

Proprietário do animal

Servidor Público Municipal

TESTEMUNHAS:

1° _____

2° _____

[Handwritten signatures]

ANEXO 4

TERMO DE RESPONSABILIDADE POR TRATAMENTO E RECUSA DE EUTANÁSIA

Eu, _____, CPF _____, residente no endereço _____, telefone () _____, bairro _____, declaro que me RECUSO a entregar o cão de minha propriedade para realização de eutanásia.

Estou ciente de que o animal apresentou diagnóstico positivo para Leishmaniose Visceral Canina, conforme exames laboratoriais recebidos no dia ____/____/____.

Estou ciente das consequências que esta decisão implica em termos de saúde pública e ME COMPROMETO a seguir todas as normas estabelecidas na legislação vigente, sob pena de sofrer as sanções legais cabíveis.

Para fins de ordem legal, autorizo a prática dos procedimentos veterinários e declaro que estou ciente dos riscos inerentes a qualquer prática anestésico-cirúrgico médico veterinária a ser realizada no animal de minha propriedade pelo médico veterinário escolhido como responsável técnico pelo caso, abaixo especificado.

Concordo em cumprir todas as determinações exigidas, entre elas:

- 1) manter o cão com coleira repelente à base de deltametrina 4%, respeitando as trocas periódicas, conforme especificações do fabricante, enviando cópia de todas as notas fiscais de compra ao Setor de Vigilância Sanitária (SVS);
- 2) não realizar tratamento com medicamentos de uso humano ou não registrados no MAPA;
- 3) realizar tratamento com medicamento à base de miltefosina, enviando cópia da nota fiscal de compra do produto ao SVS e cumprir o protocolo definido pelo fabricante;
- 4) enviar cópias de exames laboratoriais (hemograma, uréia, creatinina, proteína total e frações, qPCR e imunohistoquímica de borda de orelha) e laudo médico comprovando a ausência de sinais clínicos após o término do tratamento e, posteriormente, a cada 03 meses;
- 5) repetir novo ciclo de administração do medicamento à base de miltefosina sempre que necessário;
- 6) castrar o animal sororreagente. Enquanto a condição de saúde do animal impedir a cirurgia, o cão não poderá acasalar para evitar transmissão sexual e vertical da doença;
- 7) permitir a microchipagem do animal;
- 8) manter cão domiciliado, impedindo trânsito na via pública, comunicando por escrito ao SVS todas as saídas temporárias (pernoites e viagens) ou permanente (mudança de domicílio);
- 9) comunicar ao SVS se houver suspensão de tratamento ou óbito do animal;
- 10) manter o quintal limpo e livre de matéria orgânica (folhas, frutas, fezes de animais e lixo);
- 11) arcar com todos os custos do tratamento (consultas, medicamentos, exames).

Igualmente, declaro as especificações do referido animal, dato e assino o presente Termo de Responsabilidade conforme meu documento de identificação.

Nome: _____	Raça: _____
Sexo: () fêmea () macho	Idade: _____ Pelagem: _____

_____ de _____ de _____.

Proprietário do animal

Médico Veterinário Responsável Técnico
Nome: _____
CRMV/RS _____ CPF _____
Telefones: () _____ / _____

TESTEMUNHAS:

1° _____

2° _____

ANEXO 5

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA EUTANÁSIA

Venho, por meio desta, DECLARAR que, por minha livre e espontânea iniciativa, AUTORIZO A EUTANÁSIA DO ANIMAL DE MINHA PROPRIEDADE, abaixo especificado, a ser realizada por Médico Veterinário conforme a Resolução nº 714 de 20 de junho de 2002 do Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV), nada havendo o que possa reclamar em qualquer oportunidade.

Igualmente, declaro as especificações do animal de minha propriedade, dato e assino o presente Termo de Responsabilidade, de acordo com o meu documento de identificação.

DADOS DO ANIMAL

Nome: _____ Raça: _____
Pelagem: _____ Sexo: () fêmea () macho Idade: _____
Microchip: _____

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Proprietário: _____
Endereço: _____
RG: _____ CPF: _____
Telefones: _____

Santa Cruz do Sul, _____ de _____ de _____

(Assinatura do proprietário do animal)

[Handwritten signature]

ANEXO 6

ATESTADO DE ÓBITO DE CÃO PORTADOR DE LVC

Nome do Médico Veterinário: _____ CRMV: _____
Nome do Estabelecimento: _____
Endereço do Estabelecimento: _____

Identificação do animal:

ATESTO, para os devidos fins, que o animal de nome _____, espécie canina, raça _____, sexo: () fêmea () macho, idade _____, pelagem _____, foi a óbito, por () morte natural () eutanásia, às _____h _____min do dia ____/____/_____ no município de _____.

Informações a respeito da *causa mortis*:

Animal sororreagente e/ou com exame parasitológico positivo para Leishmaniose Visceral.

OBS: Realizada a eutanásia conforme recomendação do Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral / Ministério da Saúde.

Identificação do proprietário:
Nome: _____
RG / CPF: _____ Telefone: () _____
Endereço: _____

_____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do Médico Veterinário Responsável

ANEXO 7

COMUNICAÇÃO DE SAÍDA DE CÃO PORTADOR DE LVC DO DOMICÍLIO

Eu, _____, CPF _____, residente no endereço _____, bairro _____, telefone () _____ declaro estar ciente do diagnóstico positivo para Leishmaniose Visceral do cão de minha propriedade e COMUNICO A SAÍDA do animal de seu domicílio, nas condições abaixo especificadas.

MOTIVO DA SAÍDA: _____
() temporária (pernoites e viagens) () definitiva (mudança de residência)

ENDEREÇO ATUAL DO CÃO:

n° _____ Bairro _____
Município _____

DESTINO DO CÃO:

n° _____ Bairro _____
Município _____

DATA DA SAÍDA: ____ / ____ / ____

DATA DE RETORNO: ____ / ____ / ____

DADOS DO ANIMAL
Nome: _____ Raça: _____
Pelagem: _____ Sexo: () fêmea () macho Idade: _____
Microchip: _____

Estou ciente das consequências que esta decisão implica em termos de saúde pública e ME COMPROMETO a seguir todas as normas estabelecidas na legislação vigente, sob pena de sofrer as sanções legais cabíveis.

_____ de _____ de _____.

Proprietário do animal

Médico Veterinário Responsável Técnico
Nome: _____
CRMV/RS _____ CPF _____
Telefones: () _____ / _____