

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

MARCIO HEBER GOMIDE JUNIOR

Profilaxia da raiva humana em Luiz Antônio, SP, Brasil:
características das ocorrências e atenção médica prestada
aos pacientes

Ribeirão Preto

2013

MARCIO HEBER GOMIDE JUNIOR

**Profilaxia da raiva humana em Luiz Antônio, SP, Brasil:
características das ocorrências e atenção médica prestada
aos pacientes**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Saúde na
Comunidade

Área de concentração:
Medicina Social

Orientador:
Prof. Dr. Afonso Dinis Costa
Passos

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

G633 Gomide Junior, Marcio Heber

 Profilaxia da raiva humana em Luis Antônio, SP, Brasil: características das ocorrências e atenção médica prestada aos pacientes. Ribeirão Preto, 2013.

 94 p. : il. ; 30 cm

 Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

 Orientador: Passos, Afonso Dinis Costa.

 1. Raiva (Doença). 2. Atenção à saúde. 3. Luís Antônio (SP).

CDU 616.988.21

Nome: Gomide Junior, Marcio Heber

Título: Profilaxia da raiva humana em Luiz Antônio, SP, Brasil: características das ocorrências e atenção médica prestada aos pacientes

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde na Comunidade

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Afonso Dinis Costa Passos

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Adolorata Bianco Carvalho

Instituição: Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias de Jaboticabal - UNESP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Fernando Bellissimo Rodrigues

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Para Marcio, Maria e Eduardo, minha família,
pelo imenso carinho e zelo ao longo dos anos.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Afonso, pelo aceite em me guiar pelos caminhos do mestrado. Sou grato pelas tuas orientações e intelectualidade.

Aos avaliadores da minha dissertação, Professores Fernando e Professora Adolorata, pelo aceite, disponibilidade e colaboração.

Aos meus amigos e colegas de mestrado que tornaram a caminhada muito mais divertida, barulhenta e saudosa e aos meus amigos de especialização em saúde pública, que acreditaram em mim e incentivaram meu mestrado.

Aos meus amigos *visaxonados*, que muito me incentivaram, dividiram agonias e risadas; e aos meus colegas, amigos, chefes e companheiros de uma cidadezinha inacreditável chamada Luiz Antônio, pelo companheirismo, contribuição e permissão da minha evolução profissional e pessoal.

Aos meus amigos e irmãos-de-outro-ventre de graduação, que não são só amigos, são família. Pra sempre. Mesmo longe estamos juntos.

À minha amiga-irmã-poderosa-sabe-tudo-e-mais-um-pouco Wanessa, minha gratidão por gostar de mim mais do que eu consigo demonstrar que amo você. E tua família. Todos.

Ao meu amigo, melhor amigo, e melhor conhecedor de mim mesmo, Leandro, obrigado pela companhia, alegria, ombro, enfim, você sabe de mim mais que eu mesmo.

À minha BFF e *potteriana* Paulinha, pelos mágicos momentos de alegrias, tristezas e bolas de vôlei. E de figuração também.

À minha mais querida *kulega* e sua família, principalmente meus sobrinhos postiços Danilo e Murilo, pela alegria e companhia ao longo dos anos.

Ao meu querido amigo Milton, que entre um café e outro, me incentivou culturalmente, intelectualmente e gastronomicamente.

Aos meus avós pelo carinho permanente e incentivo aos estudos.

À minha Tia Márcia pelo carinho de mãe e incentivos vívidos pelos estudos e comprometimento profissional.

À minha tia-madrinha Meire e zio Marcello pelo sempre presente apoio apesar de um oceano de distância.

À todos os meus mais-que-amados bichos de estimação, que fazem do meu mundo melhor com suas penas, pelos, rabos e focinhos.

Enfim, à todos aqueles que por mim passaram, permaneceram ou já se foram, que me fizeram melhor. ***Agradeço por tudo.***

“Palavras são, na minha nada humilde opinião, nossa inesgotável fonte de magia. Capazes de causar grandes sofrimentos e também de remediá-los.”

Alvo Dumbledore

RESUMO

Gomide Junior MH. Profilaxia da raiva humana em Luiz Antônio, SP, Brasil: características das ocorrências e atenção médica prestada aos pacientes [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2013. 94 f.

A raiva é uma zoonose caracterizada como encefalite viral progressiva aguda e letal. Tem alta transcendência, letalidade de aproximadamente 100%, e é considerada um grave problema de saúde pública. Ocorre em mais de 150 países. Em diversos países das Américas, da Europa e da Ásia o ciclo urbano da infecção já não existe, porém o ciclo silvestre permanece um desafio. A doença no Brasil é endêmica e a maioria dos casos humanos ocorre na região nordeste. Entre 2001 e 2010, foram notificados 163 casos de raiva humana no Brasil, sendo que 47% foram transmitidos por cães e 45% por morcegos. Apesar do controle do ciclo urbano da raiva, os atendimentos antirrábicos humanos notificados têm aumentado nos últimos dez anos. Entre 2000 e 2009, foram notificados mais de 4 milhões de atendimentos antirrábicos humanos no país. O objetivo foi estudar a ocorrência de acidentes com potencial risco de transmissão de raiva em pacientes de Luiz Antônio, SP e o tipo de atenção médica prestada. O estudo foi descritivo do tipo levantamento epidemiológico. Foram analisados os dados das fichas de atendimento antirrábico humano. Concluiu-se que o perfil de paciente mais atendido na década foi o adulto jovem, do sexo masculino, com idade média de 25 anos, escolaridade de até sete anos, residente da zona urbana do município, que procurou atendimento médico no mesmo dia da agressão, não possuía tratamento antirrábico anterior e foi mordido superficialmente em mão ou pé por um cão sadio. O tratamento médico mais indicado pelo Serviço de Saúde foi a vacinação pós-exposição e que foi completamente realizada. Ocorreu elevado percentual de abandono do tratamento, bem como de não procura ativa pelos profissionais do serviço de saúde. As prescrições de soro antirrábico foram confirmadas pelo Hospital de referência em 86,2% dos encaminhamentos. Sugere-se aprimorar a capacitação dos profissionais da rede a respeito das condutas preconizadas para a profilaxia da raiva, melhorar a integração com os profissionais da área veterinária para avaliação dos animais envolvidos e adequar instrumentos e sistema de informação.

Palavras-chave: Raiva. Epidemiologia. Saúde pública. Avaliação de Serviço de Saúde.

ABSTRACT

Gomide Junior MH. Prevention of human rabies in Luiz Antonio, SP, Brazil: occurrence and characteristics of medical care provided to patients [dissertation] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2013. 94 f.

Rabies is a zoonosis characterized as an acute progressive and lethal viral encephalitis. It has high transmissibility, lethality of approximately 100%, and is considered a serious public health problem. Rabies occurs in more than 150 countries. Its urban cycle no longer exists in several countries of the Americas, Europe and Asia, but the wild cycle remains a challenge. The disease is endemic in Brazil and most human cases occur in the Northeast area. Between 2001 and 2010, 163 cases of human rabies were reported in Brazil, of which 47% were transmitted by dogs and 45% by bats. Despite the urban cycle control of rabies, human attendances have increased in the last ten years. Between 2000 and 2009, more than 4 million attendances were reported in the country. The objective of this investigation was to study the occurrence of accidents with the potential risk of transmission of rabies in patients from Luiz Antônio, state of São Paulo, Brazil, and assess the type of medical care provided. A descriptive epidemiological survey was carried out, analyzing data from post-exposure medical records. The profile of patients treated over the decade was: young adult male with a mean age of 25 years, schooling up to seven years, residing in the urban area of the municipality, who sought medical care on the same day of the assault, had no previous rabies treatment and was superficially bitten in the hands or foot by a healthy dog. The most indicated treatment was post-exposure vaccination, which was usually completely performed. There was a high percentage of noncompliance and not active searching for missing patients at the health service. The prescriptions for anti-rabies serum were confirmed by the Referral Hospital in 86.2% of the cases. Improvements are necessary in the following items: training of health professionals about the recommended approaches for rabies prophylaxis; integration with veterinarians to assess the involved animals; renewal and adequacy of the information system.

Keywords: Rabies. Epidemiology. Public health. Assessment of Health Service

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ficha de atendimento antirrábico humano – modelo 2000.	36
Figura 2 - Ficha de atendimento antirrábico humano – modelo 2002.	37
Figura 3 - Ficha de atendimento antirrábico humano – modelo 2002 corrigido.	38
Figura 4 - Ficha de atendimento antirrábico humano – modelo 2005.	39
Figura 5 - Ficha de atendimento antirrábico humano – modelo 2007.	40
Figura 6 – Distribuição de atendimentos profiláticos antirrábicos na cidade de Luiz Antônio, de 2001 a 2010.	41
Figura 7 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo escolaridade, 2001 a 2010.	43
Figura 8 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo local de residência, 2001 a 2010.	44
Figura 9 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo tipo de possível exposição ao vírus rábico, 2001 a 2010.	46
Figura 10 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo localização anatômica das lesões, 2001 a 2010.	49
Figura 11 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo tipo do ferimento, 2001 a 2010.	52
Figura 12 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo antecedente de tratamento antirrábico, 2001 a 2010.	54
Figura 13 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo número de doses de vacina aplicadas previamente, 2001 a 2010.	56
Figura 14 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo a espécie do animal agressor, 2001 a 2010.	59
Figura 15 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo a espécie do animal agressor e ano de ocorrência, 2001 a 2010.	62

Figura 16 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo a condição de saúde do animal agressor, 2001 a 2010. 63

Figura 17 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo a espécie do animal agressor e condições sanitárias no momento do atendimento, 2001 a 2010. 65

Figura 18 – Distribuição percentual dos grupos etários de pacientes encaminhados à Unidade de Emergência pelo município de Luiz Antônio durante a década de 2001 a 2010. 74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo grupo etário e sexo, 2001 a 2010.....	42
Tabela 2 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo intervalo de tempo entre a possível exposição ao vírus rábico e o atendimento, 2001 a 2010.....	45
Tabela 3 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo tipo de exposição e sexo, 2001 a 2010.	47
Tabela 4 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo tipo de exposição e grupo etário, 2001 a 2010....	48
Tabela 5 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo localização da lesão e sexo, 2001 a 2010.....	50
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo localização da lesão e grupo etário, 2001 a 2010.	51
Tabela 7 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo tipo da lesão e sexo, 2001 a 2010.	53
Tabela 8 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo tipo da lesão e grupo etário, 2001 a 2010.	53
Tabela 9 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo antecedente de tratamento antirrábico e sexo, 2001 a 2010.	55
Tabela 10 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo antecedente de tratamento antirrábico e sexo, 2001 a 2010.	55
Tabela 11 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo número de doses de vacina antirrábica aplicadas anteriormente e sexo, 2001 a 2010.	57
Tabela 12 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo número de doses de vacina antirrábica aplicadas anteriormente e grupo etário, 2001 a 2010.....	58

Tabela 13 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo a espécie do animal agressor e sexo, 2001 a 2010.	60
Tabela 14 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo a espécie do animal agressor e grupo etário, 2001 a 2010.....	61
Tabela 15 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo o tipo de tratamento indicado e sexo, 2001 a 2010.	66
Tabela 16 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo o tipo de tratamento indicado e grupo etário, 2001 a 2010.....	67
Tabela 17 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo a ocorrência de interrupção do tratamento e sexo, 2001 a 2010.....	68
Tabela 18 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo ocorrência de interrupção do tratamento e grupo etário, 2001 a 2010.	68
Tabela 19 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo o motivo da interrupção do tratamento e sexo, 2001 a 2010.....	69
Tabela 20 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo o motivo da interrupção do tratamento e grupo etário, 2001 a 2010.	70
Tabela 21 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo procura pelo Serviço de Saúde em caso de abandono e sexo, 2001 a 2010.	71
Tabela 22 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo procura pelo Serviço de Saúde em caso de abandono e grupo etário, 2001 a 2010.	71
Tabela 23 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo indicação de soro e sexo, 2001 a 2010.....	72

Tabela 24 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo indicação de soro e grupo etário, 2001 a 2010.... 73

Tabela 25 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo o tratamento final recebido e sexo, 2001 a 2010.74

Tabela 26 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo o tratamento final recebido e grupo etário, 2001 a 2010. 75

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
2 OBJETIVOS	32
2.1 Objetivo geral.....	32
2.2 Objetivos específicos	32
3 METODOLOGIA	33
3.1. Modelo de estudo:.....	33
3.2. População de referência:	33
3.3. Critérios de exclusão:.....	33
3.4. População de estudo:	33
3.5. Fonte das informações:	33
3.6. Variáveis de estudo:.....	33
3.7. Organização das informações.....	34
3.8. Aspectos éticos:	34
4. RESULTADOS.....	35
4.1 Fichas de atendimento antirrábico humano	35
4.2 Número de atendimentos por ano	41
4.3 Distribuição dos atendimentos por idade e sexo	41
4.4 Distribuição dos pacientes segundo o nível de escolaridade	42
4.5 Distribuição dos pacientes segundo local de residência	43
4.6 Distribuição dos pacientes segundo o intervalo entre exposição e atendimento	44
4.7 Distribuição dos pacientes segundo o tipo de exposição.....	45
4.8 Distribuição dos pacientes segundo localização da lesão	48
4.9 Distribuição dos pacientes segundo tipo de ferimento.....	51
4.10 Distribuição dos pacientes segundo antecedente de tratamento antirrábico	54
4.11 Distribuição dos pacientes segundo número de doses de vacina aplicadas anteriormente.....	56
4.12 Distribuição dos pacientes segunda a espécie do animal agressor.....	58
4.13 Distribuição dos pacientes segunda a condição de saúde do animal agressor.....	63
4.14 Distribuição dos pacientes segundo o tipo de tratamento indicado	66

4.15 Distribuição dos pacientes segundo ocorrência de Interrupção do tratamento.....	67
4.16 Distribuição dos pacientes segundo o motivo da interrupção do tratamento.....	69
4.17 Distribuição dos pacientes segundo procura pelo Serviço de Saúde em caso de abandono.....	70
4.18 Distribuição dos pacientes segundo indicação de soro	72
4.19 Distribuição dos pacientes encaminhados à Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas para administração de soroterapia, segundo o tratamento final recebido.	73
4.20 Quantidade de soro administrada	75
5. DISCUSSÃO	76
6. CONCLUSÕES.....	86
7. REFERÊNCIAS.....	87
ANEXO I	93
ANEXO II	94

1 INTRODUÇÃO

A raiva, hidrofobia ou doença do cachorro louco, é uma zoonose caracterizada como encefalite viral progressiva aguda e letal. O vírus da raiva pode acometer todos os mamíferos, transmitindo-se intra e interespécies^{1,2,3,4}. Esta doença tem alta transcendência, letalidade de aproximadamente 100%, e é considerada um grave problema de saúde pública, superior a outras doenças importantes que atualmente alcançam maior prioridade de controle^{4,5,6}. O agente etiológico da raiva é um vírus com aspecto de projétil. Seu genoma é constituído por RNA, pertence à ordem Mononegavirales, família Rhabdoviridae e gênero *Lyssavirus*. Esse vírus apresenta dois antígenos principais: um de superfície (glicoproteína), responsável pela formação de anticorpos neutralizantes e adsorção do vírus à célula; e outro interno, constituído por nucleoproteína específica^{2,7}. São conhecidos quatro ciclos epidemiológicos em relação à fonte de infecção: o ciclo *aéreo* envolve os morcegos; o ciclo *rural* envolve os animais de produção, como bovinos, equinos e outros; o ciclo *urbano* é estabelecido por cães e gatos, de grande importância nos países do terceiro mundo; e o ciclo *silvestre* terrestre, que engloba saguis, cachorros do mato, raposas, guaxinins e outros mamíferos^{2,7,8,9}.

A transmissão da raiva ocorre pela penetração do vírus contido na saliva do mamífero infectado, essencialmente pela mordedura e, mais raramente, pela arranhadura e lambadura de mucosas^{2,7}. O vírus multiplica-se no ponto de inoculação, em seguida atinge o sistema nervoso periférico e, em sequência, o sistema nervoso central. A partir desse ponto, dissemina-se aos vários órgãos e glândulas salivares. Nestas glândulas, o vírus rábico também se replica e passa a ser eliminado pela saliva^{2,7}. Há relatos de transmissão de raiva por vias não clássicas, como transplante de córnea, fígado, rins, pulmões, pâncreas e artéria ilíaca. Foi relatada também a possibilidade remota de transmissão sexual, respiratória e digestiva^{2,7}.

Os acidentes causados por animais podem ser avaliados quanto ao local, sendo considerados graves aqueles que ocorrem em regiões próximas ao sistema nervoso central (cabeça, face ou pescoço) ou em locais muito inervados (mãos, polpas digitais e planta dos pés), bem como lambadura de mucosas; quanto à profundidade, são considerados como superficiais (sem presença de sangramento) ou profundos (presença de sangramento); e quanto à extensão e número de lesões, conforme apresentem uma ou várias portas de entrada. Sendo assim, as exposições podem ser classificadas como acidentes leves ou

graves. Os primeiros representam ferimentos superficiais, pouco extensos, únicos, em tronco e membros e que acontecem em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente. Acidentes graves, por sua vez, são os que ocorrem na cabeça, face, pescoço, mãos, polpas digitais ou planta do pé, assim como ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, lambeduras de mucosas, ou qualquer ferimento provocado por morcego². As agressões por morcegos são consideradas sempre acidentes graves e necessitam de esquema profilático completo de raiva, com indicação de vacina e soro antirrábico humano¹⁰. Contatos indiretos, como manipulação de fômites contaminados, lambedura da pele íntegra e acidentes com agulhas durante aplicação de vacina animal não são considerados de risco e não exigem esquema profilático para raiva¹.

O período de incubação do vírus rábico é bastante variável, desde dias até anos, com média de 45 dias nos humanos e de 10 a 60 dias em caninos e felinos. Este período de incubação tende a ser menor em crianças. Sabe-se que está diretamente relacionado à localização, extensão e profundidade da mordedura ou contato com a saliva de animais infectados; à distância entre o local do ferimento, e o sistema nervoso; e à concentração de partículas virais inoculadas e cepa viral^{2,7,11}.

Em animais, os sintomas variam pouco de espécie para espécie. A encefalite produz uma excitação do sistema nervoso central (SNC) e preserva a consciência, a qual se alterna com períodos de inconsciência até o surgimento do estado de coma e morte. Nos animais, a doença pode se manifestar de diferentes maneiras: a) *raiva furiosa*, que se apresenta com alteração de comportamento, sensibilidade a estímulos luminosos, sonoros e acústicos, paralisias e morte por disfunção cardiorrespiratória; b) *raiva paralítica*, que promove alteração de comportamento, sinais breves ou inexistentes de agressividade e paralisias seguidas por morte; c) *raiva pruriginosa*, com predominância de prurido intenso que leva o animal a se automutilar, especialmente em equinos; d) *raiva muda*, de sinais indefinidos. Em todas as formas de manifestação os animais apresentam a potencialidade de transmitir o vírus rábico⁵.

Os sinais prodrômicos da raiva duram de dois a quatro dias e geralmente são inespecíficos: mal-estar geral, elevação de temperatura, anorexia, cefaleia, náuseas, dor de garganta, entorpecimento, irritabilidade, inquietude e angústia. Próximo ao local da mordedura ocorre hiperestesia e parestesia. Com a progressão da infecção rábica surgem manifestações de ansiedade e hiperexcitabilidade, febre, delírios, espasmos musculares e

convulsões. A sialorréia decorre de espasmos dos músculos da laringe, faringe e língua. Esses espasmos musculares evoluem para paralisias que acometem as funções cardiorrespiratória, urinária e intestinal. Ocorre também disfagia, aerofobia, hiperacusia e fotofobia. A consciência do paciente se mantém, com período de alucinações, até que se instale quadro comatoso e óbito. Em humanos, o período de evolução até o óbito é, em geral, de cinco a sete dias^{2,7}.

Em cães e gatos, a eliminação do vírus rábico pela saliva ocorre de dois a cinco dias antes do aparecimento dos sinais clínicos e persiste durante toda a evolução da doença, constituindo o período de transmissibilidade do vírus. A morte do animal acontece entre cinco e sete dias após a apresentação dos sintomas^{2,5,7,11}. Por este motivo, cães e gatos agressores devem sempre ser observados durante 10 dias contando da data do acidente. Se após esse período o animal permanecer sadio, o risco de transmissão do vírus é afastado. Não há registro de caso de raiva humana transmitida por cão ou gato que tenha sobrevivido ao período de dez dias de observação clínica¹¹. O período de transmissibilidade nos animais silvestres varia de acordo com a espécie, sendo que os quirópteros podem albergar o vírus por longo período sem sintomatologia aparente^{2,5,7,11}.

O diagnóstico laboratorial de raiva humana pode ser realizado pelo método de imunofluorescência direta (IFD), em impressão de córnea, raspado de mucosa lingual ou tecido bulbar de folículos pilosos^{2,7}. A sensibilidade dessas provas é limitada e, mesmo quando negativas, a possibilidade de infecção não deve ser excluída². A realização da autópsia é fundamental para a confirmação diagnóstica^{2,7}.

Embora todos os mamíferos sejam suscetíveis à infecção pelo vírus da raiva, a imunidade ativa é possível através de vacinação. A imunidade passiva pode ser obtida pela infiltração de soro antirrábico. Por isso, pessoas expostas a animais suspeitos ou susceptíveis à raiva devem receber o esquema profilático^{2,7}. Ao contrário de outras zoonoses, a raiva humana é totalmente prevenível pelo controle do reservatório animal^{4,5,6}.

A prevenção da raiva humana é realizada por meio de vacinas de cultivo celular, produzidas em cultura de células diploides humanas, células Vero, células de embrião de galinha ou outras, inoculadas com cepas de vírus *Pasteur* ou *Pittman-Moore* inativados pela betapropiolactona. A vacina antirrábica humana pode ser aplicada pelas vias intramuscular ou intradérmica, variando sua dose. As vacinas produzidas em meios de cultura são seguras

e causam menos eventos adversos, que somente devem ser investigados quando ocorrerem casos graves de manifestações locais e surtos².

Existem dois tipos de esquema de profilaxia da raiva humana: pré-exposição e pós-exposição. A *pré-exposição* é realizada com vacinas e indicada para pessoas com risco de exposição permanente ao vírus da raiva, tais como veterinários, vacinadores, treinadores de cães, profissionais de laboratório, professores e alunos que trabalham com animais potencialmente infectados, espeleólogos e tratadores de animais domésticos^{2,11,12,13,14}. Tal esquema é composto por três doses aplicadas nos dias 0, 7 e 28 por via intramuscular ou intradérmica, sendo a intramuscular a mais indicada^{2,7,11,14,15,16}. A avaliação sorológica é obrigatória para todos os submetidos ao tratamento profilático pré-exposição, devendo ser realizada após o 14º dia da última dose e repetida semestralmente naqueles que trabalham em situação de alto risco. Uma dose de reforço deve ser aplicada sempre que o título de anticorpos for inferior a 0,5 UI/mL^{2,11,14}. A *pós-exposição* necessita de uma completa anamnese e avaliação médica, sendo adotada uma das três condutas a seguir: a) aplicação de três doses de vacina de cultivo celular, nos dias 0, 3 e 7, por via intramuscular, na dose de 0,5 a 1,0 mL, dependendo do fabricante, e observação do cão ou gato; b) vacinação com cinco doses de vacina de cultivo celular nos dias 0, 3, 7, 14, 28, na dose de 0,5 a 1 mL dependendo do fabricante, por via intramuscular; c) soro-vacinação, com aplicação de cinco doses de vacina de cultivo celular nos dias 0, 3, 7, 14, 28, na dose de 0,5 a 1 mL dependendo do fabricante, por via intramuscular, e infiltração no local da lesão de soro antirrábico ou imunoglobulina humana antirrábica no dia 0^{2,7,11,15,16}.

O soro antirrábico jamais deve ser utilizado sozinho, pois é um complemento à profilaxia da raiva humana em pós-exposição. Pode ser usado até o 7º dia do início da profilaxia pós-exposição, porque após esse período o nível de anticorpos produzidos em resposta à vacinação está elevado⁷. O soro heterólogo é uma solução concentrada e purificada de anticorpos, preparada em equídeos hiperimunizados contra o vírus da raiva. Pode causar reações imediatas, sistêmicas ou tardias devido às proteínas estranhas ao organismo humano^{1,2,7}. O uso de soro é desnecessário em paciente que recebeu esquema profilático completo anterior². O soro homólogo, ou imunoglobulina humana antirrábica, é uma solução concentrada e purificada de anticorpos, preparada a partir de hemoderivados de indivíduos imunizados com antígeno rábico, sendo um produto mais seguro que o soro heterólogo, porém de produção limitada, baixa disponibilidade e alto custo^{1,2,7}. Segundo a

Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 15 milhões de pessoas em todo o mundo recebem anualmente tratamento de pós-exposição¹⁷.

Até o ano de 2004 não existia tratamento eficaz para a raiva. Neste ano, nos Estados Unidos, foi registrado o primeiro relato de raiva humana em paciente que não recebeu vacina ou soro antirrábico e evoluiu para cura. Essa terapêutica foi publicada como o *Protocolo de Milwaukee*¹⁸. No ano de 2008 o Brasil adaptou essa terapêutica, resultando no primeiro registro de não óbito em paciente com raiva humana no país^{2,7}. Denominado Protocolo de Recife, passou a ser recomendado para todo paciente com suspeita clínica de raiva, que tenha vínculo epidemiológico e profilaxia antirrábica inadequada¹⁹. O tratamento deve ser aplicado o mais precocemente possível e consiste na indução de coma, uso de antivirais, reposição de enzimas e manutenção dos sinais vitais do paciente^{2,19}.

Em caso de agressão por animais, mesmo em ferimentos superficiais, deve ser realizada a limpeza com água e sabão, visando diminuir o risco de infecção. Em seguida o paciente deve recorrer ao serviço de saúde para receber orientações quanto ao esquema de profilaxia da raiva humana. A anamnese deve ser completa, utilizando-se a ficha de atendimento antirrábico humano e tendo a indicação correta da profilaxia da raiva^{2,10,17}. Após a exposição ao vírus rábico, e conforme avaliação médica, o paciente pode receber vacinação ou soro-vacinação ou ser acompanhado durante o período de observação animal. Na indicação de profilaxia de raiva humana com vacina e soro, deve ser realizado o esquema completo e busca ativa obrigatória daqueles que abandonam o tratamento. Os casos suspeitos de raiva humana devem ser regulados para os hospitais de referência². A notificação da raiva é compulsória, assim como todo atendimento antirrábico, independente do paciente ter recebido vacina ou soro. Os casos suspeitos de raiva humana são de notificação individual, compulsória e imediata. O atendimento e investigação são realizados por meio da ficha padronizada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)².

A raiva ocorre em todos os continentes, em mais de 150 países e territórios^{5,17,20}. Em países insulares, a reintrodução de animais raivosos é bloqueada por ações de vigilância e de quarentena, como no caso do Japão, ilhas da Oceania, Inglaterra e de algumas ilhas do Pacífico⁵. Em diversos países das Américas, da Europa e da Ásia o ciclo urbano da infecção já não existe, porém o ciclo silvestre permanece um desafio^{2,5}. No ano de 2007, nos Estados Unidos da América (EUA), aproximadamente 97% dos casos de raiva foram em animais

selvagens, como guaxinins, gambás e raposas, não tendo ocorrido casos por variante do cão²¹. A vacinação oral de animais selvagens com vacinas recombinantes do vírus rábico tem reduzido a incidência da raiva entre raposas e guaxinins neste país²². Todavia, a persistência de múltiplas variantes do vírus da raiva selvagem em quirópteros e carnívoros apresenta um desafio permanente para profissionais de gestão de medicina veterinária e vida selvagem nos EUA²³. Os países das Américas fizeram grandes progressos no controle e prevenção da raiva transmitida por cães e gatos devido a implementação de vigilância, controle e prevenção no meio urbano²⁰. Entre os anos de 1993 e 2002, o número de casos de raiva em humanos e em cães no continente caiu aproximadamente 80%, fato atribuído às medidas de controle implementadas pelos países, como a vacinação em massa de cães e o tratamento profilático de pessoas expostas²⁰. Alguns países sul-americanos, africanos e asiáticos, entretanto, apresentam ainda condições endêmicas ou epidêmicas da doença⁵. A raiva silvestre é especialmente grave nas regiões tropicais e subtropicais, onde a vida selvagem é abundante, e em áreas onde as condições de vida implicam risco permanente de contato com espécies que transmitem a doença, como morcegos hematófagos²⁰. Em todo o mundo, mais de 55.000 pessoas morrem por raiva a cada ano e 40% delas são menores de 15 anos de idade¹⁷.

A doença no Brasil é endêmica e tem distribuição bastante diferenciada de acordo com a região. O Nordeste detém a maioria das ocorrências, com 54% dos casos humanos registrados de 1980 a 2008, demonstrando ser esta a região de maior risco no país^{2,5,10}. Nas demais regiões observa-se a seguinte distribuição: norte (19%), sudeste (17%), centro-oeste (10%) e sul (menos de 1%), sendo esta última considerada área controlada para raiva^{2,5}.

Entre 2001 e 2010, foram notificados 163 casos humanos no Brasil, sendo que 47% foram transmitidos por cães e 45% por morcegos⁵. Na década anterior haviam sido registrados 412 casos, dos quais 72% causados por cães e 12%, por morcegos¹⁰. A análise dos casos humanos aponta para a emergência do ciclo silvestre e o controle do ciclo urbano da raiva no país¹⁰. A redução do número de casos de raiva em cães, de 921 casos em 2000 para 26 casos em 2009, acompanhou o decréscimo da raiva em humanos⁴. A emergência do ciclo silvestre também pode ser avaliada nos casos caninos pela detecção da variante 3 do vírus, compatível com *Desmodus rotundus*¹⁰.

Morcegos positivos para raiva foram encontrados em situações de risco, tanto para a população humana como para animais de estimação²⁴. O aumento nas submissões de

amostras de morcegos hematófagos e não-hematófagos para diagnóstico aumentou o número de casos positivos identificados para estas espécies^{10,25}. Em áreas ao norte do Brasil, moradores estão acostumados a ataques de morcegos e geralmente não procuram ajuda médica, por conseguinte o soro antirrábico e vacina não são administrados²⁶. O pico de raiva transmitida por morcegos hematófagos ocorreu nos anos de 2004 e 2005, com um total de 62 casos notificados na região amazônica do Brasil, nos estados do Pará e Maranhão^{4,23}. A raiva humana transmitida por animais selvagens requer estratégias mais complexas e intersetoriais, como manejo de morcegos e educação da população^{24,27}.

Apesar do controle do ciclo urbano da raiva, os atendimentos antirrábicos humanos têm aumentado nos últimos dez anos. Entre 2000 e 2009, foram notificados mais de quatro milhões de atendimentos país, partindo de 234.093, em 2000, para 447.908, em 2009. O perfil epidemiológico dos atendimentos entre 2007 e 2009 mostrou predomínio de homens (55%) na faixa etária de 0 a 29 anos (57%). A maior parte ocorreu na região Sudeste (39%), seguido por Nordeste (27%), Sul (16%), Norte (11%) e Centro-oeste (7%). As condutas médicas mais adotadas foram pós-exposição (67%), observação animal (19,7%), pré-exposição (4%) e dispensa do esquema profilático (3,5%). Em 5,4% dos atendimentos, a conduta médica foi ignorada^{4,10}. Segundo Schneider²⁸, em áreas sem raiva, a profilaxia pós-exposição deve ser recomendada para um número limitado de pessoas, evitando-se tratamentos desnecessários. As espécies agressoras mais relatadas durante os atendimentos foram o cão (83%) e o gato doméstico (11%)^{4,10}. Segundo Wada⁴, a utilização de vacina de cultivo celular em humanos representou um grande avanço para a profilaxia da raiva humana, por conferir resposta imunológica mais precoce, mais duradoura e causar menos eventos adversos que sua antecessora, vacina *Fuenzalida & Palácios*. O incremento no percentual de atendimento em que houve indicação de vacina pode estar relacionado com essa segurança.

O Programa Nacional de Profilaxia da Raiva (PNPR) foi criado no Brasil em 1973, como um dos programas prioritários da política nacional de saúde e conveniava Ministério da Saúde, Ministério da Agricultura, Central de Medicamentos, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Teve como objetivo promover atividades sistemáticas de combate à raiva humana, controle da zoonose nos animais domésticos, tratamento específico das pessoas mordidas e redução do número de casos humanos^{4,20,29}. A instituição do PNPR contribuiu para a implantação de normas técnicas para

produção e controle de imunobiológicos e para criação de novos laboratórios de diagnóstico, além de treinamento de pessoal²⁹. As ações do PNPR foram se expandindo gradativamente até sua implantação ser concluída, em todo território nacional, em 1977⁴. Em 2006, as epizootias ou mortes de animais foram reconhecidas como eventos-sentinelas para ocorrência da doença em humanos e entraram para a lista de notificação compulsória e imediata, representando um importante passo na vigilância dessa zoonose^{4,28}.

O controle da raiva exige constante vigilância epidemiológica, devido a sua complexidade de ciclos e consequências para humanos. Conhecer os dados epidemiológicos é fundamental para que o serviço de saúde promova correta profilaxia de pós-exposição em tempo oportuno, e para que o serviço de controle de zoonoses adote medidas de bloqueio de foco e de controle animal². A vacinação canina é a ação mais importante para interromper a circulação do vírus entre animais e é medida essencial para áreas com casos relatados²⁸. A vigilância intersetorial é indispensável para a detecção contínua e precoce da circulação do vírus da raiva²⁰.

Para manter o compromisso internacional de eliminação da raiva humana transmitida por cães nas Américas, o Brasil pactuou as seguintes ações: cobertura vacinal de 80% da população canina estimada, por meio de campanhas de vacinação nacionais; envio anual para exame laboratorial de 0,2% de amostras caninas com suspeita de doença neurológica; envio de 100% dos morcegos encontrados mortos para diagnóstico laboratorial; e esquema profilático de pós-exposição completo em 100% das pessoas agredidas por morcegos^{4,10,30}.

O município de Luiz Antônio, que se localiza a 55 quilômetros ao sul de Ribeirão Preto, tem 11.886 habitantes, sendo 5.809 do sexo masculino e 5.434 do sexo feminino. O grau de urbanização, em 2010, era de 96,58%. O percentual de idosos aumentou nos últimos anos, passando de 20,4%, em 2001, para 29,9% em 2010. O atendimento de saúde da população é realizado em quatro unidades básicas de saúde, sendo uma unidade mista central e três unidades de saúde da família. O atendimento profilático humano é realizado pela equipe de vigilância epidemiológica que conta com médico e enfermeiro. A aplicação de vacina antirrábica é realizada em sala de vacina e a observação de cães e gatos agressores é procedida pelo Serviço de Controle de Zoonoses, vinculado à Divisão de Vigilância Sanitária. As campanhas de vacinação antirrábica são realizadas anualmente no esquema de visita casa-a-casa, com alcance de 80% da população urbana de cães e gatos. Nos últimos 10 anos

não foi registrado nenhum caso de raiva humana, canina ou felina^{31,32}. Raiva em quirópteros foi detectada neste período em um único morcego encontrado morto na zona urbana da cidade em 2006.

Até o momento nenhum estudo sobre os atendimentos profiláticos para raiva fora efetuado no município, fazendo com que se desconheçam informações epidemiológicas relevantes para direcionar ações preventivas, tanto individuais como coletivas, dirigidas a essa importante zoonose. Esta foi a principal motivação para a realização da presente pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estudar a ocorrência de acidentes com potencial risco de transmissão de raiva em pacientes de Luiz Antônio, SP, Brasil, e o tipo de atenção médica a eles prestada.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever os atendimentos para prevenção da raiva segundo variáveis relacionadas às pessoas envolvidas, região anatômica e tipo do acidente.
- Caracterizar a espécie animal causadora de acidentes com potencial risco de transmissão da raiva;
- Avaliar a conduta médica e sua adequação frente às características da exposição.
- Comparar o tratamento prescrito com aquele efetivamente prestado ao paciente.

3 METODOLOGIA

3.1. Modelo de estudo:

Descritivo do tipo levantamento epidemiológico.

3.2. População de referência:

Pessoas atendidas para efeito de profilaxia antirrábica pós-exposição no município de Luiz Antônio, no interior de São Paulo (SP).

3.3. Critérios de exclusão:

Não residir em Luiz Antônio.

Ter procurado atendimento para esquema profilático de pré-exposição.

3.4. População de estudo:

Total de pacientes residentes em Luiz Antônio atendidos pelo Serviço de Saúde da cidade para avaliação da necessidade de atendimento antirrábico pós-exposição, durante os anos de 2001 a 2010, e que tiveram preenchida a Ficha de Atendimento específica.

3.5. Fonte das informações:

Arquivo de Fichas de Investigação de Atendimento Antirrábico Humano, disponível na Secretaria Municipal de Saúde de Luiz Antônio.

3.6. Variáveis de estudo:

Idade, sexo, escolaridade, local de residência, data do atendimento; data da exposição; tipo de exposição ao vírus rábico; localização; tipo de ferimento; antecedente de tratamento antirrábico completo; espécie de animal agressor; condição do animal; tratamento indicado; interrupção do tratamento; motivo da interrupção; indicação do soro antirrábico; quantidade de soro aplicada (mL) e tipo de soro.

3.7. Organização das informações

As variáveis de estudo foram transcritas das fichas de atendimento para um instrumento padronizado, desenvolvido para esta investigação (Anexo I). A seguir foram digitadas e tabuladas em planilha eletrônica com o auxílio do software *Microsoft Excel 2010*[®], e analisadas no software epidemiológico *Epi Info 7*[®] por meio de seu recurso *Visual Dashboard*. As tabelas geradas por este programa foram complementadas por gráficos no software *Microsoft Excel 2010*[®].

3.8. Aspectos éticos:

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto na sua 322^a Reunião Ordinária, realizada em 25/04/2011, sob o Processo HCRP nº 848/2011 (Anexo II). O termo de consentimento livre e esclarecido foi dispensado pelo Comitê de Ética em Pesquisa devido à inviabilidade de sua obtenção, haja vista que o arquivo de fichas possui dados de 10 anos passados.

4. RESULTADOS

4.1 Fichas de atendimento antirrábico humano

Durante a execução da pesquisa foram encontrados quatro tipos distintos de fichas de atendimento antirrábico humano no arquivo da Unidade de Saúde. No período de 2001 a 2003, a ficha disponível, classificada como *modelo 2000*, pode ser vista na figura 1. A partir de 2003 foi encontrada a ficha que consta na figura 2, classificada como *modelo 2002*, de acordo com os dados da impressão oficial. De 2005 a 2009, a ficha encontrada foi o *modelo 2002 corrigido*, visto que a anterior apresentava erros de diagramação e impressão, com dois campos numerados como 31 e dois campos numerados como 64 (figura 3). Nos anos de 2009 e 2010, além da ficha modelo 2002 corrigida, foram encontrados os *modelos 2005 e 2007* (figuras 4 e 5, respectivamente). Os campos exclusivos da ficha modelo 2000 apresentam diversos espaços com códigos pré-definidos, descontinuados nos modelos posteriores. As fichas modelos 2002, 2002 corrigida e 2005 incorporaram informações sobre características da agressão (agressão provocada, modo de ocorrência da agressão), avaliação sorológica do paciente, data dos primeiros sintomas e tipo de vacina utilizada. A ficha mais recente, modelo 2007, apresenta campos de geolocalização por satélite (geo campo), informação sobre paciente gestante, eventos adversos ao soro, data de encerramento do caso, outras opções de tratamento indicado (incluindo observação do animal), condição final do animal observado e indicação do prazo de observação do animal.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO		ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO SUS-MS-FNS-CENEPI										
DADOS GERAIS												
1- NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO 2495803	2- DATA DA NOTIFICAÇÃO 02/10/02	3- SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE NOTIFICAÇÃO 011										
4- CÓDIGO MUNICÍPIO 3088	5- NOME MUNICÍPIO Luz Antônio											
6- CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE 4603	7- NOME UNIDADE DE SAÚDE Unidade Básica Saúde Luz Antônio											
DADOS DO CASO												
8- NOME DO PACIENTE		9- DATA NASCIMENTO 24/11/32	10- IDADE H-HORAS A-ANOS D-DIAS 69									
11- SEXO 1-MASCULINO 2-FEMININO 9-IGNORADO	12- GRAU DE INSTRUÇÃO 1-ANALFABETO 3-2º GRAU 5-NÃO SE APLICA 2-1º GRAU 4-SUPERIOR 9-IGNORADO	13- PRIMEIROS SINTOMAS	14- CÓDIGO ETNIA									
16- CÓDIGO MUNICÍPIO		17- NOME MUNICÍPIO Luz Antônio										
18- CÓDIGO DISTRITO	19- DISTRITO	20- ZONA 1-URBANA 2-RURAL	21- UF SP									
22- CÓDIGO BAIRRO	23- BAIRRO OU LOCALIDADE		24- ENDEREÇO RUA. AVENIDA. Nº. APT.º									
25- PONTO DE REFERÊNCIA		26- TELEFONE										
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO												
27- NOME DO RESPONSÁVEL (CASO OCIDENTADO SEJA MENOR) O mesmo.		28- OCUPAÇÃO Aposentado.										
29- HOVE TRATAMENTO ANTERIOR 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO	30- SE HOVE, QUANDO FOI INICIADO 1-ANTES DE 90 DIAS 2-APÓS 90 DIAS	31- Nº DE DOSES APLICADAS	32- ÚLTIMA APLICAÇÃO									
DADOS DA EXPOSIÇÃO												
33- DATA DA EXPOSIÇÃO 02/10/02	34- TIPO DE EXPOSIÇÃO 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO CONTATO INDIRETO ARRANHÃO LAMBEDURA MORDEURA											
35- LOCALIZAÇÃO 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO	MUCOSA CABEÇA/PESCOÇO NÃO/PÉ TRONCO	MEMBROS SUPERIORES MEMBROS INFERIORES	36- FERIMENTO 1-ÚNICO 2-MÚLTIPLO 9-IGNORADO									
37- TIPO 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO	SUPERFICIAL PROFUNDO DILACERANTE	38- ONDE OCORREU A AGRESSÃO 1-RESIDÊNCIA 2-VIA PÚBLICA 3-OUTRO 9-IGNORADO										
39- ENDEREÇO O mesmo.												
DADOS DO ANIMAL AGRESSOR												
40- ESPÉCIE 1-CANINA 2-FELINA 3-QUIRÓPTERA (morcegos) 4-HERIVÓRA (bovinos, eqüinos...) 5-OUTRA (especificar)	41- VACINADO 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO	42- CONDIÇÃO DO ANIMAL NO MOMENTO DA AGRESSÃO 1-SADIO 2-SUSPEITO 3-RAIVOSO 9-IGNORADO										
43- ANIMAL OBSERVADO 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO	44- CONDIÇÃO DO ANIMAL DURANTE A OBSERVAÇÃO 1-SADIO 2-MORTO 3-SACRIFICADO 4-DESAPARECIDO											
TRATAMENTO PREVISTO (VACINA)												
45- NÚMERO DE DOSES INDICADAS 1-INITIALMENTE 2-POSTERIORMENTE		46- LABORATÓRIO PRODUTOR 1-INSTITUTO BUTANTAN 2-PASTEUR-MÉRTEUX 3-FEC PAR 4-OUTRO (especificar)										
47- NÚMERO(S) DO(S) LOTE(S) VACINA 1: VACINA 2:		48- DATA DO VENCIMENTO VACINA 1: VACINA 2:										
DATAS DAS APLICAÇÕES												
49- DOSE	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	REFORÇO	50- SE HOVE INTERRUPTÃO NO TRATAMENTO, A UNIDADE DE SAÚDE PROCUROU O PACIENTE 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO
DIA												
MÊS												
51- HOVE ABANDONO DO TRATAMENTO 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO		52- QUAL O MOTIVO DO ABANDONO										
NO CASO DE INDICAÇÃO DO SORO ANTI-RÁBICO												
53- PESO DO PACIENTE KG		54- QUANTIDADE DE SORO APLICADA ml										
55- LABORATÓRIO PRODUTOR 1-INSTITUTO BUTANTAN 2-PASTEUR-MÉRTEUX 3-INSTITUTO VITAL BRASIL 4-OUTRO (especificar)		56- NÚMERO DA PARTIDA										
OBSERVAÇÕES												
57- ANOTAR DATA E RESULTADOS, SE TIVER SIDO ENVIADAS PEÇAS PARA EXAMES LABORATORIAIS												
RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO												
58- NOME DO MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE		59- CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE										
60- NOME	61- FUNÇÃO	62- DATA	63- ASSINATURA									

Figura 1 - Ficha de atendimento antirrábico humano – modelo 2000.

10987

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN - SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE SAÚDE
FICHA DE INVESTIGAÇÃO - ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO

Nº: _____

DADOS GERAIS

01 - Tipo de Notificação 02 - Data de Notificação 03 - Município de Notificação
 04 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)
 05 - Agravado

DADOS DO CASO

06 - Código (BGE)
 07 - Nome do Paciente
 08 - Data de Nascimento
 09 - (ou) Idade
 10 - Sexo
 11 - Raça / Cor
 12 - Escolaridade (em anos de estudo concluído)
 13 - Número do Cartão do SUS
 14 - Nome da Mãe
 15 - Logradouro (rua, Avenida...)
 16 - Número
 17 - Complemento (apto., casa...)
 18 - Ponto de Referência
 19 - UF
 20 - Município de Residência
 21 - Bairro
 22 - CEP
 23 - DDD / Telefone
 24 - Zona
 25 - País (se residente fora do Brasil)

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

26 - Data do Atendimento
 27 - Ocupação / Ramo de Atividade Econômica
 28 - Tipo de Exposição ao Vírus Rábico
 29 - Localização
 30 - Ferimento
 31 - Tipo de Ferimento
 32 - Data da Exposição
 33 - Tem antecedente de tratamento anti-rábico completo?
 34 - Se houve, quando foi iniciado?
 35 - Nº de doses aplicadas
 36 - Data da última dose aplicada
 37 - Espécie de animal agressor

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

38 - Condição do Animal
 39 - Modo de Ocorrência da Agressão
 40 - Agressão Provocada
 41 - Rábio
 42 - Tratamento Indicado (vacina)
 43 - Avaliação Sorológica
 44 - Número de doses indicadas
 45 - Vacina utilizada
 46 - Laboratório Produtor
 47 - Número(s) do(s) Lo(s)
 48 - Data do recebimento
 49 - Datas das aplicações - Vacina de Cultivo Celular
 50 - Houve Interrupção do Tratamento?
 51 - Qual o motivo da interrupção?
 52 - Se houve abandono do tratamento, a Unidade de Saúde procurou o paciente
 53 - Reação Adversa à Vacina
 54 - Indicação do Soro Anti-Rábico
 55 - Peso do Paciente
 56 - Quantidade de Soro Aplicada
 57 - Infiltração de Soro no(s) local(is) do(s) ferimento(s)
 58 - Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico
 59 - Número da Partida

TRATAMENTO ATUAL

DOSE	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
DIA	28/02/2005	01/03/2005			
MÊS	Mar	Mar			
Vacinador					

OBSERVAÇÕES: 30 DOG VAL TERRAN AM R.1

3

INVESTIGADOR

60 - Município / Unidade de Saúde
 61 - Nome
 62 - Nome
 63 - Função
 64 - Cód. da Unidade de Saúde
 65 - Assinatura


SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - GOVERNO DE SÃO PAULO

Figura 2 - Ficha de atendimento antirrábico humano – modelo 2002.

SINAN - SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE SAÚDE
FICHA DE INVESTIGAÇÃO - ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO

República Federativa do Brasil
 Ministério da Saúde

Nº: _____



DADOS GERAIS

01 - Tipo de Notificação: 2 - Individual
 02 - Data da Notificação: 30/08/2005
 03 - Município de Notificação: São Antonio

04 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador): Unidade de Saúde Zuz Anderson

05 - Agravado: ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO
 Código (CID10): W 64

06 - Data dos Primeiros Sintomas: 26/12/98
 08 - Data de Nascimento: 26/12/98

DADOS DO CASO

09 - (ou) Idade: 06
 10 - Sexo: M - Masculino
 11 - Raça / Cor: 1 - Branca
 12 - Escolaridade (em anos de estudo concluído): 1 - Nenhuma

13 - Número do Cartão do SUS: _____
 14 - Nome da Mãe: Rosemeri Brito

15 - Endereço (rua, avenida...): _____
 Código: _____
 16 - Número: 264
 17 - Complemento (apto., Casa...): Casa

18 - Ponto de Referência: _____
 19 - UF: _____
 20 - Município de Residência: São Antonio
 Código (IBGE): _____

21 - Bairro: Vila Alpav
 22 - CEP: 14210-000

23 - DDD / Telefone: 9169 0880
 24 - Zona: 1 - Urbana
 25 - País (se residente fora do Brasil): _____
 Código: _____

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

26 - Data do Atendimento: 30/08/2005
 27 - Ocupação / Ramo de Atividade Econômica: _____
 Código: _____

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

28 - Tipo de Exposição ao Vírus Rábico:
 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado
 Contato Indireto Arranhadura Lambedura Mordedura Outro: _____

29 - Localização:
 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado
 Mucosa Cabeça / Pescoço Mãos / Pés Tronco Membros Superiores Membros Inferiores Ferimento 30 - Ferimento: 2 - Único / 2 - Múltiplo / 9 - Ignorado

31 - Tipo de Ferimento:
 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado
 Profundo Superficial Dilacerante

32 - Data da Exposição: 30/08/2005

33 - Tem antecedente de tratamento anti-rábico completo?
 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado Soro Vacina

34 - Se houve, quando foi iniciado?
 1 - Até 90 dias / 2 - Após 90 dias

35 - Nº de doses aplicadas: _____
 36 - Data da última dose aplicada: _____

37 - Espécie de Animal Agressor:
 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (morcego) 4 - Primata (macaco) 5 - Raposa 6 - Outra: _____ 9 - Ignorado

TRATAMENTO ATUAL

38 - Condição do Animal:
 1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Desaparecido 4 - Raivoso 5 - Observável 6 - Sacrificado 9 - Ignorado

39 - Modo de Ocorrência da Agressão:
 1 - Lazer 2 - Animal Feroz 3 - Animal com comportamento alterado 9 - Ignorado

40 - Agressão Provocada: 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado
 41 - Raivoso: 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado

42 - Tratamento Indicado (vacina):
 1 - Pré-exposição 2 - Pós-exposição 3 - Re-exposição

43 - Avaliação Sorológica: < 0,5 UI/ml ≥ 0,5 UI/ml

44 - Número de doses indicadas: _____
 Inicialmente Posteriormente

45 - Vacina utilizada:
 1 - Fuenzilda & Palacios 2 - Cultivo Celular

46 - Laboratório Produtor:
 1 - Instituto Butantan 4 - Outro (especificar): _____
 2 - Aventis Pasteur 3 - Tec Par

47 - Número(s) do(s) lote(s): _____
 Vacina 1: _____
 Vacina 2: _____

48 - Data do Vencimento:
 Vacina 1: _____
 Vacina 2: _____

49 - Datas das aplicações - Vacina de Cultivo Celular:

DOSE	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
DIA					
MÊS					
Vacinador					

50 - Houve Interrupção do Tratamento?
 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado

51 - Qual o motivo da interrupção?
 1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono

52 - Se houve abandono do tratamento, a Unidade de Saúde procurou o paciente?
 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado

53 - Reação Adversa à Vacina:
 Local Sistêmica Neurológica 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado

54 - Indicação do Soro Anti-Rábico:
 1 - Sim / 2 - Não

55 - Peso do Paciente: _____ kg
 56 - Quantidade de Soro Aplicada: _____ ml
 1 - Heterólogo / 2 - Homólogo

57 - Infiltração de Soro no(s) local(is) ferimento(s):
 Total Parcial 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado

58 - Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico:
 1 - Instituto Butantan 2 - Aventis Pasteur 3 - Instituto Vital Brasil 4 - Outro (especificar): _____

59 - Número da Partida: _____

OBSERVAÇÕES: Observação ao caso

Em Conselho de 12/09/05

INVESTIGADOR

60 - Município / Unidade de Saúde: _____
 61 - Cód. da Unidade de Saúde: _____

62 - Nome: _____
 63 - Função: _____
 64 - Assinatura: _____

TMO/09/2002

Figura 3 - Ficha de atendimento antirrábico humano – modelo 2002 corrigido.

SINAN - SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE SAÚDE
FICHA DE INVESTIGAÇÃO - ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

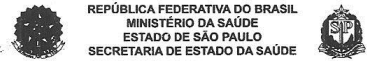
Nº: _____

DADOS GERAIS	01 - Tipo de Notificação 2 - Individual	02 - Data da Notificação	03 - Município da Notificação	Código (IBGE)	
	04 - Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) <i>Unidade de Saúde Paulo Rui Antonio</i>	Código			
DADOS DO CASO	05 - Agravado ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO	Código (CID10) W 64	06 - Data dos Primeiros Sintomas <i>02/04/10</i>		
	07 - Nome do Paciente <i>Suiz Antonio</i>		08 - Data de Nascimento <i>03/05/1998</i>		
	09 - (ou) Idade D - Dias M - Meses A - Anos <i>12/14</i>	10 - Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado <i>M</i>	11 - Raça / Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado <i>1</i>	12 - Escolaridade (em anos de estudo concluído) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado <i>3</i>	
13 - Número do Cartão do SUS		14 - Nome da Mãe <i>Patricia Fernanda da Silva Lima</i>			
DADOS DE RESIDÊNCIA	15 - Logradouro (rua, avenida...)		Código	16 - Número	
	17 - Complemento (apto, casa...)				
	18 - Ponto de Referência		19 - UF	20 - Município de Residência <i>Suiz Antonio</i>	Código (IBGE)
	Distrito	21 - Bairro <i>St. Alvorada</i>	Código (IBGE)	22 - CEP	
23 - DDD / Telefone <i>016 33836726</i>	24 - Zona <i>1</i>	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 - País (se residente fora do Brasil) <i>Suiz Antonio</i>	Código	
DADOS COMPLEMENTARES DO CASO					
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	26 - Data do Atendimento <i>27/07/2010</i>	27 - Ocupação / Ramo de Atividade Econômica <i>Estudante</i>	Código		
	28 - Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Contato Indireto <input type="checkbox"/> Arranhadura <input type="checkbox"/> Lambedura <input type="checkbox"/> Mordedura <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____				
	29 - Localização 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Cabeça / Pescoço <input type="checkbox"/> Mãos/Pés <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros Superiores <input type="checkbox"/> Membros Inferiores <input checked="" type="checkbox"/> 30 - Ferimento <input checked="" type="checkbox"/>				
	31 - Tipo de Ferimento 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Profundo <input type="checkbox"/> Superficial <input checked="" type="checkbox"/> Dilacerante <input type="checkbox"/> 32 - Data da Exposição <i>27/07/2010</i>				
	33 - Tem antecedente de tratamento anti-rábico completo? <input type="checkbox"/> 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> Soro <input checked="" type="checkbox"/> Vacina <input type="checkbox"/>				
	34 - Se houve, quando foi iniciado? <input type="checkbox"/> 1 - Até 90 dias / 2 - Após 90 dias <input type="checkbox"/>				
	35 - Nº de doses aplicadas <input type="checkbox"/> 36 - Data da última dose aplicada <input type="checkbox"/>				
37 - Espécie de Animal Agressor <i>1</i> 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (morcego) 4 - Primata (macaco) 5 - Raposa 6 - Outra: _____ 9 - Ignorado					
TRATAMENTO ATUAL	38 - Condição do Animal <i>1</i> 1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Desaparecido 4 - Raivoso 5 - Observável 6 - Sacrificado 9 - Ignorado				
	39 - Modo de Ocorrência da Agressão <i>9</i> 1 - Lazer 2 - Animal Feroz 3 - Animal com comportamento alterado 9 - Ignorado 40 - Agressão Provocada <input checked="" type="checkbox"/> 41 - Raivoso <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/>				
	42 - Tratamento Indicado (vacina) <input type="checkbox"/> 43 - Avaliação Sorológica <input type="checkbox"/> < 0,5 UI/ml <input type="checkbox"/> >= 0,5 UI/ml <input type="checkbox"/> 44 - Número de doses indicadas <input type="checkbox"/> 45 - Vacina utilizada 1 - Pré-exposição 2 - Pós-exposição 3 - Reexposição 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Inicialmente <input type="checkbox"/> Posteriormente <input type="checkbox"/> 1 - Fuenzalida & Palacios 2 - Cultivo Celular				
	46 - Laboratório Produtor 1 - Instituto Butantan 4 - Outros (especificar) _____ 2 - Aventis Pasteur _____ 3 - Tec Par _____				
	47 - Número(s) do(s) Lote(s) Vacina 1: _____ Vacina 2: _____				
	48 - Data do Vencimento Vacina 1: _____ Vacina 2: _____				
	49 - Data das aplicações - Vacina de Cultivo Celular				
	DOSE		50 - Houve Interrupção do Tratamento		
	DIA	1ª	2ª	3ª	4ª
	MES	<i>07</i>	<i>03/10</i>	<i>03</i>	<i>06</i>
Vacinador	<i>Julia</i>	<i>Mari</i>	<i>Renê</i>		
51 - Qual o motivo da interrupção? 1 - Indicação da Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2 - Abandono <input type="checkbox"/>					
52 - Se houve abandono do tratamento, a Unidade de Saúde procurou o paciente? <input type="checkbox"/>					
53 - Reação Adversa à Vacina <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Sistêmica <input type="checkbox"/> Neurológica 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado					
54 - Indicação do Soro Anti-Rábico <input type="checkbox"/> 1 - Sim / 2 - Não					
55 - Peso do Paciente _____ Kg 56 - Quantidade de Soro Aplicada _____ ml <input type="checkbox"/> 1 - Heterólogo / 2 - Homólogo <input type="checkbox"/> 57 - Infiltração de Soro no(s) local(is) do(s) ferimento(s) <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial 1 - Sim / 2 - Não / 9 - Ignorado					
58 - Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico 1 - Instituto Butantan 2 - Aventis Pasteur 3 - Instituto Vital Brasil 4 - Outro (especificar) _____					
59 - Número da Partida _____					
OBSERVAÇÕES: <i>Vigilância de</i> <i>encerrado em 09/08/10</i>					
INVESTIGADOR	60 - Município / Unidade de Saúde				
	61 - Cód. da Unidade de Saúde				
	62 - Nome	63 - Função	64 - Assinatura		

COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DE RAIVA DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - GOVERNO DE SÃO PAULO

IP/11/2005

Figura 4 - Ficha de atendimento antirrábico humano – modelo 2005.



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

N.º _____

DADOS GERAIS

1 Tipo de notificação 2 Individual 2 Agravado / doença

3 Código (CID 10) **W 64** 4 Data da notificação **J 20 22 0 J 0 5 P** 5 UF

6 Município de notificação Código (IBGE) 7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código

8 Nome do paciente **U.M.S - Luiz Antonio**

DADOS DE RESIDÊNCIA

7 Data do atendimento **11/02/2010** 8 Nome do paciente **[Redacted]** 9 Data de nascimento **26/05/78** 10 (ou) Idade **31a**

11 Sexo **M** 12 Gestante **6** 13 Raça / Cor **2**

14 Escolaridade **6**

15 Número do cartão do SUS 16 Nome da mãe **Kecia S. macielada Jacinto de Paula**

17 UF **SP** 18 Município de residência **Guia Antônio** 19 Distrito **[Redacted]** 20 Bairro **Jardim Alameda**

21 Logradouro (rua, avenida...) 22 Nº 23 Complemento (apto, casa...) 24 Geo Campo 1 25 Geo Campo 2

26 Ponto de referência 27 CEP **14210-100** 28 DDD **16** 29 Telefone **39 8316336** 30 País (se residente fora do Brasil) **BR**

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

31 Ocupação **Conservação - IPE**

32 Tipo de exposição ao vírus rábico **2**

33 Localização **2**

34 Ferimento **1**

35 Tipo de ferimento **1**

36 Data da exposição **11/02/2010** 37 Tem antecedentes de tratamento anti-rábico? **1**

38 Se houve, quando foi concluído? **1**

39 Nº de doses aplicadas **1**

40 Espécie do animal agressor **1**

41 Condição do animal para fins de conduta do tratamento **1**

42 Animal passível de observação? (Somente para cão ou gato) **1**

32 Tipo de exposição ao vírus rábico

33 Localização

34 Ferimento

35 Tipo de ferimento

36 Data da exposição

37 Tem antecedentes de tratamento anti-rábico?

38 Se houve, quando foi concluído?

39 Nº de doses aplicadas

40 Espécie do animal agressor

41 Condição do animal para fins de conduta do tratamento

42 Animal passível de observação? (Somente para cão ou gato)

TRATAMENTO ATUAL

43 Tratamento indicado **1**

44 Laboratório produtor da vacina **1**

45 Número do lote

46 Data do vencimento

47 Datas das aplicações da vacina (dia e mês)

Dose	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
Dia	12/02/10	15/02/10			
Mês	02	02			
Vacinador	[Redacted]	[Redacted]			

48 Condição final do animal (após período de observação) **1**

49 Houve interrupção do tratamento? **1**

50 Qual o motivo da interrupção? **1**

51 Se houve abandono do tratamento, a Unidade de Saúde procurou o paciente? **1**

52 Evento adverso à vacina **1**

53 Indicação do soro anti-rábico **1**

54 Peso do paciente **[Redacted]** Kg

55 Quantidade de soro aplicada **[Redacted]** ml

56 Infiltração de soro no(s) local(is) do(s) ferimento(s) **1**

57 Laboratório produtor de soro anti-rábico **1**

58 Número da partida

59 Evento adverso ao soro anti-rábico **1**

60 Data do encerramento do caso

Observar cão/gato até: _____

OBSERVAÇÕES:

Encusado em 22/02/10

44 Laboratório produtor da vacina

45 Número do lote

46 Data do vencimento

48 Condição final do animal (após período de observação)

49 Houve interrupção do tratamento?

50 Qual o motivo da interrupção?

51 Se houve abandono do tratamento, a Unidade de Saúde procurou o paciente?

52 Evento adverso à vacina

53 Indicação do soro anti-rábico

54 Peso do paciente

55 Quantidade de soro aplicada

56 Infiltração de soro no(s) local(is) do(s) ferimento(s)

57 Laboratório produtor de soro anti-rábico

58 Número da partida

59 Evento adverso ao soro anti-rábico

60 Data do encerramento do caso

INVESTIGADOR

61 Município/Unidade de Saúde

63 Nome **[Redacted]**

64 Função

62 Código da Unidade de Saúde

65 Assinatura **[Redacted]**

SINAN_NET 2007 - IP/05/2007

Figura 5 - Ficha de atendimento antirrábico humano – modelo 2007.

4.2 Número de atendimentos por ano

Na década de 2001 a 2010, foram atendidos 858 pacientes em busca de tratamento profilático antirrábico no município de Luiz Antônio. Como pode ser verificado na figura 6, o maior número de atendimentos ocorreu no ano de 2004 (112) e o menor em 2001 (66). A média anual de atendimentos profiláticos para a raiva humana em Luiz Antônio foi de 85,8/ano.

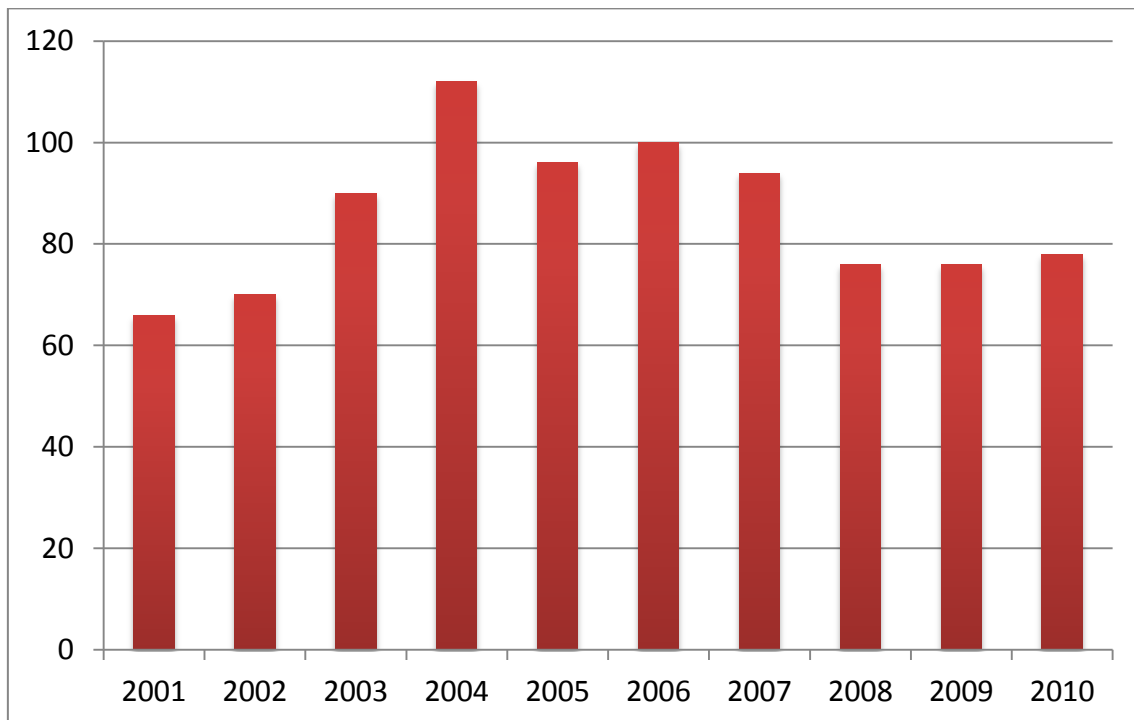


Figura 6 – Distribuição de atendimentos profiláticos antirrábicos na cidade de Luiz Antônio, de 2001 a 2010.

4.3 Distribuição dos atendimentos por idade e sexo

Entre os participantes ocorreu predomínio do sexo masculino (486), correspondendo a 56,6% do total.

Conforme pode ser verificado na tabela 1, o grupo etário dos adultos (20 a 59 anos) foi o que apresentou a maior número de atendimentos (353, ou 41,1%), seguido das crianças de 0 a 10 anos (221, ou 25,8%), e idosos (60 anos ou mais), com 67 atendimentos (7,8%). Em

três fichas não foi anotada a idade do paciente. A comparação entre os sexos evidencia predomínio percentual dos homens nos indivíduos até 20 anos e das mulheres a partir dessa idade.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo grupo etário e sexo, 2001 a 2010.

GRUPOS ETÁRIOS	SEXO				TOTAL
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
0 – 10	147	30,3	74	19,9	221
11 – 19	134	27,6	80	21,5	214
20 – 59	177	36,4	176	47,3	353
60 e +	26	5,4	41	11,0	67
<i>Ignorados</i>	2	0,4	1	0,3	3
TOTAL	486	100.00 %	372	100.00 %	858

4.4 Distribuição dos pacientes segundo o nível de escolaridade

Em quase metade dos atendimentos (44,8%) não ocorreu preenchimento da informação relativa ao nível de escolaridade do paciente. Entre os que tiveram registro dessa variável (figura 7), observa-se que a maioria dos pacientes tinha entre 4 a 7 anos de estudo (24,7%). Os analfabetos corresponderam a 15,6%. O menor percentual de atendidos foram aqueles com nível universitário. A informação não se aplicou a 6,3% dos casos.

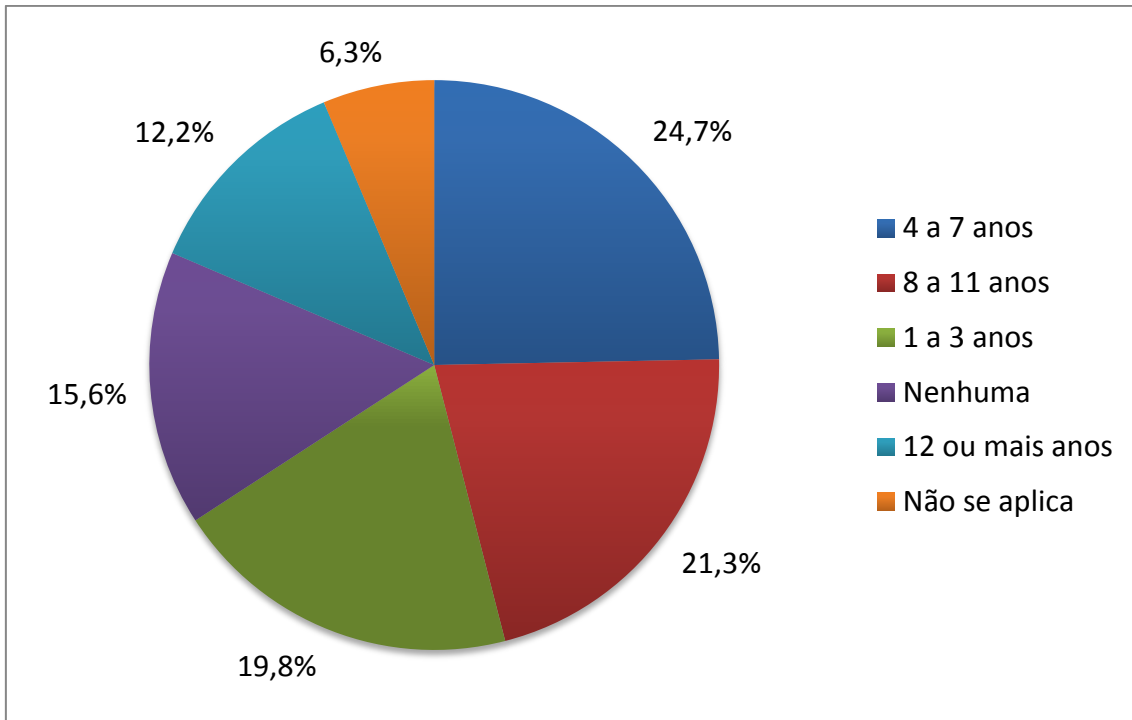


Figura 7 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo escolaridade, 2001 a 2010.

4.5 Distribuição dos pacientes segundo local de residência

Não registro do local de residência foi verificado em 248 atendimentos (figura 8), correspondendo a 28,9% do total. Dos 610 pacientes em que essa informação foi anotada, verifica-se que a maioria reside no ambiente urbano (92%), uma pequena parte na zona rural (7,1%) e um percentual mínimo numa área de transição entre a cidade e o campo.

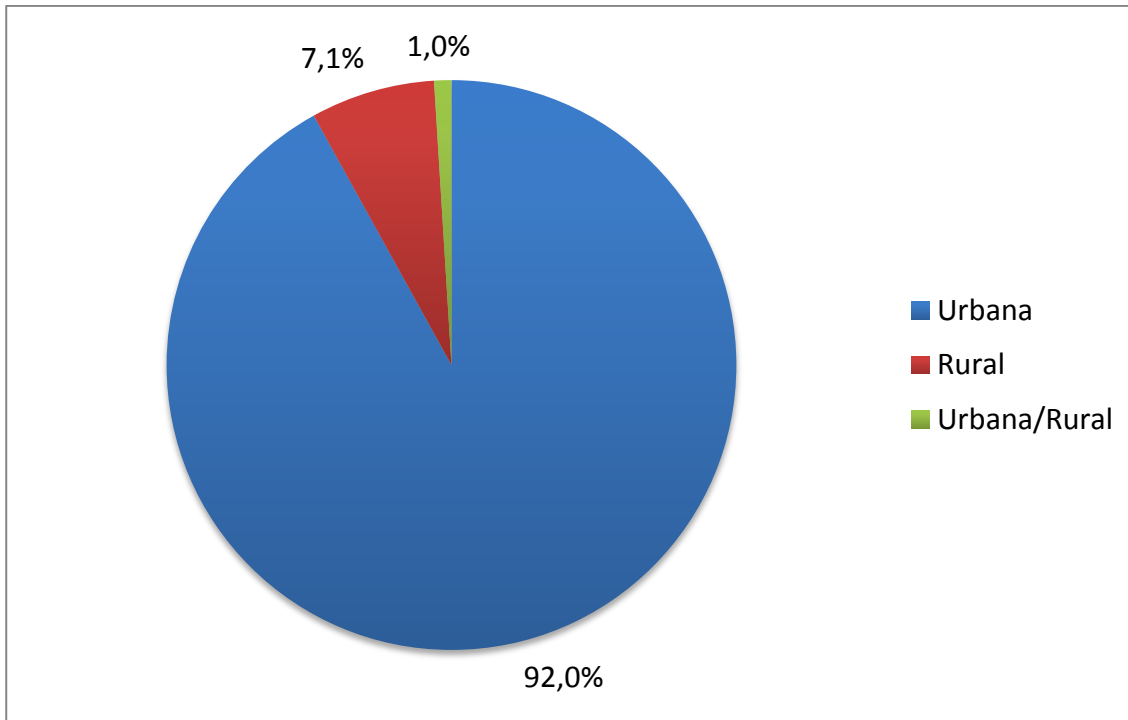


Figura 8 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo local de residência, 2001 a 2010.

4.6 Distribuição dos pacientes segundo o intervalo entre exposição e atendimento

Para a avaliação entre o momento da exposição e o atendimento do paciente pelo Serviço de Saúde uma nova variável foi obtida, utilizando-se a data da exposição relatada na ficha e a data de seu preenchimento. Verificou-se que 95,0% dos atendimentos ocorreram em até 24 horas após a exposição, com a grande maioria tendo sido prestada no mesmo dia do acidente que a motivou. O maior intervalo foi verificado foi de 10 dias, em um único paciente (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo intervalo de tempo entre a possível exposição ao vírus rábico e o atendimento, 2001 a 2010.

INTERVALO DE TEMPO (dias)	n	%
0	745	86,8
1	70	8,2
2	22	2,6
3	8	0,9
4 ou mais	13	1,5
TOTAL	858	100

4.7 Distribuição dos pacientes segundo o tipo de exposição

Do total de fichas analisadas, em apenas duas não constava o tipo de possível exposição ao vírus rábico. Mais de 83% dos pacientes relataram mordedura por um animal. A segunda forma de exposição mais comum foi arranhadura (13,8%). Contato indireto (1,3%), lambedura (0,8%) e outros (0,4%) foram os tipos menos relatados (figura 9).

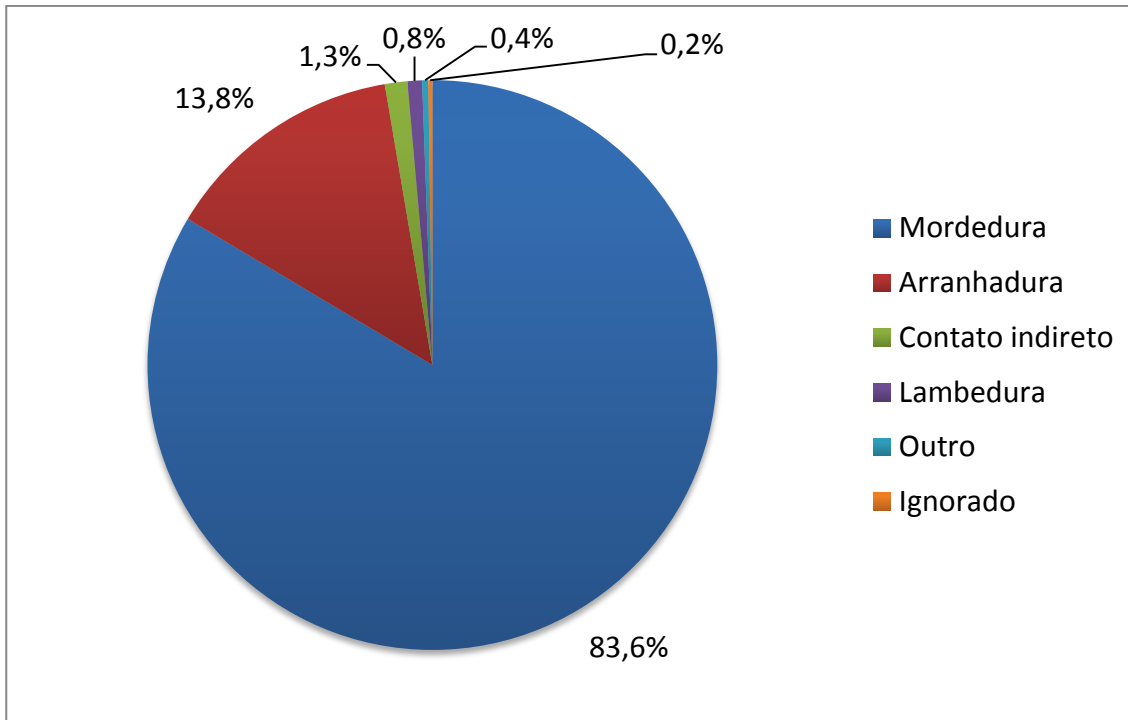


Figura 9 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo tipo de possível exposição ao vírus rábico, 2001 a 2010.

Avaliando-se o tipo de exposição segundo a variável sexo (tabela 3), verificam-se percentuais semelhantes dos diferentes mecanismos de exposição entre homens e mulheres, com amplo predomínio de mordeduras e arranhaduras em ambos os grupos.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo tipo de exposição e sexo, 2001 a 2010.

TIPO DE EXPOSIÇÃO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		N	%
	n	%	n	%		
Mordedura	409	84,2	308	82,8	717	83,6
Arranhadura	65	13,4	53	14,3	118	13,8
Contato indireto	6	1,2	5	1,3	11	1,3
Lambadura	2	0,4	5	1,3	7	0,8
Outro	2	0,4	1	0,3	3	0,4
<i>Ignorado</i>	2	0,4	0	0	2	0,2
TOTAL	486	100%	372	100%	858	100%

O mesmo padrão de homogeneidade dos tipos de exposição é evidenciado nos diferentes grupos etários, como pode ser visto na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo tipo de exposição e grupo etário, 2001 a 2010.

TIPO DE EXPOSIÇÃO	GRUPOS ETÁRIOS										TOTAL N
	CRIANÇAS		ADOLESCENTES		ADULTOS		IDOSOS		IGNORADO		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Mordedura	178	80,5	185	86,5	295	83,6	58	86,6	1	33,3	717
Arranhadura	37	16,7	25	11,7	48	13,6	6	9,0	2	66,7	118
Contato indireto	4	1,8	2	0,9	3	0,9	2	3,0	0	0,0	11
Lambadura	0	0,0	1	0,5	5	1,4	1	1,5	0	0,0	7
Outro	1	0,5	0	0,0	2	0,6	0	0,0	0	0,0	3
<i>Ignorado</i>	1	0,5	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
TOTAL	221	100	214	100	353	100	67	100	3	100	858

4.8 Distribuição dos pacientes segundo localização da lesão

Dos 858 pacientes atendidos, quatro (0,5%) não tiveram a localização da lesão especificada na ficha de atendimento (figura 10). As regiões mais atingidas foram mãos e pés (40,8%), seguidas de outras partes de membros inferiores (31%) e superiores (12,7%). As localizações menos comumente relatadas foram cabeça ou pescoço (9,8%), tronco (4%) e mucosa (1,3%).

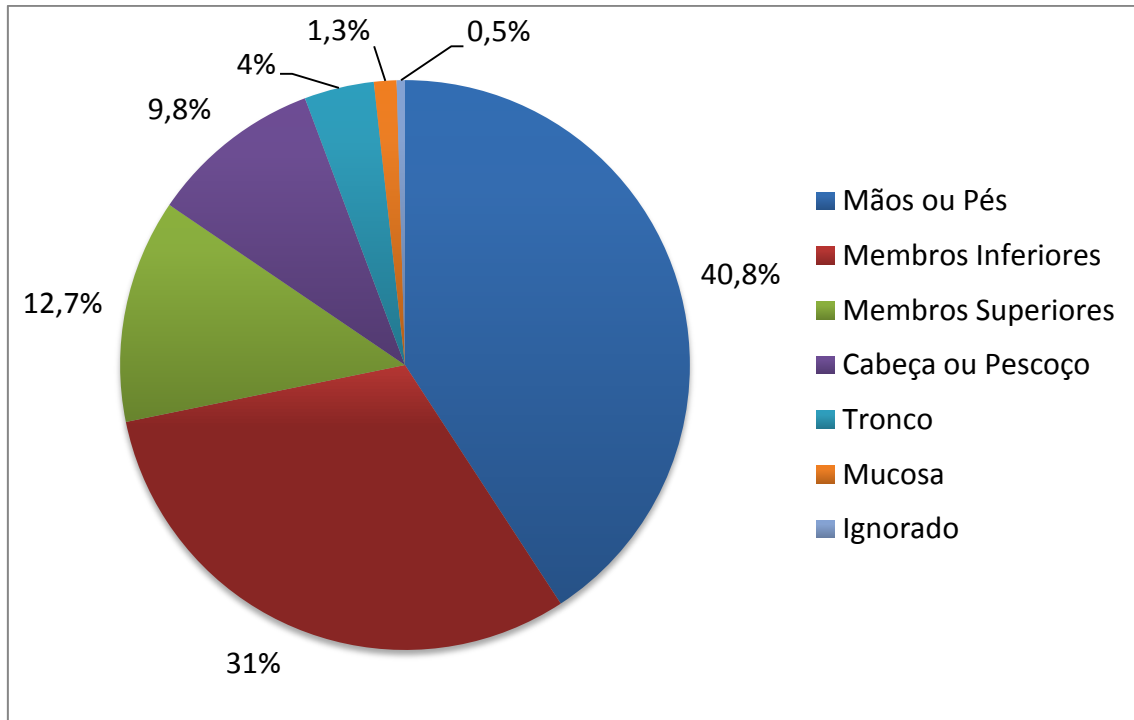


Figura 10 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo localização anatômica das lesões, 2001 a 2010.

Também em relação à variável sexo observa-se o mesmo padrão de distribuição no que diz respeito à região anatômica atingida, com amplo predomínio de mãos e pés, seguidos de outras partes dos membros inferiores e superiores (tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo localização da lesão e sexo, 2001 a 2010.

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		N	%
	n	%	n	%		
Mãos ou Pés	189	38,9	161	43,3	350	40,8
Membros Inferiores	162	33,3	104	28,0	266	31,0
Membros Superiores	49	10,1	60	16,1	109	12,7
Cabeça ou Pescoço	51	10,5	33	8,9	84	9,8
Tronco	24	4,9	10	2,7	34	4,0
Mucosa	7	1,4	4	1,1	11	1,3
<i>Ignorado</i>	4	0,8	0	0,0	4	0,5
Total	486	100	372	100	858	100

A distribuição anatômica das lesões mostra diferenças evidentes de acordo com o grupo etário acometido (tabela 6). Entre os adultos e idosos, mais da metade das ocorrências verificou-se em mãos e pés. Já entre os adolescentes (11 a 19 anos) a região mais atingida foi a dos membros inferiores, com 45,9% das ocorrências. Entre as crianças, chama a atenção o fato de que praticamente um quarto dos ferimentos ocorreu em cabeça e pescoço, áreas praticamente preservadas após os 20 anos de idade.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo localização da lesão e grupo etário, 2001 a 2010.

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO	GRUPOS ETÁRIOS										TOTAL
	CRIANÇAS		ADOLESCENTES		ADULTOS		IDOSOS		IGNORADO		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Mãos ou Pés	58	26,2	68	31,8	184	52,1	39	58,2	1	33,3	350
Membros Inferiores	45	20,4	98	45,8	104	29,5	17	25,4	2	66,7	266
Membros Superiores	31	14,0	25	11,7	42	11,9	11	16,4	0	0,0	109
Cabeça ou Pescoço	55	24,9	12	5,6	17	4,8	0	0,0	0	0,0	84
Tronco	21	9,5	8	3,7	5	1,4	0	0,0	0	0,0	34
Mucosa	9	4,1	1	0,5	1	0,3	0	0,0	0	0,0	11
<i>Ignorado</i>	2	0,9	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4
TOTAL	221	100	214	100	353	100	67	100	3	100	858

4.9 Distribuição dos pacientes segundo tipo de ferimento

Do total de pacientes atendidos, quase dois terços apresentou ferimento superficial (62,5%), seguido por 34,2% de lesões profundas (figura 11). Lesões dilacerantes ocorreram raramente, não passando de 2,1% do total.

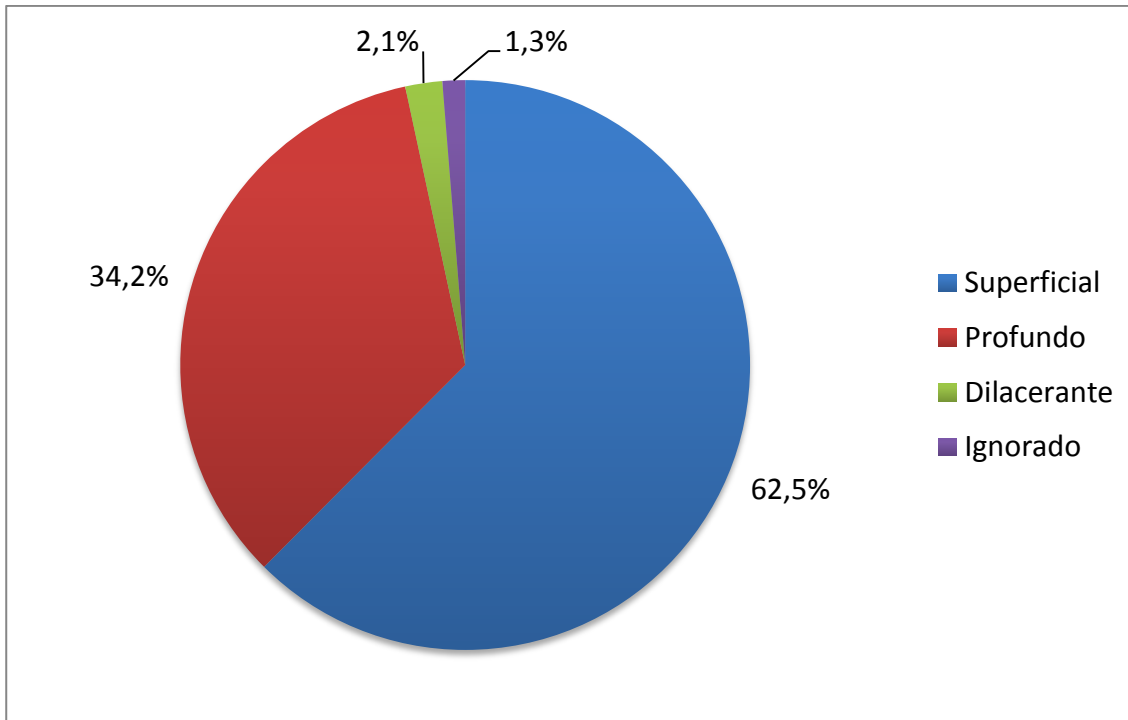


Figura 11 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo tipo do ferimento, 2001 a 2010.

Conforme mostrado na tabela 7, os diferentes tipos de ferimentos distribuíram-se em proporções praticamente iguais em ambos os sexos.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo tipo da lesão e sexo, 2001 a 2010.

TIPO DA LESÃO	SEXO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%
Superficial	300	61,7	236	63,4	536	62,5
Profundo	169	34,8	124	33,3	293	34,2
Dilacerante	11	2,3	7	1,9	18	2,1
<i>Ignorado</i>	6	1,2	5	1,3	11	1,3
Total	486	100	372	100	858	100

Embora predominantes em todos os grupos etários, lesões superficiais se fizeram proporcionalmente menos presentes entre os idosos, grupo que apresentou a maior proporção de ferimentos profundos (43,3%).

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo tipo da lesão e grupo etário, 2001 a 2010.

TIPO DA LESÃO	GRUPOS ETÁRIOS										
	CRIANÇAS		ADOLESCENTES		ADULTOS		IDOSOS		IGNORADO		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Superficial	137	62,0	142	66,4	220	62,3	35	52,2	2	66,7	536
Profundo	79	35,8	64	29,9	121	34,3	29	43,3	0	0,0	293
Dilacerante	4	1,8	7	3,3	6	1,7	1	1,5	0	0,0	18
<i>Ignorado</i>	1	0,5	1	0,5	6	1,7	2	3,0	1	33,3	11
TOTAL	221	100	214	100	353	100	67	100	3	100	858

4.10 Distribuição dos pacientes segundo antecedente de tratamento antirrábico

Como mostrado na figura 12, a maioria dos pacientes nunca havia recebido tratamento antirrábico (57,8%). Antecedente de aplicação de vacina em tratamento prévio foi verificada em 10,4% dos pacientes, enquanto uma pequena minoria (0,2%) referia utilização anterior de soro antirrábico. Chama a atenção que em quase um terço dos atendimentos (31,6%) não houve preenchimento do campo correspondente a essa informação.

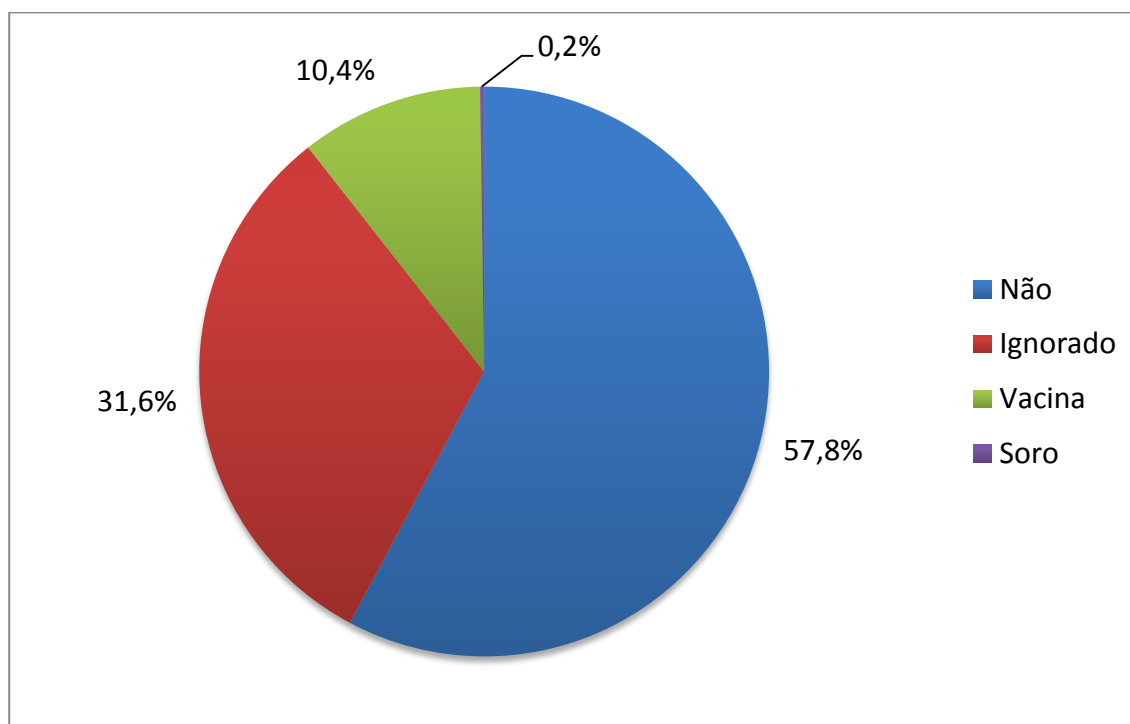


Figura 12 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo antecedente de tratamento antirrábico, 2001 a 2010.

Conforme visto na tabela 9, o padrão de distribuição observado na figura 12 foi muito próximo em ambos os sexos dos participantes.

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo antecedente de tratamento antirrábico e sexo, 2001 a 2010.

ANTECEDENTE DE TRATAMENTO ANTIRRÁBICO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		N	%
	n	%	n	%		
Não	291	59,9	205	55,1	496	57,8
Vacina	51	10,5	38	10,2	89	10,4
Soro	2	0,4	0	0,0	2	0,2
<i>Ignorado</i>	142	29,2	129	34,7	271	31,6
TOTAL	486	100	372	100	858	100

Como mostrado na tabela 10, utilização prévia de vacinas foi menos frequente entre crianças e adolescentes, quando comparados a adultos e idosos. Apenas duas crianças haviam recebido soroterapia previamente.

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo antecedente de tratamento antirrábico e sexo, 2001 a 2010.

ANTECEDENTE TRATAMENTO ANTIRRÁBICO	GRUPOS ETÁRIOS										TOTAL
	CRIANÇAS		ADOLESCENTES		ADULTOS		IDOSOS		IGNORADO		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N
Não	141	63,8	125	58,4	191	54,1	37	55,2	2	66,7	496
Vacina	16	7,2	18	8,4	44	12,5	11	16,4	0	0,0	89
Soro	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
<i>Ignorado</i>	62	28,1	71	33,2	118	33,4	19	28,4	1	33,3	271
TOTAL	221	100	214	100	353	100	67	100	3	100	858

4.11 Distribuição dos pacientes segundo número de doses de vacina aplicadas anteriormente

Na figura 13 pode ser verificado que a maioria dos pacientes (42,7%) havia recebido três doses de vacina em tratamento anterior, seguida pelo esquema de cinco doses (13,5%). Todavia, chama a atenção o grande percentual de fichas (36,0%) nas quais não se dispunha da informação relativa ao número de doses aplicadas.

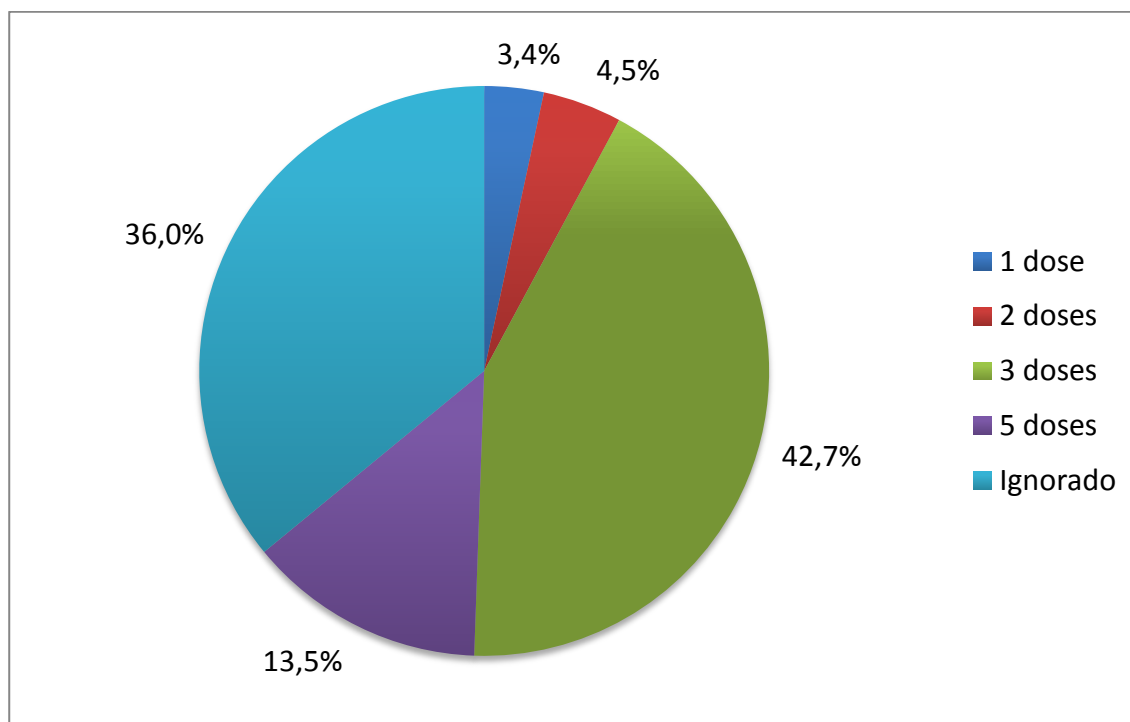


Figura 13 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo número de doses de vacina aplicadas previamente, 2001 a 2010.

Na Tabela 11 verifica-se semelhança em ambos os sexos nos percentuais de antecedente de três doses de vacina. Embora com números muito reduzidos, observou-se maior aplicação de cinco e de duas doses entre as mulheres.

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo número de doses de vacina antirrábica aplicadas anteriormente e sexo, 2001 a 2010.

NÚMERO DE DOSES APLICADAS	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		N	%
	n	%	n	%		
3 doses	22	43,1	16	42,1	38	42,7
5 doses	5	9,8	7	18,4	12	13,5
2 doses	1	2,0	3	7,9	4	4,5
1 dose	3	5,9	0	0,0	3	3,4
<i>Ignorado</i>	20	39,2	12	31,6	32	36,0
TOTAL	51	100	38	100	89	100

Entre todos os grupos etários o percentual de tratamento de três doses foi superior a 50%, exceto nos adultos (31,8%). O tratamento incompleto de uma ou duas doses foi verificado somente em adolescentes e adultos e o não preenchimento da informação ocorreu com mais frequência (45,5%) nos idosos (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo número de doses de vacina antirrábica aplicadas anteriormente e grupo etário, 2001 a 2010.

NÚMERO DE DOSES APLICADAS	GRUPOS ETÁRIOS								TOTAL N
	CRIANÇAS		ADOLESCENTES		ADULTOS		IDOSOS		
	n	%	n	%	N	%	n	%	
3 doses	8	50,0	10	55,6	14	31,8	6	54,6	38
5 doses	4	25,0	1	5,6	7	15,9	0	0,0	12
2 doses	0	0,0	1	5,6	3	6,8	0	0,0	4
1 dose	0	0,0	0	0,0	3	6,8	0	0,0	3
<i>Ignorado</i>	4	25,0	6	33,3	17	38,6	5	45,5	32
TOTAL	16	100	18	100	44	100	11	100	89

4.12 Distribuição dos pacientes segunda a espécie do animal agressor

Como mostrado na figura 14, a grande maioria dos pacientes (86,0%) foi atacada por cães. Os felinos domésticos representaram a segunda espécie mais envolvida, com 10,7% das ocorrências. Proporções reduzidas foram atribuídas a outros animais (2,1%), quirópteros (0,6%) e primatas (0,1%). A informação não foi preenchida em 4 casos (0,5%).

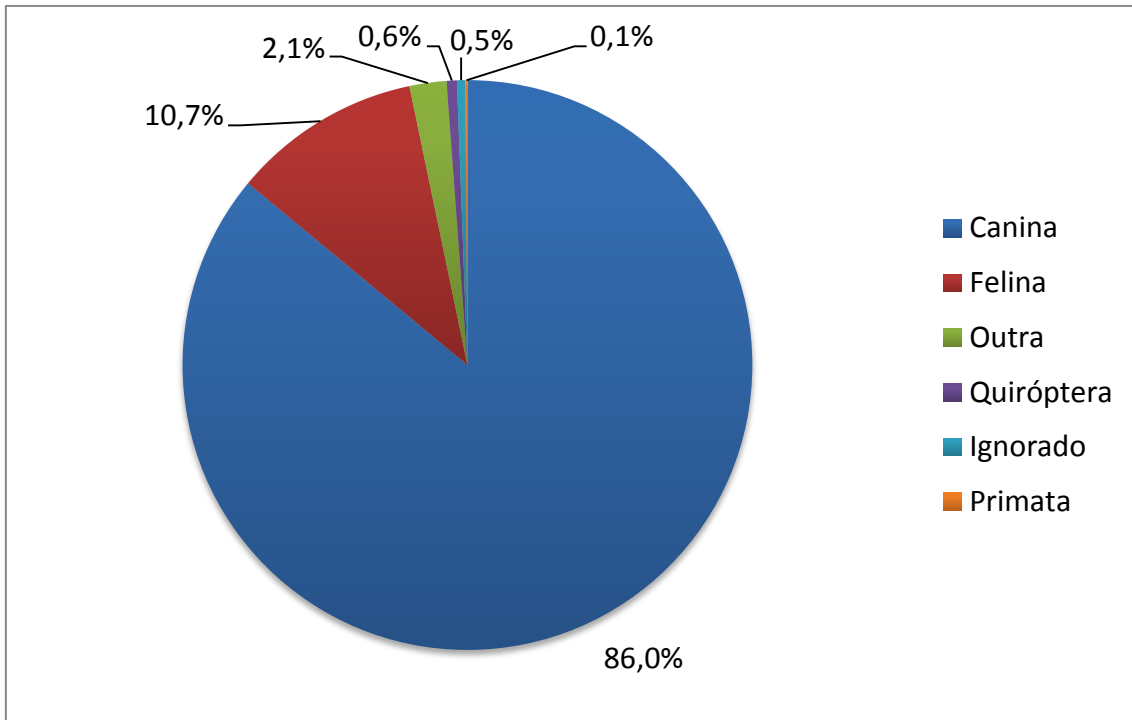


Figura 14 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo a espécie do animal agressor, 2001 a 2010.

A tabela 13 mostra que o percentual de agressão por cães foi semelhante entre os sexos (87% em homens e 84,7% em mulheres). Acidentes com felinos foram mais frequentes entre as mulheres (14% contra 8,2%), ao passo que ocorrências envolvendo outras espécies predominaram entre homens (3,1% contra 0,8%).

Tabela 13 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo a espécie do animal agressor e sexo, 2001 a 2010.

ESPÉCIE DE ANIMAL AGRESSOR	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		N	%
	n	%	n	%		
Canina	423	87,0	315	84,7	738	86,0
Felina	40	8,2	52	14,0	92	10,7
Outra	15	3,1	3	0,8	18	2,1
Quiróptera	3	0,6	2	0,5	5	0,6
Primata	1	0,2	0	0,0	1	0,1
<i>Ignorado</i>	4	0,8	0	0,0	4	0,5
TOTAL	486	100	372	100	858	100

Os dados da Tabela 14 demonstram que em todos os grupos o percentual de ataque por cães superou 80%, sendo mais elevado entre adolescentes (90,2%). Ocorrências com felinos representaram a segunda causa de atendimento em todas as idades. Não ocorreram acidentes com morcegos entre crianças e adolescentes e o único episódio envolvendo primata aconteceu em um indivíduo adulto.

Tabela 14 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo a espécie do animal agressor e grupo etário, 2001 a 2010.

ESPÉCIE DE ANIMAL AGRESSOR	GRUPOS ETÁRIOS										TOTAL
	CRIANÇAS		ADOLESCENTES		ADULTOS		IDOSOS		IGNORADO		N
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Canina	192	86,9	193	90,2	294	83,3	56	83,6	3	100	738
Felina	24	10,9	17	7,9	43	12,2	8	11,9	0	0,0	92
Outra	3	1,4	4	1,9	9	2,6	2	3,0	0	0,0	18
Quiróptera	0	0,0	0	0,0	4	1,1	1	1,5	0	0,0	5
<i>Ignorado</i>	2	0,9	0	0,0	2	0,6	0	0,0	0	0,0	4
Primata	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1
Total	221	100	214	100	353	100	67	100	3	100	858

A distribuição das espécies agressoras segundo o ano de ocorrência (figura 15) mostra que os cães foram responsáveis por mais de 80% delas em todos os anos, exceto 2008, onde representaram 75%. A segunda espécie mais envolvida ao longo dos anos foi a felina, com percentuais que variaram de 4,6%, em 2001, a 19,7%, em 2008. Os morcegos se apresentam como espécie agressora a partir do ano de 2006, em cerca de 1% dos casos. O único ataque de primata aconteceu em 2007. Acidentes com outras espécies menos importantes na transmissão da raiva contribuíram com menos de 6% dos pacientes atendidos, sem nenhum caso nos anos de 2004 e 2010.

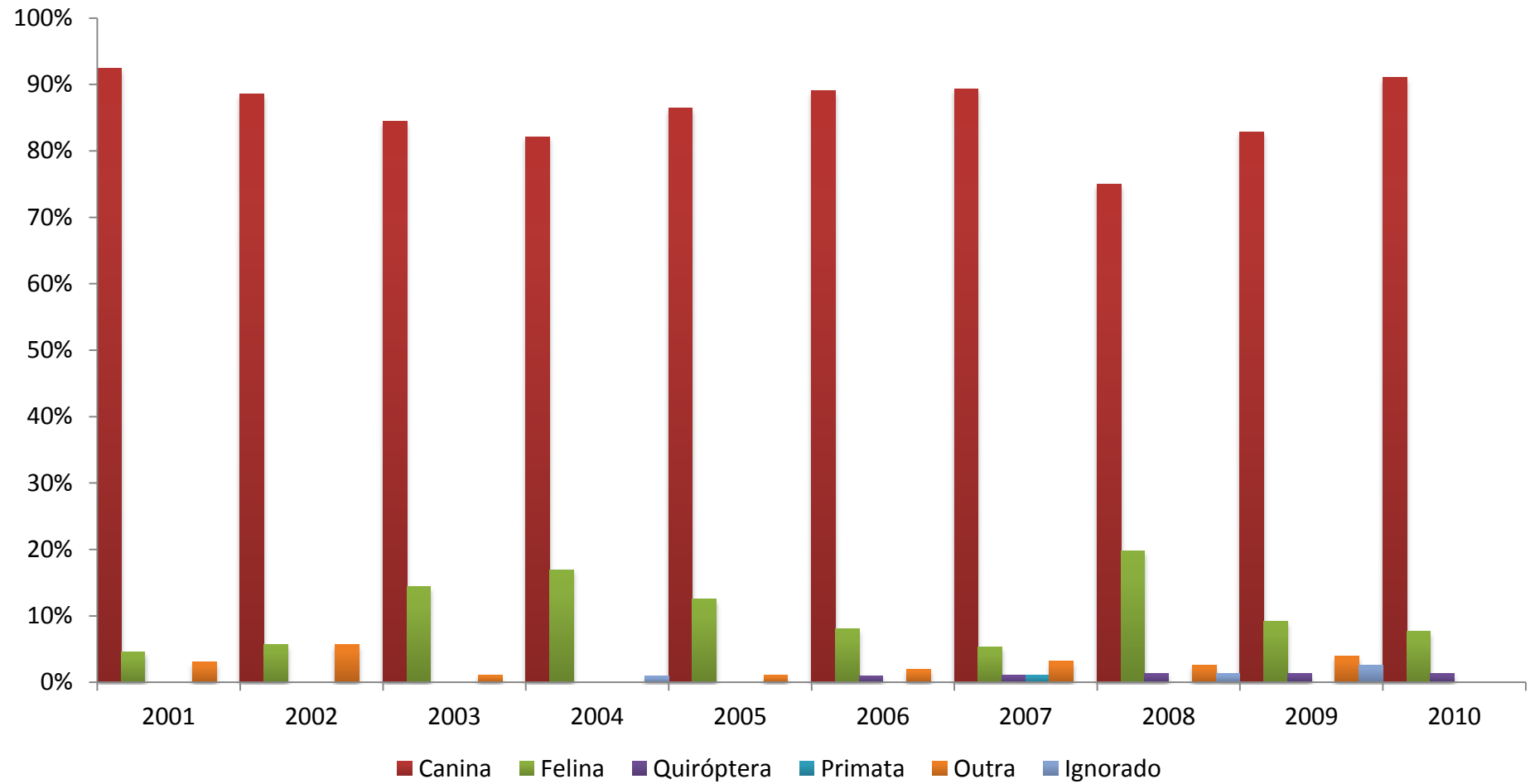


Figura 15 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo a espécie do animal agressor e ano de ocorrência, 2001 a 2010.

4.13 Distribuição dos pacientes segunda a condição de saúde do animal agressor

A avaliação das condições sanitárias dos animais agressores (figura 16) mostra que 79,1% apresentavam-se sadios no momento da ocorrência. Houve 37 animais desaparecidos (4,3%), mesmo valor registrado para aqueles em condições de observação. Suspeitos de raiva no momento da agressão representaram 1,6% dos atendimentos, ao passo que outros dois (0,2%) foram descritos como raivosos quando da ocorrência que motivou o atendimento. Chama a atenção que em 9,0% do total as condições do agressor não foram registradas na ficha de atendimento.

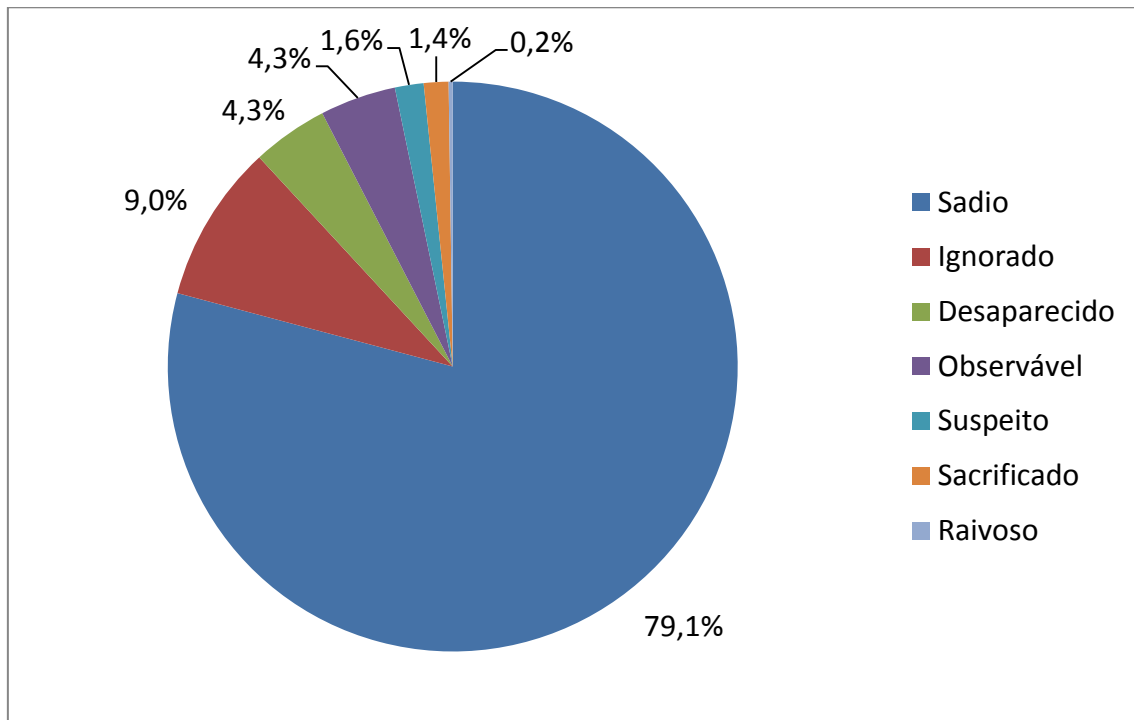


Figura 16 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde de Luiz Antônio segundo a condição de saúde do animal agressor, 2001 a 2010.

Analisando-se a figura 17, verifica-se que a espécie canina foi referida como saudável em 83,5% dos atendimentos e observável em 4,5%. Os cães ignorados (5,8%), desaparecidos (3,3%), suspeitos (1,8%), sacrificados (1,1%), e raivosos (0,1%) somaram 12,1 % das observações. Os felinos estavam em sua maioria sadios (59,8%) e com possibilidades de

observação em 3,3%. Em 21,7% das agressões por gatos a condição de saúde do animal foi ignorada e em 13% ocorreu desaparecimento. Dos cinco morcegos, três foram classificados como ignorados, um como raivoso e um sacrificado. Em um atendimento o animal envolvido foi um primata, cuja condição de saúde foi ignorada. As outras espécies envolvidas foram majoritariamente relatadas como sadias (38,9%) ou ignoradas (38,9%). Os atendimentos cuja espécie animal não foi identificada relataram condição de saúde ignorada (75%) ou sadia (25%).

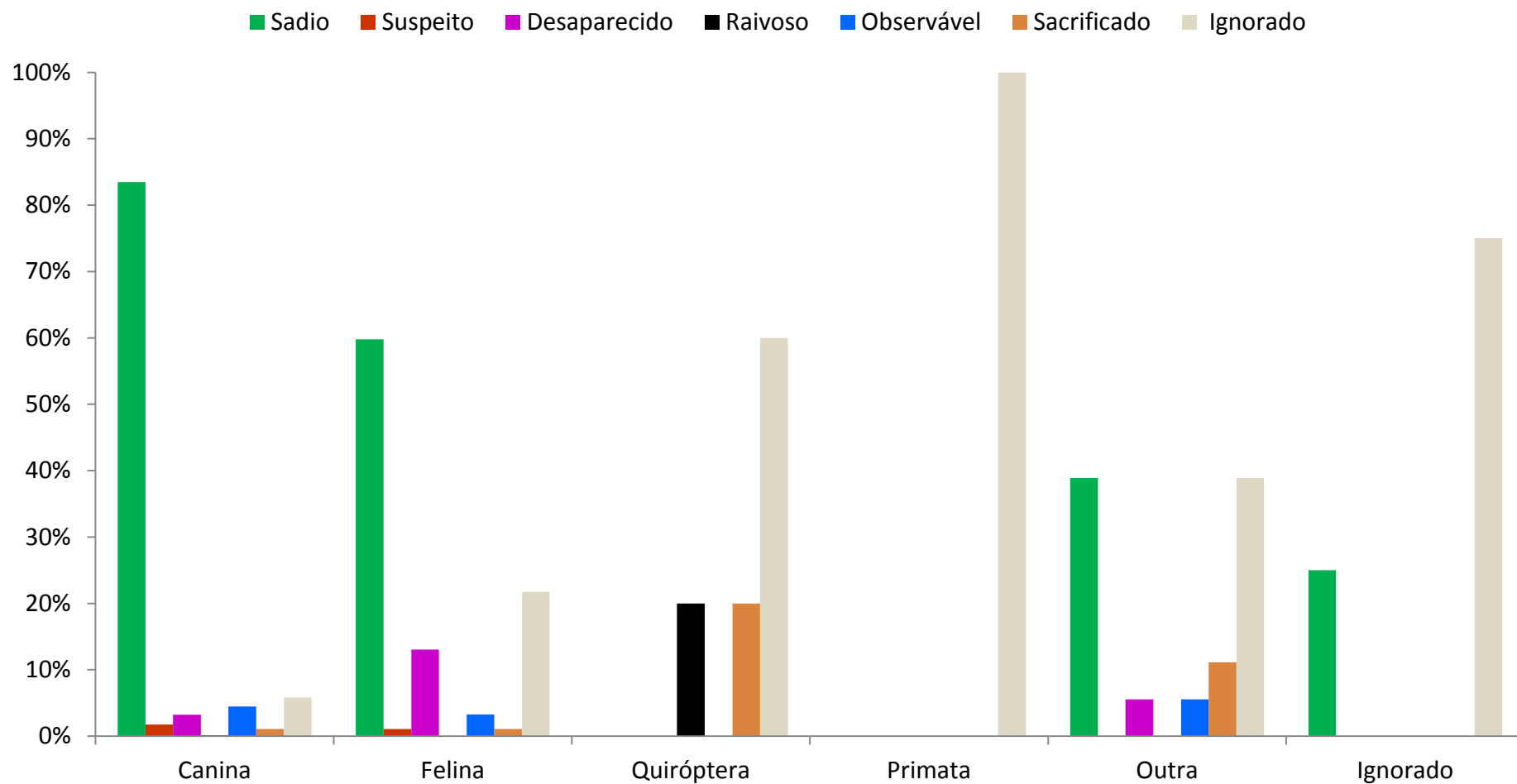


Figura 17 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo a espécie do animal agressor e condições sanitárias no momento do atendimento, 2001 a 2010.

4.14 Distribuição dos pacientes segundo o tipo de tratamento indicado

Como mostrado na tabela 15, a principal modalidade de tratamento indicada foi a pós-exposição (473, ou 55,1%), todavia deve ser ressaltado que em mais de 40% dos atendimentos não houve registro da informação. Os percentuais de tratamentos em ambos os sexos foram semelhantes, embora com discreto predomínio masculino na modalidade de pré-exposição.

Tabela 15 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo o tipo de tratamento indicado e sexo, 2001 a 2010.

TRATAMENTO INDICADO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		N	%
	N	%	N	%		
Pós-exposição	278	57,2	195	52,4	473	55,1
Reexposição	15	3,1	13	3,5	28	3,3
<i>Ignorado</i>	193	39,7	164	44,1	357	41,6
TOTAL	486	100	372	100	858	100

O grupo etário das crianças foi o que apresentou o menor percentual de ausência de informação (32,1%) e o maior de registro de esquema de pós-exposição (tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo o tipo de tratamento indicado e grupo etário, 2001 a 2010.

TRATAMENTO INDICADO	GRUPOS ETÁRIOS										TOTAL	
	CRIANÇAS		ADOLESCENTES		ADULTOS		IDOSOS		IGNORADO		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Pós-exposição	142	64,3	105	49,1	189	53,5	35	52,2	2	66,7	473	55,1
Reexposição	8	3,6	6	2,8	12	3,4	2	3,0	0	0,0	28	3,3
<i>Ignorado</i>	71	32,1	103	48,1	152	43,1	30	44,8	1	33,3	357	41,6
TOTAL	221	100	214	100	353	100	67	100	3	100	858	100

4.15 Distribuição dos pacientes segundo ocorrência de Interrupção do tratamento

Dos 501 pacientes para os quais foi prescrito tratamento profilático, ocorreu a sua efetiva aplicação em 439 (87,6%). Interrupção do esquema aconteceu em 56 (11,2%), com percentual mais elevado entre os homens, quando comparados às mulheres (13,3% e 8,2%, respectivamente). Essa informação foi negligenciada em cerca de 1% em ambos os grupos.

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo a ocorrência de interrupção do tratamento e sexo, 2001 a 2010.

INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		n	%
	n	%	n	%		
Não	251	85,7	188	90,4	439	87,6
Sim	39	13,3	17	8,2	56	11,2
Ignorado	3	1,0	3	1,4	6	1,2
TOTAL	293	100	208	100	501	100

A Tabela 18 revela que a interrupção do tratamento foi menor entre as crianças (5,3%) e maior entre os adultos (14,4%), com a informação tendo sido proporcionalmente mais ignorada entre os idosos (2,7%).

Tabela 18 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo ocorrência de interrupção do tratamento e grupo etário, 2001 a 2010.

INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO	GRUPOS ETÁRIOS										TOTAL	
	CRIANÇAS		ADOLESCENTES		ADULTOS		IDOSOS		IGNORADO		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Não	142	94,7	96	86,5	169	84,1	31	83,8	1	50,0	439	87,6
Sim	8	5,3	13	11,7	29	14,4	5	13,5	1	50,0	56	11,2
Ignorado	0	0,0	2	1,8	3	1,5	1	2,7	0	0,0	6	1,2
TOTAL	150	100	111	100	201	100	37	100	2	100	501	100

4.16 Distribuição dos pacientes segundo o motivo da interrupção do tratamento

Mais da metade dos que interromperam o tratamento o fez por abandono (53,6%), com distribuição praticamente igual entre os sexos (53,9% e 52,9%). Um quarto das interrupções ocorreu por indicação do Serviço de Saúde e em mais de 20% dos atendimentos essa informação permaneceu ignorada (tabela 19).

Tabela 19 – Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo o motivo da interrupção do tratamento e sexo, 2001 a 2010.

MOTIVO DA INTERRUPÇÃO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		n	%
	n	%	n	%		
Abandono	21	53,9	9	52,9	30	53,6
Indicação do Serviço de Saúde	10	25,6	4	23,5	14	25,0
Ignorado	8	20,5	4	23,5	12	21,4
TOTAL	39	100,0	17	100,0	56	100,0

Como visto na tabela 20, o maior percentual de abandonos ocorreu entre os indivíduos mais idosos (80,0%).

Tabela 20 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo o motivo da interrupção do tratamento e grupo etário, 2001 a 2010.

MOTIVO DA INTERRUPÇÃO	GRUPOS ETÁRIOS										TOTAL	
	CRIANÇAS		ADOLESCENTE S		ADULTOS		IDOSOS		IGNORADO		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Abandono	4	50,0	7	53,9	15	51,7	4	80,0	0	0,0	30	53,6
Indicação do Serviço de Saúde	3	37,5	4	30,8	6	20,7	1	20,0	0	0,0	14	25,5
Ignorado	1	12,5	2	15,4	8	27,6	0	0,0	1	100	12	21,4
TOTAL	8	100	13	100	29	100	5	100	1	100	56	100

4.17 Distribuição dos pacientes segundo procura pelo Serviço de Saúde em caso de abandono

Dos 30 casos de abandono de tratamento, verificou-se que em 46,7% deles essa informação foi ignorada (Tabela 21), com proporções semelhantes entre os sexos. Quando a procura do paciente foi realizada, o percentual de busca foi quase duas vezes mais elevado entre as mulheres (55,6% contra 28,6%).

Tabela 21 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo procura pelo Serviço de Saúde em caso de abandono e sexo, 2001 a 2010.

PROCURA PELO PACIENTE	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		n	%
	n	%	n	%		
Sim	6	28,6	5	55,6	11	36,7
Não	5	23,8	0	0,0	5	16,7
Ignorado	10	47,6	4	44,4	14	46,7
TOTAL	21	100,0	9	100,0	30	100,0

A tabela 22 mostra os percentuais de busca nos diferentes grupos etários. O número reduzido de observações dificulta comparações entre eles. Mesmo assim, percebe-se ausência de busca e de informações em todas as idades consideradas.

Tabela 22 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo procura pelo Serviço de Saúde em caso de abandono e grupo etário, 2001 a 2010.

PROCURA PELO PACIENTE	GRUPOS ETÁRIOS								TOTAL	
	CRIANÇAS		ADOLESCENTES		ADULTOS		IDOSOS		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sim	3	75,0	3	42,9	4	26,7	1	25,0	11	36,7
Não	0	0,0	3	42,9	1	6,7	1	25,0	5	16,7
Ignorado	1	25,0	1	14,3	10	66,7	2	50,0	14	46,7
TOTAL	4	100	7	100	15	100	4	100	30	100

4.18 Distribuição dos pacientes segundo indicação de soro

Dos 501 casos de tratamento indicado, a soroterapia foi proposta para 11,6% (Tabela 23), com percentuais próximos entre os sexos.

Tabela 23 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo indicação de soro e sexo, 2001 a 2010.

INDICAÇÃO DE SOROTERAPIA	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		n	%
	n	%	n	%		
Não	257	87,7	186	89,4	443	88,4
Sim	36	12,3	22	10,6	58	11,6
TOTAL	293	100,0	208	100,0	501	100,0

No que diz respeito à faixa etária (tabela 24), verifica-se que os percentuais mais elevados de indicação ocorreram entre adultos, seguidos dos idosos e crianças (18,9%, 13,5% e 6,0%, respectivamente).

Tabela 24 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo indicação de soro e grupo etário, 2001 a 2010.

INDICAÇÃO DE SOROTERAPIA	GRUPOS ETÁRIOS										TOTAL	
	CRIANÇAS		ADOLESCENTES		ADULTOS		IDOSOS		IGNORADO		N	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Não	141	94,0	105	94,6	163	81,1	32	86,5	2	100	443	88,4
Sim	9	6,0	6	5,4	38	18,9	5	13,5	0	0,0	58	11,6
TOTAL	150	100	111	100	201	100	37	100	2	100	501	100

4.19 Distribuição dos pacientes encaminhados à Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas para administração de soroterapia, segundo o tratamento final recebido.

Dos 58 pacientes encaminhados à Unidade de Emergência (UE) do Hospital das Clínicas em Ribeirão Preto com indicação de soro antirrábico, em 50 (86,2%) ocorreu a aplicação desse produto, ao passo que em sete (12,1%) a prescrição inicial foi alterada para uso isolado de vacina (tabela 25). Em um encaminhamento não foi possível obter a informação. O percentual de contra-indicação de soroterapia foi maior entre homens (13,9% contra 9,1%).

Tabela 25 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo o tratamento final recebido e sexo, 2001 a 2010.

TRATAMENTO INDICADO PELA UE	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		n	%
	n	%	n	%		
Soro e vacina	30	83,3	20	90,9	50	86,2
Vacina	5	13,9	2	9,1	7	12,1
Ignorado	1	2,8	0	0,0	1	1,7
TOTAL	36	100,0	22	100,0	58	100,0

A figura 18 revela que a grande maioria dos pacientes encaminhados à UE era constituída por adultos (65,5%), seguidos das crianças, adolescentes e idosos (15,5%, 10,3% e 8,6%, respectivamente).

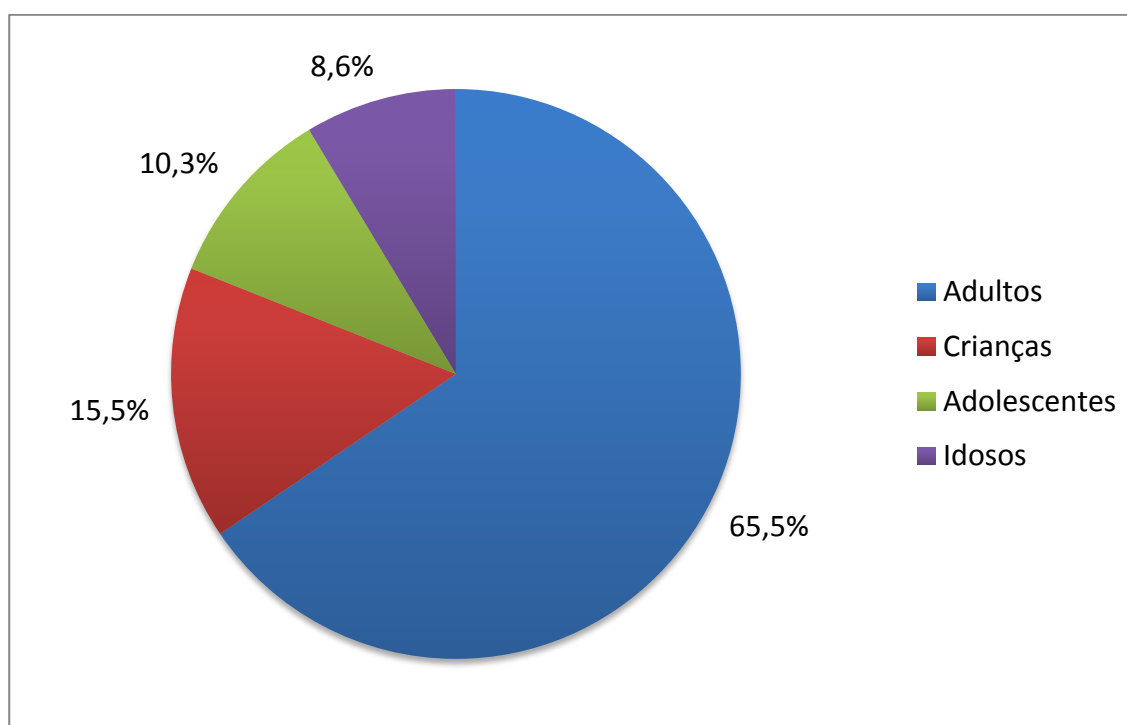


Figura 18 – Distribuição percentual dos grupos etários de pacientes encaminhados à Unidade de Emergência pelo município de Luiz Antônio durante a década de 2001 a 2010.

A tabela 26 mostra que o mais elevado percentual de aplicação de soroterapia ocorreu entre os adultos (92,1%).

Tabela 26 - Distribuição dos pacientes atendidos para profilaxia antirrábica pelo Serviço de Saúde da cidade de Luiz Antônio segundo o tratamento final recebido e grupo etário, 2001 a 2010.

TRATAMENTO INDICADO PELA UE	GRUPOS ETÁRIOS								TOTAL	
	CRIANÇAS		ADOLESCENTES		ADULTOS		IDOSOS			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Soro e vacina	7	77,8	4	66,7	35	92,1	4	80,0	50	86,2
Vacina	2	22,2	1	16,7	3	7,9	1	20,0	7	12,1
Ignorado	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	1	1,7
TOTAL	9	100	6	100	38	100	5	100	58	100

4.20 Quantidade de soro administrada

Dos 50 pacientes que receberam soro antirrábico na UE, apenas dois não tiveram a sua quantidade de soro anotada. A quantidade média de soro utilizada foi de 11,5 mL, variando de um máximo de 16 mL a um mínimo de 0,2 mL, com desvio padrão de 4,1. O soro utilizado na década estudada foi somente do tipo heterólogo.

5. DISCUSSÃO

A realização de investigações com dados secundários oferece uma grande facilidade operacional, na medida que o pesquisador já dispõe das informações coletadas previamente, tornando o processo mais rápido e econômico. Por outro lado, impõe limitações de diferentes naturezas e magnitudes, o que pode ser verificado no presente trabalho já na observação da fonte dos dados utilizados, qual seja a ficha de atendimento antirrábico. Tais fichas são disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e fazem parte do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN. No período de 10 anos estudados, este documento alterou-se pelo menos quatro vezes conforme pode ser verificado no arquivo do Serviço de Saúde.

A avaliação dos campos presentes em cada ficha, conforme as figuras 1, 2, 3, 4 e 5, permite verificar que as mudanças encontradas fazem parte da evolução da coleta de dados durante o período estudado. De modo geral há similaridades entre os campos, alguns apenas com alteração na denominação; todavia, informações novas foram acrescentadas no modelo mais recente, do mesmo modo que outras foram retiradas. A uniformidade dos dados no arquivo foi prejudicada, haja vista que os registros mais antigos apresentam menos campos do que os mais recentes. Este problema também foi relatado por Carvalho et al.³³ e Filgueira et al.³⁴. As alterações encontradas nos campos destas fichas tornou necessário adaptá-los no instrumento de coleta de dados da pesquisa, particularmente no modelo 2000. Este modelo não dispunha da variável *tipo de tratamento anterior*, sendo considerado como pré-exposição afirmativa a resposta do campo 29, e completo ou não, de acordo com o número de doses aplicadas, no campo 31. A maior dificuldade desta resposta é quanto à soroterapia, já que não existem dados que respondam a essa pergunta nesta ficha. A escolaridade foi outro campo adaptado, já que no modelo 2000 as categorias utilizadas eram diferentes das mais recentes. Assim, a categoria *analfabeto* foi padronizada como *nenhuma*; *1º grau* como *4 a 7 anos*; *2º grau* como *8 a 11 anos*; e *3º grau e Superior* como *12 e mais*. Na ausência de um campo com a *Indicação de Soro*, essa informação foi considerada *Sim* quando o campo 54 da ficha apresentava a quantidade de soro administrada. O tratamento médico indicado igualmente não dispunha de campo próprio, tendo sido medido indiretamente pelo preenchimento do campo 45, que indica o número de doses indicadas. Ademais, um estudo mais detalhado deve ser realizado quanto à qualidade das informações e sua importância epidemiológica. Por exemplo, a indicação de observação do animal

agressor e o resultado da avaliação veterinária são informações preciosas que não constam na maioria destes instrumentos. O modelo mais recente, com tais informações disponíveis, somente foi utilizado parcialmente nos anos de 2009 e 2010, não sendo possível comparar com os demais anos. Tendo em vista que o estado de saúde do animal agressor é condição necessária para a correta prestação de assistência médica ao paciente, torna-se necessário o acompanhamento veterinário de rotina, sempre que possível, e o seu correspondente registro.

Durante a década estudada, o município apresentou um total de atendimentos profiláticos contra a raiva em número proporcionalmente inferior ao observado em estudos semelhantes^{35,36,37,38,39}. Rigo e Honer³⁶ analisaram 4.168 atendimentos, em 2005, na cidade de Campo Grande (MS), Dantas-Torres e Oliveira-Filho³⁵ estudaram 7.062 atendimentos, entre os anos de 2002 a 2006, na cidade de Olinda (PE), Macedo e Silva³⁷ pesquisaram 1.925 casos, em 2010, na cidade de Montes Claros (MG), e Veloso et al.³⁸ estudaram 2.223 casos em Porto Alegre (RS), no último semestre de 2006. Esses estudos, ainda que realizados em períodos variados e em cidades diferentes quanto ao seu porte, permitem comparar características do atendimento médico aos pacientes do serviço público, como o animal agressor mais frequente e o tipo de tratamento indicado.

Em Luiz Antônio, o pico de atendimentos, conforme visto na figura 1, ocorreu no ano de 2004. Deve ser lembrado que nos anos de 2004 e 2005 o principal responsável pelos casos de raiva humana no Brasil foi o morcego, superando os casos com transmissão canina, devido à ocorrência de surtos de raiva humana no norte e nordeste do país, amplamente noticiados pela imprensa¹. Possivelmente, essa elevação no número de pacientes atendidos neste ano seja um reflexo da maior procura pelo serviço de saúde impulsionada por informações veiculadas na mídia.

A avaliação dos atendimentos segundo grupos etários exige cuidado ao se comparar aos demais estudos, dado que inexistem um padrão de categorização. O estudo de Filgueira et al.³⁴ refere considerar as faixas etárias segundo o IBGE, porém não descreve os intervalos utilizados; Macedo e Silva³⁷ classificam os participantes em 10 categorias com intervalos diferentes; Veloso et al.³⁸ classificam seus dados em quatro faixas com intervalos diferentes; e Garcia et al.³⁹ distribuem os pacientes em 17 categorias, em intervalo de 5 anos. Assim, com essas ressalvas, o predomínio de casos nas faixas correspondentes a adultos e crianças, tal como encontrado em Luiz Antônio, vai de encontro aos estudos acima citados^{34,37,38,39}. O

atendimento de idosos foi o que menos ocorreu no presente trabalho, possivelmente pelo número de indivíduos nessa faixa etária no município ser baixo (8,1%)³¹.

Assim como nos estudos de Carvalho et al.³³, Filgueira et al.³⁴, Macedo e Silva³⁷, Veloso et al.³⁸, Garcia et al.³⁹, Araújo⁴⁰, Kilic et al.⁴¹, Rolim et al.⁴², Fortes et al.⁴³ e Frias⁴⁴, os pacientes do sexo masculino foram os mais acometidos por ataques de animais. Filgueira et al.³⁴ e Rolim et al.⁴² comentam que meninos se expõem mais pelas próprias brincadeiras típicas, como segurar, conter, apartar brigas do animal e aproximar-se dele enquanto se alimenta. Carvalho et al.³³, Garcia et al.³⁹ e Poener⁴⁵ atribuem ao sexo masculino atividade externa ao lar mais intensa, com maiores oportunidades de encontro com animais e atitudes bruscas que podem despertar reações agressivas.

A avaliação da escolaridade foi prejudicada pela ausência desta informação em grande parte das fichas, fato também relatado por Araújo⁴⁰. Entre aqueles em que a variável foi registrada, todavia, percebe-se uma concentração de atendimentos em pessoas com ensino fundamental de quatro a sete anos. De acordo com Filgueira et al.³⁴, que encontrou resultado parecido, o grau de escolaridade é um indicador de nível socioeconômico que pode influenciar o risco de ocorrência de agressão por animais. Quanto pior a situação de desenvolvimento local, maior é a promiscuidade observada na relação homem-animal e menores são os cuidados sanitários tomados. O baixo percentual de analfabetos atendidos deve ser decorrência da raridade dessa condição nos dias atuais, mas, eventualmente, pode ter alguma relação com a falta de informação a respeito da periculosidade da doença e suas formas de transmissão. No outro espectro do nível de escolaridade, o percentual diminuto de universitários deve ser devido ao menor número de pessoas com diploma de nível superior no município, talvez aliado à uma postura mais equilibrada no relacionamento homem-animal. O percentual de respostas "*não se aplica*" é questionável, haja vista que as demais categorias abrangem todas as possibilidades, incluindo o analfabetismo, sendo muito provavelmente decorrente da pouca atenção e desinteresse por parte das pessoas que ao longo dos anos preencheram o instrumento.

O fato de que 92% dos atendidos residem na zona urbana reflete a distribuição da população no território municipal, uma vez que, segundo a Fundação SEADE³¹, a urbanização no ano de 2010 era de 96,6%. A predominância de casos na zona urbana também foi relatada por Carvalho et al.³³, Filgueira et al.³⁴, Araújo⁴⁰, Frias⁴⁴ e Müller et al.⁴⁶. Frias⁴⁴ comenta que os acidentes na zona urbana em sua maioria ocorrem em residências,

envolvendo animais domiciliados e geralmente vacinados contra a raiva, e por este motivo devem ser considerados de baixo risco para transmissão da doença. Entretanto, um censo animal torna-se necessário para avaliar as características da população de cães, detectando áreas com concentração de animais soltos e possivelmente não vacinados.

A verificação do intervalo entre a agressão animal ao paciente e a procura deste pelo atendimento médico revelou que a maioria (95%) recorreu ao posto médico no mesmo dia do ocorrido. Fatores como a centralidade do posto médico, sua facilidade de acesso, elevado grau de urbanização e de conhecimento popular a respeito da doença são fatores certamente envolvidos, nesse achado, que se revela mais favorável do que o relatado em estudo semelhante por Garcia³⁹, no qual a procura por atendimento médico de 1 a 5 dias após a agressão ocorreu em 88,6% dos casos. Sua grande importância reside nos benefícios, para a saúde individual e coletiva, da precocidade do início do tratamento.

O tipo de exposição mais frequente no município foi mordedura (83,6%), assim como relatado por Carvalho et al.³³, Filgueira et al.³⁴, Veloso et al.³⁸, Araújo⁴⁰, Fortes et al.⁴³, Frias⁴⁴ e Poerner⁴⁵. Isto se deve à reação comum dos mamíferos quando acuados: morder. Verificou-se que a arranhadura foi o segundo tipo de exposição mais comum, porém em percentual muito menor (13,75%). Esse dado demonstra outra interação animal violenta: utilizar-se das garras ou unhas. De acordo com Carvalho et al.³³, Filgueira et al.³⁴, Garcia et al.³⁹, Frias⁴⁴ e Poerner⁴⁵, a mordedura é mais frequente devido ao indivíduo se preocupar em relatar este acidente pela gravidade da lesão e possibilidade de estar relacionada com a raiva, diferentemente do que o senso comum considera para arranhadura ou lambedura.

As localizações de lesão no corpo do paciente mais comumente encontradas, a mão ou o pé, refletem os achados de outros estudos^{34,35,41,42,47}. Na análise de Filgueira et al.³⁴ e Fortes et al.⁴³, o comprometimento dessas regiões anatômicas é justificado por estarem mais ao alcance dos animais e por serem utilizadas para a defesa, quando a agressão ocorre. Veloso et al.³⁸ afirmam que em idosos, principalmente do sexo feminino, ocorre lesão em mãos devido a agressão por seus próprios animais durante o ato de cuidar, enquanto que nos mais jovens decorre de agressão por animais de rua ou em exercício profissional. Entre crianças, os locais mais comuns de lesão, além de mãos e pés, foram cabeça e pescoço, provavelmente resultado da pequena estatura das vítimas e à tentativa de defesa, por parte do cão, em brincadeiras interpretadas como provocativas⁴⁸. Mordeduras e lambeduras na

face tem potencial para aumentar o percentual de lesões às mucosas, fato também verificado entre as crianças no presente estudo.

O predomínio de lesões superficiais está de acordo com resultados de outros estudos, tais como Carvalho et al.³³, Fortes et al.⁴³, Frias⁴⁴, Poerner⁴⁵, Oliveira⁴⁸, e Mundim⁴⁹. De acordo com Fortes et al.⁴³, os ferimentos únicos e superficiais demonstram não ocorrer comportamento agressivo intenso e/ou contínuo dos animais envolvidos. Poerner⁴⁵ comenta que os ferimentos superficiais podem ser resultado de agressões instintivas como modo de defesa. O percentual elevado de ferimentos profundos entre idosos pode ser devido à redução significativa da espessura da epiderme e derme de indivíduos após os 60 anos⁵⁰.

A informação sobre tratamento antirrábico antecedente é de extrema importância para a decisão médica e a ficha de atendimento dispõe desse campo. No entanto, em quase um terço delas essa informação permaneceu ignorada. Rigo e Horner³⁶ relataram falta dessa informação em 62,3% dos atendimentos em Campo Grande (MS); Frias⁴⁴ descreve 25,2% em Jaboticabal (SP), enquanto Garcia et al.³⁹ referem 2,8% na Grande São Paulo. Em Luiz Antônio, entre aqueles em que tal informação foi registrada, a maioria informou não ter sido submetida a nenhum tratamento antirrábico anterior, assim como nos estudos de Frias⁴⁴ e Müller et al.⁴⁶. Em seu estudo, Garcia et al.³⁹ relatou um percentual maior de pacientes com vacinação anterior (25,8%), o que provavelmente se deve à melhor qualidade no preenchimento das fichas. A referência de tratamento anterior por vacinas foi mais ignorada entre os idosos e decorre possivelmente de falha de anamnese ou de memória do indivíduo.

Conhecer a espécie do animal agressor direciona toda a conduta profilática ao paciente. De acordo com o verificado em outros estudos, o animal mais frequentemente relacionado no ataque a humanos na presente pesquisa foi o cão^{33,34,35,36,37,40,41,42,45,47,51,46,52}. Essa é a espécie preferida como animal de companhia e se mantém como o animal mais presente nas sociedades humanas. Além desse fato, Buso et al.⁵¹ comentam que o maior número de agressões por cães nos serviços de saúde pode também se dever ao melhor conhecimento, por parte da população, de seu papel como transmissor da raiva. Igualmente de acordo com outros estudos^{35,36,37,46}, o segundo animal mais envolvido em ataques a humanos em Luiz Antônio foi o gato, muito embora em proporção bastante inferior à dos cães. Isso reflete o comportamento felino, que apesar de próximo ao proprietário, tende a manter menos contato. Outro possível motivo é apontado por Carvalho et al.³³ e baseia-se no senso comum de considerar como grave apenas as agressões caninas, minimizando as

arranhaduras por gatos. Os quirópteros são referidos como espécie agressora em número reduzido de casos, devido principalmente aos seus hábitos noturnos e que os mantem distantes das pessoas. O contato com humanos normalmente ocorre numa alteração de comportamento do animal, que, incapacitado por morbidez, pode ser encontrado caído ou moribundo em locais não tradicionais⁵. As demais espécies de mamíferos apresentaram participação muito reduzida, pelas características urbanas do município e seu distanciamento de outros grupos animais. Quando avaliado o tipo de animal envolvido na agressão segundo o sexo, tem-se que os cães estiveram percentualmente mais envolvidos em ataques a homens. Paralelamente, ocorreu percentual mais elevado de agressões a mulheres por parte de gatos. Veloso et al.³⁸ também relataram a mesma relação, comentando que as mulheres são mais agredidas por gatos possivelmente devido à sua participação frequente no cuidado com os animais domésticos e à sua maior aptidão a manter convivência e manejo de felinos, resultando em agressões nas mãos. Analisando a série histórica dos ataques animais (figura 15) fica clara a participação majoritária do cão ao longo de todos os anos da década, superando os 80% na maioria dos anos. A participação de felinos oscilou bastante, jamais ultrapassando a barreira dos 20%. A participação de morcegos passou a ser relatada a partir de 2006, provavelmente refletindo a conscientização e preocupação populacional pelos casos humanos de raiva ocorridos nos anos anteriores no Pará e Maranhão, amplamente destacados pela imprensa em nível nacional⁴.

Conhecer o estado de saúde do animal agressor é uma informação valiosa para a decisão médica no atendimento ao paciente agredido. Em Luiz Antônio, a maioria dos atendimentos foi provocado por animais saudáveis, fato também relatado por Carvalho et al.³³, Filgueira et al.³⁴, Fortes et al.⁴³, Frias⁴⁴, Poerner⁴⁵ e Mundim⁴⁹. Cabe ressaltar que o estado de saúde desses animais é informado pela vítima e não necessariamente foi avaliada por profissional capacitado. Fortes et al.⁴³ discutem a necessidade de se avaliar o relacionamento do animal com a vítima e o local onde ocorreu o acidente (dentro ou fora de casa), o que contribuiria no esclarecimento da sua procedência. Conquanto a observação de cão ou gato envolvido em agressão seja necessária para a correta conduta médica, ainda assim não existe um protocolo oficial para essa conduta e a ficha de atendimento não dispõe de campo para parecer veterinário. Conseqüentemente, o preenchimento da condição *raivoso* é bastante discutível, haja vista ser informação fornecida pela própria vítima, sem comprovação laboratorial ou diagnóstico veterinário. O maior percentual de ignorados e de

desaparecidos entre felinos está de acordo com os hábitos da espécie, normalmente menos próximos, mais independentes e distanciados. Os poucos acidentes envolvendo morcegos estão de acordo com a literatura, já que a sua interação com humanos é sempre errática^{4,5,11}.

A decisão médica quanto ao tratamento ao paciente atendido em Luiz Antônio não estava disponível em mais de 40% das fichas analisadas, o que compromete o correto entendimento da conduta desses profissionais. Deve ser ressaltado, porém, que a ficha de atendimento não dispõe de um campo para indicação de observação animal. Esta opção contemplaria aguardar o resultado da avaliação de saúde do animal agressor e não expor o paciente desnecessariamente aos riscos da imunoprofilaxia antirrábica. Nestes casos, a falta de preenchimento foi considerada como recomendação médica de observação do animal durante 10 dias. Oliveira⁴⁸ comenta que a ficha não dispõe de campo para outro esquema profilático, além dos quatro previstos. Ainda assim, verifica-se que a vacinação pós-exposição foi o tratamento médico mais adotado assim como no estudo de Veloso et al.³⁸, Kilic et al.⁴¹, Frias⁴⁴, e Poerner⁴⁵. O predomínio da conduta de observar o animal doméstico, verificado em Luiz Antônio, está de acordo com os estudos de Carvalho et al.³³, Filgueira et al.³⁴, e Müller et al.⁴⁶. A indicação de tratamento de reexposição apresentou um percentual bastante baixo, justificado pelo número reduzido de indivíduos que receberam algum tratamento anterior. Essa condição tende a predominar entre crianças, seja por fatores comportamentais seja por maior preocupação médica, ou mesmo pela qualidade de anamnese. Quando avaliado o perfil do atendimento antirrábico no município, tem-se que a conduta médica mais comumente preconizada é o curativo da região lesionada e observação do animal agressor durante 10 dias^{2,11}, e não o tratamento pós-exposição com a vacinação do paciente.

Tão importante quanto o tratamento indicado é a efetiva realização do protocolo terapêutico. Em Luiz Antônio, o percentual de conclusão da profilaxia foi de 87,6%, superior ao estudo de Veloso et al.³⁸, que relatou mais de 50% de interrupção por abandono em Porto Alegre (RS), e inferior à análise de Carvalho et al.³³, que encontrou 92% de tratamentos concluídos em Maringá (PR). A maior frequência de interrupção entre os homens talvez se deva ao comportamento masculino de ter menos cuidado com a própria saúde, associado à dificuldade de comparecer à Unidade em horário comercial. Por outro lado, a menor interrupção entre crianças pode ser devido à natural preocupação de pais e

responsáveis sobre a saúde dos filhos menores. Garcia et al.³⁹ sugerem que baixas taxas de abandono decorrem de maior nível de conscientização da comunidade. Já Carvalho et al.³³ comentam que os abandonos ocorrem devido à perda de horas de trabalho, necessidade de acompanhantes, distância e despesas com transporte.

A maioria das interrupções de tratamento deveu-se ao abandono por parte do paciente, chegando a atingir 80% entre os idosos. Este achado é altamente preocupante, pois demonstra uma falta de comprometimento e vínculo entre o atendido e o serviço de saúde. O fenômeno possivelmente esteja associado à precariedade de informações prestadas ao paciente sobre os riscos da descontinuidade e sobre a letalidade da raiva, mas é suficientemente relevante para merecer estudos aprofundados que permitam o seu conhecimento e correção.

Quando a interrupção do tratamento profilático antirrábico é caracterizada como abandono o serviço de saúde deve proceder busca ativa para completar o atendimento do paciente. Na década estudada, dos 30 casos nessa condição, em apenas 36,7% houve registro de procura pela equipe de saúde. Embora superior ao relatado por Veloso et al.⁵² (19,1%), é inegável que a situação mostra-se preocupante. Ainda mais, chama à atenção que em quase metade dos abandonos (46,7%) essa informação foi ignorada, não permitindo saber se o paciente foi ou não procurado, ou se permaneceu sem seu tratamento finalizado. Fica patente a necessidade do Serviço de Saúde aprimorar sua busca ativa de faltosos e melhorar sua sensibilidade quanto ao abandono de tratamento. Veloso et al.⁵² comenta que duas estratégias devem ser utilizadas para enfrentar o abandono: capacitação da equipe de saúde e educação em saúde para a comunidade.

Os casos mais graves de agressão de animais às pessoas com maior probabilidade de exposição ao vírus rábico necessitam de terapêutica intensiva, com administração de soroterapia, além de vacinação. Nos anos estudados em Luiz Antônio, a soroterapia foi indicada em quase 12% dos casos, proporção muito superior às relatadas por Veloso et al.³⁸ (6,4%), Carvalho et al.³³ (2,4%) e Garcia et al.³⁹ (0,05%), em Porto Alegre (RS), Maringá (PR) e Grande São Paulo (SP), respectivamente. À primeira vista, isso sugere a possibilidade de que a indicação de soro antirrábico em Luiz Antônio esteja sendo feita de modo excessivo e em não conformidade com as orientações oficiais, o que seria preocupante pelos riscos associados à administração desse produto e pelas limitações impostas aos seus receptores, caso outras aplicações de soros heterólogos venham a se tornar necessárias no futuro.

Todavia, essa suspeita não parece se consolidar na medida em que se analisa a trajetória dos pacientes para os quais ocorreu prescrição de soro em Luiz Antônio.

Por força da organização dos serviços de saúde na região de Ribeirão Preto, a aplicação de soroterapia antirrábica para os municípios vizinhos é centralizada na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas. Encaminhados, por exemplo, de Luiz Antônio, tais pacientes são reavaliados nesse Hospital, boa parte das vezes por médicos e enfermeiros do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), com vasta experiência no manejo de pacientes vítimas de acidentes envolvendo risco de contato com o vírus rábico. O acompanhamento da conduta adotada na UE em relação aos 58 pacientes encaminhados de Luiz Antônio para soroterapia revela que em 50 (86,2%) essa intervenção efetivamente ocorreu, mostrando elevado percentual de concordância entre a Unidade local e o Hospital de referência. Investigar quantos desses 58 pacientes foram efetivamente reavaliados pelos profissionais do NHE forneceria informações mais precisas quanto ao percentual de acerto de indicação de soro, haja vista ser o seu corpo técnico o mais qualificado dentro do HCFMRP para definir tal conduta. Todavia, como seus profissionais permanecem na UE das 7h às 19h dos dias úteis, ocorre de condutas serem tomadas por médicos de outras clínicas durante o período noturno e nos finais de semana. Apesar da disponibilidade de plantão à distância pela Vigilância Epidemiológica municipal durante esses períodos, o qual pode ser consultado por via telefônica e assim participar da definição de conduta, sabe-se que isso nem sempre acontece. Decorre daí atendimentos por médicos residentes de diferentes clínicas, os quais cumprem períodos de treinamento rotativo e podem não estar adequadamente familiarizados com a prevenção antirrábica.

A soroterapia é um tratamento especial, de custo elevado e maior risco ao paciente, dependendo da sua procedência ser de origem animal (heterólogo) ou humana (homólogo). Assim, a quantidade administrada deve estar de acordo com o padrão corporal do agredido. Para os pacientes de Luiz Antônio o soro heterólogo foi o único utilizado, na quantidade média de 11,5 mL.

Como referido no início dessa discussão, a realização de investigações baseadas em dados secundários, coletados em longos períodos de tempo como uma atividade de rotina desvinculada de um projeto de pesquisa específico, representa um enorme desafio. Se por um lado dispensa a tarefa custosa de obtenção de dados em campo e oferece a facilidade da pronta disposição das informações, por outro coloca em foco o problema da sua qualidade.

Há que se levar em consideração que tais informações foram, provavelmente, colhidas e anotadas por diferentes pessoas em diferentes momentos, sem um manual que padronize conceitos e modos de obtenção e de registro daquilo que se procura. Algumas dessas limitações são facilmente percebidas, tais como a frequente ausência de preenchimento de diversos campos. Outras, todavia, podem se fazer presentes sem que isso produza evidências facilmente detectáveis. Situa-se aí a fidedignidade daquilo que se encontra registrado, de checagem praticamente impossível em muitos casos. Claro que diversas dessas limitações encontram-se presentes na investigação aqui relatada, tendo sido reconhecidas e citadas em diferentes partes do texto. Essa limitação metodológica, intrínseca a estudos realizados com dados secundários, todavia, não significa que não possam ser úteis e não devam ser realizados, Pelo contrário, a sua cuidadosa utilização pode representar um auxílio extremamente relevante para avaliar a qualidade dos serviços e reorientar suas atividades da rotina. Nessa linha de raciocínio, pretende-se que os resultados desse estudo sejam apresentados e discutidos com a equipe da Unidade de Saúde de Luiz Antônio encarregada dos procedimentos profiláticos voltados à raiva humana, objetivando aprimorar a sua qualidade em todos os aspectos da execução do Programa específico de controle dessa importante zoonose.

6. CONCLUSÕES

- O Preenchimento da ficha mostra evidentes deficiências, com percentuais elevados de omissão de informações relativas a algumas variáveis. Em virtude disso, há necessidade de elaboração de manual de preenchimento da ficha e treinamento da equipe responsável por essa tarefa.
- O perfil de paciente mais atendido pelo serviço de saúde na década estudada foi o adulto jovem, do sexo masculino, com idade média de 25 anos, escolaridade de até sete anos, residente da zona urbana do município, que procurou atendimento médico no mesmo dia da agressão, não possuía tratamento antirrábico anterior e foi mordido superficialmente em mão ou pé por um cão sadio.
- O tratamento médico mais indicado pelo Serviço de Saúde foi a vacinação pós-exposição, completamente realizada na maioria dos casos.
- Ocorreu elevado percentual de abandono do tratamento, bem como de não procura ativa pelos profissionais do serviço de saúde.
- As prescrições de soro antirrábico foram confirmadas pelo Hospital de referência em 86,2% dos encaminhamentos.
- Verificou-se necessidade de aprimorar a capacitação dos profissionais da rede a respeito das condutas preconizadas para a profilaxia da raiva, melhorar a integração com os profissionais da área veterinária para avaliação dos animais envolvidos e adequar instrumentos e sistema de informação.

7. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: zoonoses. Brasília (DF); 2009.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Caderno 13 – Raiva. In: Guia de vigilância epidemiológica 7. ed. Brasília (DF); 2009.
3. Bourhy H, Dautry-Varsat A, Hotez PJ, Salomon J. Rabies, Still Neglected after 125 Years of Vaccination. *PLoS Negl Trop Dis* 2010; 4(11):e839-41.
4. Wada MY, Rocha SM, Maia-Elkhoury ANS. Situação da Raiva no Brasil, 2000 a 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2011;20(4):509-518.
5. Reichmann MLAB, Pinto HBF, Arantes MB, Santos MB, Viaro O, Nunes VFP. Educação e promoção da saúde no Programa de Controle da Raiva. Manual 5. São Paulo: Instituto Pasteur; 2000.
6. Coleman PG, Fèvre, EM, Cleaveland S. Estimating the public health impact of rabies. *Emerg Infect Dis* 2004;10(1):140-2.
7. Kotait I, Carrieri ML, Takaoka NY. Raiva - aspectos gerais e clínica. Manual 8. São Paulo: Instituto Pasteur; 2009.
8. Batista HBCR, Franco AC, Roehe PM. Raiva: uma breve revisão. *Acta Scientiae Veterinarie* 2007; 35(2):125-144.
9. Queiroz LHQ, Carvalho C, Buso DS, Ferrari CIL, Pedro WA. Perfil epidemiológico da raiva na região noroeste do estado de São Paulo no período de 1993 a 2007. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2009;42(1):9-14.
10. Ministério da saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Eletrônico Epidemiológico. Ano 10, nº2. [Internet]. [citado 2013 fev 1]. Brasília(DF); 2010. Disponível em: www.saude.gov.br/svs.

11. Costa WA, Avila CA, Valentine EJG, Reichmann MLAB, Cunha RS, Guidolin R, Panachão MRI, et al. Profilaxia da raiva humana 2a ed. Manual 4. São Paulo: Instituto Pasteur; 2000.
12. Leung AKC, Davies HD, Hon KLE. Rabies: epidemiology, pathogenesis, and prophylaxis. *Adv Ther* 2007;24(6):1340-7.
13. Haider S. Rabies: old disease, new challenges. *CMAJ* 2008;178(5):562-563.
14. World Health Organization. WHO Expert Consultation on Rabies: first report. WHO technical report series 931. Geneva; 2004.
15. Cunha RS, Silva ACR, Batista AM, Chaves LB, Barata RB. Equivalência e avaliação da necessidade de sorologia de controle entre esquemas de pré-exposição à raiva humana. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):1-7.
16. Manning SE, Rupprecht CE, Fishbein D, Hanlon CA, Lumlertdacha B, Guerra M, Meltzer MI, et al. Human Rabies Prevention - United States, 2008. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *Morbidity and Mortality Weekly Report* [Internet]. [citado 2013 fev 1]. 2008;57(RR-3). Disponível em: www.cdc.gov/mmwr.
17. World Health Organization. Rabies. Fact Sheet N°99. [citado 2013 fev 1]. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/en/index.html>.
18. Willoughby RE Jr, Tieves KS, Hoffman GM, Ghanayem NS, Amlie-Lefond CM, Schwabe MJ, et al. Survival after treatment of rabies with induction of coma. *The New England Journal of Medicine* 2005;352(24):2508-2514.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo para Tratamento de Raiva Humana no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2009;18(4):385-394.
20. Belotto A, Leanes LF, Schneider MC, Tamayo H, Correa E. Overview of rabies in the Americas. *Virus Res* 2005;111:5-12.
21. Blanton JD, Palmer D, Christian KA, Rupprecht CE. Rabies surveillance in the United States during 2007. *JAVMA* 2008;233(6):884-97.

22. FU, Z.F. Rabies and rabies research: past, present and future. *Vaccine* 1997;15 Suppl: S20-S24.
23. Slate D, Rupprecht CE, Rooney JA, Donovan D, Lein DH, Chipman RB. Status of oral rabies vaccination in wild carnivores in the United States. *Virus Res* 2005;111:68–76.
24. Teixeira TF, Holz CL, Caixeta SPMB, Dezen D, Cibulski SP, Silva JRS, Rosa JCA, et al. Diagnóstico de raiva no Rio Grande do Sul, Brasil, de 1985 a 2007. *Pesq. Vet. Bras.* 2008;28(10):515-520.
25. Schneider MC, Romijn PC, Uieda W, Tamayo H, Da Silva DF, Belotto A, Da Silva JB, et al. Rabies transmitted by vampire bats to humans: An emerging zoonotic disease in Latin America?. *Rev Panam Salud Publica* 2009;25(3):260–9.
26. Cunha SEM, Silva LHQ, Lara MCCSH, Nassar AFC, Albas A, Sodr e MM, Pedro WA. Bat rabies in the north-northwestern regions of the state of São Paulo, Brazil: 1997-2002. *Rev Saúde Pública* 2006;40(6):1082-6.
27. Mendes WS, Silva AAM, Neiva RF, Costa NM, Assis MS, Vidigal PMO, Branco MRFC, et al. An outbreak of bat-transmitted human rabies in a village in the Brazilian Amazon. *Rev Saúde Pública* 2009;43(6):1075-7.
28. Schneider MC, Belotto A, Ad e MP, Hendrickx S, Leanes LF, Rodrigues MJF, Medina G, et al. Current status of human rabies transmitted by dogs in Latin America. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(9):2049-2063.
29. Schneider MC, Almeida GA, Souza LM, Moraes NB, Diaz RC. Controle da raiva no Brasil de 1980 a 1990. *Rev. Saúde Pública* 1996;30(2):196-203.
30. Schneider MC, Aguilera XP, Silva Junior JB, Ault SK, Najera P, Martinez J, Requejo R, et al. Elimination of Neglected Diseases in Latin America and the Caribbean: A Mapping of Selected Diseases. *PLoS Negl Trop Dis* 2011[citado 2013 fev 1];5(2):1-13. Disponível em: www.plosntds.org.
31. Funda o Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE. Perfil Municipal [citado 2013 fev 1]. São Paulo (SP); 2012. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>.

32. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Cadernos de informação de saúde [citado 2013 fev 1]. Brasília (DF); 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernos map.htm>.
33. Carvalho WO, Soares DFPP, Franceschi VCS. Características do Atendimento Prestado pelo Serviço de Profilaxia da Raiva Humana na Rede Municipal de Saúde de Maringá-Paraná, no Ano de 1997. Informe Epidemiológico do SUS IESUS 2002;11(1):25-35.
34. Figueira AC, Cardoso MD, Ferreira LOC. Profilaxia antirrábica humana: uma análise exploratória dos atendimentos ocorridos em Salgueiro-PE, no ano de 2007. Epidemiol. Serv. Saúde 2011;20(2):233-244.
35. Dantas-Torres F, Oliveira-Filho EF. Human exposure to potential rabies virus transmitters in Olinda, State of Pernambuco, between 2002 and 2006. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2007;40(6):617-621.
36. Rigo L, Honer MR. Análise da profilaxia da raiva humana em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, em 2002. Cad. Saúde Pública 2005;21(6):1939-1945.
37. Macedo LP, Silva PLN. Atendimento anti-rábico humano: uma análise epidemiológica dos casos atendidos em 2010 na cidade de Montes Claros, MG. EFDeportes.com, Revista Digital [internet][citado 2013 fev 1].2012;166. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd166/atendimento-anti-rabico-humano-analise-epidemiologica.htm>.
38. Veloso RJ, Aerts DRGC, Fetzer LO, Anjos CB, Sangiovanni JC. Perfil epidemiológico do atendimento antirrábico humano em Porto Alegre, RS, Brasil. Cienc. saude colet. 2011;16(12):4875-4884.
39. Garcia RCM, Vasconcellos AS, Sakamoto SM, Lopez AC. Análise de tratamento anti-rábico humano pós-exposição em região da Grande São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública 1999;33(3):295-301.
40. Araújo FAA. Raiva humana no Brasil, 1992 – 2001 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária; 2002.

41. Kilic B, Unal B, Semin S, Konakci SK. An important public health problem: rabies suspected bites and post-exposure prophylaxis in a health district in Turkey. *Int J Infect Dis* 2006;10:248-254.
42. Rolim RLP, Lopes FMR, Navarro IT. Aspectos da vigilância epidemiológica da raiva no município de Jacarezinho, Paraná, Brasil, 2003. *Semina ciênc. agrar.* 2006; 27(2):271-280.
43. Fortes FS, Wouk AFPF, Biondo AW, Barros CC. Acidentes por mordeduras de cães e gatos no município de Pinhais, Brasil, de 2002 a 2005. *Arch Vet Sci* 2007;12(2):16-24.
44. Frias DFR. Avaliação dos registros de profilaxia anti-rábica humana pós-exposição no município de Jaboticabal, São Paulo, no período de 2000 a 2006 [dissertação]. Jaboticabal: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias de Jaboticabal; 2008.
45. Poerner ALP. Tendência e características do atendimento anti-rábico humano pós-exposição na região centro-sul fluminense, 2000-2005 [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Instituto de Veterinária; 2007.
46. Müller GC, Seger J, Gabiatti LL. Avaliação dos casos de atendimento antirrábico humano notificados no município de São Miguel do Oeste – SC no ano de 2009. *Unoesc & Ciência – ACBS* 2010;1(2):95-105.
47. Ciampo LAD, Riccoa RG, Almeida CAN, Bonilha LRCM, Santos TCC. Acidentes de mordeduras de cães na infância. *Rev. Saúde Pública* 2000;34(4):411-2.
48. Oliveira VMR. O Atendimento anti-rábico humano em Minas Gerais, de 1999 – 2004 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária; 2005.
49. Mundim APM. Exposição à raiva humana no município de Cuiabá – MT: epidemiologia e avaliação das medidas preventivas [dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2005.
50. Oriá RB, Ferreira FVA, Santana EN, Fernandes MR, Brito GAC. Estudo das alterações relacionadas com a idade na pele humana, utilizando métodos de histo-morfometria e autofluorescência. *An bras Dermatol* 2003;78(4):425-434.

51. Buso DS, Nunes CM, Queiroz LH. Características relatadas sobre animais agressores submetidos ao diagnóstico de raiva, São Paulo, Brasil, 1993-2007. *Cad. Saúde Pública* 2009;25(12):2747-2751.

52. Veloso RJ, Aerts DRGC, Fetzer LO, Anjos CB, Sangiovanni JC. Motivos de abandono do tratamento antirrábico humano pós-exposição em Porto Alegre (RS, Brasil). *Cienc. saude colet.* 2011;16(2):537-546.

ANEXO I

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Nome do Paciente:		
Data de nascimento:	Idade: 99 – ignorado	
Sexo:	1 – Masculino 2 – Feminino	
Escolaridade (em anos de estudo concluídos):	1 – Nenhuma, 2 – de 1 a 3, 3 – de 4 a 7, 4 – de 8 a 11, 5 – de 12 e mais, 8 – Ignorado, 9 – não se aplica	
Local (Zona):	1 – Urbana, 2 – Rural, 3 – Urbana/Rural, 8 – Ignorado	
Data do Atendimento:	Data da Exposição:	
Tipo de exposição ao vírus rábico:	1 – Contato indireto, 2 – Arranhadura, 3 – Lamedura, 4 – Mordedura, 5 – Outro, 8 – Ignorado, 9 – Não se aplica	
Localização:	1 – mucosa, 2 – Cabeça/Pescoço, 3 – Mãos/Pés, 4 – Tronco, 5 – Membros Sup., 6 – Membros Inf. 8 – Ignorado, 9 – Não se aplica	
Tipo de ferimento:	1 – Profundo, 2 – Superficial, 3 – Dilacerante 8 – Ignorado; 9 – Não se aplica	
Tem antecedente de tratamento anti-rábico completo:	1 – Vacina, 2 – Soro, 3 – Não, 8 – Ignorado	
Nº de doses aplicadas: 99 – Não se Aplica		
Espécie de animal agressor:	1 – Canina, 2 – Felina, 3 – Quiróptera, 4 – Primata, 5 – Raposa, 6 – Outra, 8 – Ignorado, 9 – Não se aplica	
Condição do animal:	1 – Sadio, 2 – Suspeito, 3 – Desaparecido, 4 – Raivoso, 5 – Observável, 6 – Sacrificado, 8 – Ignorado, 9 – Não se aplica	
Tratamento indicado (vacina):	1 – Pré-exposição, 2 – Pós-exposição, 3 – Reexposição 4 – Observação do Animal 8 – Ignorado, 9 – Não se aplica	
Houve interrupção do tratamento:	1 – Sim, 2 – Não, 8 – Ignorado, 9 – Não se aplica	
Qual motivo da interrupção:	1 – Indicação da unidade de Saúde, 2 – Abandono 8 – Ignorado, 9 – Não se aplica	
Se houve abandono do tratamento, a unidade de saúde procurou o paciente:	1 – Sim, 2 – Não, 8 – Ignorado, 9 – Não se aplica	
Indicação do soro anti-rábico:	1 – Sim, 2 – Não	
DATA DO ATENDIMENTO NA UE		
Tratamento indicado:	1 – Vacina, 2 – Soro 3 – Soro/Vacina, 4 – Nenhum 8 – Ignorado, 9 – Não se aplica	
Quantidade de soro aplicada (mL): 99 – Não se Aplica	Tipo de Soro:	1 – Heterólogo, 2 – Homólogo

ANEXO II



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br



Ribeirão Preto, 27 de abril de 2011

Ofício nº 1464/2011
CEP/MGV


Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **“PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA EM LUIZ ANTÔNIO, SP, BRASIL: CARACTERÍSTICAS DAS OCORRÊNCIAS E ATENÇÃO MÉDICA PRESTADA AOS PACIENTES”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 322ª Reunião Ordinária realizada em 25/04/2011 e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 848/2011.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.


DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores

MARCIO HEBER GOMIDE JUNIOR

PROF. DR. AFONSO DINIS COSTA PASSOS (Orientador)

Depto. de Medicina Social