



GOVERNO DE RORAIMA
“AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS”.
Secretaria de Estado da Saúde de Roraima
Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

VIGILÂNCIA SENTINELA

Conceitos e procedimentos básicos

Boa Vista-RR, novembro, 2024

Antônio Oliverio Garcia de Almeida
Governador do Estado de Roraima

Cecília Smith Lorenzon Basso
Secretário de Estado da Saúde de Roraima

Valdirene de Oliveira Cruz
Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

José Vieira Filho
Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica

Priscila Barros Alves
Gerente do Núcleo de Vigilância Hospitalar

ELABORAÇÃO

Maria Soledade Garcia Benedetti
Apoiadora da Renaveh/MS no estado de Roraima

REVISÃO:

Priscila Barros Alves – Gerente do NVH/DVE/CGVS/SESAU/RR
Cátia Alexandra Ribeiro Menezes – Diretora Técnica do Lacen/RR
Elaine Queiroz da Silva – Gerente do NCDM/ DVE/CGVS/SESAU/RR
Larissa Rita Pereira Costa – Gerente do NCPFIT/DVE/CGVS/SESAU/RR
Jacqueline Voltolini de Oliveira – Gerente do NCDST-AIDS/DVE/CGVS/SESAU/RR
Maria Valquíria Barreto de Paula – Técnica do NCDTHA/DVE/CGVS/SESAU/RR
Rosângela da Silva Barros – Gerente do NCFAD/DVE/CGVS/SESAU/RR

SUMÁRIO

1 VIGILÂNCIA SENTINELA	4
2 OBJETIVO.....	4
3 VIGILÂNCIA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIA	6
3.1 DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA	6
3.1.1 PROJETO PILOTO - VIGILÂNCIA SENTINELA DE DOENÇA INVASIVA POR <i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> (Hi) E <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i> (Sp), DE BASE LABORATORIAL, COM INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	6
3.2 VIGILÂNCIA SENTINELA DE SÍNDROME GRIPAL (SG).....	14
3.3 VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG).....	20
4 VIGILÂNCIA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E/OU ALIMENTAR	24
5 VIGILÂNCIA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	36
5.1 SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL MASCULINO	36
6 SÍNDROME NEUROLÓGICA PÓS INFECÇÃO FEBRIL EXANTEMÁTICA	37
6.1 VIGILÂNCIA SENTINELA DAS DOENÇAS NEUROINVASIVAS POR ARBOVÍRUS	38
REFERÊNCIAS	43

1 VIGILÂNCIA SENTINELA

Vigilância sentinela é um modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA/MS) (Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017).

A Portaria GM/MS Nº 5.201, de 15 de agosto de 2024 modificou o Anexo XLIII da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 5, de 28 de setembro de 2017, para revogar o item I da Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela. A atual lista de doenças e agravos a serem monitorados pela estratégia de vigilância sentinela está detalhada na Figura 1.

Figura 1. Lista de doenças e agravos a serem monitorados pela estratégia de vigilância sentinela

I	Vigilância de doenças de transmissão respiratória
1	Doença pneumocócica invasiva
2	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)
3	Síndrome Gripal (SG)
II	Vigilância de doenças de transmissão hídrica e/ou alimentar
1	Rotavírus
2	Doença Diarreica Aguda (DDA)
3	Síndrome Hemolítica Urêmica (SHU)
III	Vigilância de doenças sexualmente transmissíveis
1	Síndrome do corrimento uretral masculino
IV	Síndrome neurológica pós infecção febril exantemática

Fonte: Portaria GM/MS Nº 5.201, de 15 de agosto de 2024.

2 OBJETIVO

O objetivo deste documento é padronizar conceitos e procedimentos básicos para a notificação de agravos e doenças de vigilância sentinela em estabelecimentos de saúde que compõem a Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar em Roraima – REVEH/RR.

Figura 2. Estabelecimentos de saúde com vigilância sentinela implantada em Roraima por tipo de vigilância, 27 de novembro de 2024

Item	Tipo de vigilância sentinela	Estabelecimento de Saúde
I Vigilância de doenças de transmissão respiratória		
1	Doença pneumocócica invasiva (Infecções pneumocócicas invasivas) – Projeto piloto	Em fase de implantado no Hospital Geral de Roraima (HGR) e Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) com previsão de início em 02 de dezembro de 2024
2	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	Vigilância Universal
3	Síndrome Gripal (SG)	HCSA Pronto Atendimento Cosme e Silva (PACS) – UPA 24h Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Souza Pinto
II Vigilância de doenças de transmissão hídrica e/ou alimentar		
1	Rotavírus	Implantado no HCSA e desativada desde 2020
2	Doença Diarreica Aguda (DDA)	Está implantado em 113 unidades de saúde dos 15 municípios. *Abaixo a lista das unidades de saúde da REVEH/RR
3	Síndrome Hemolítica Urêmica (SHU)	Não implantado
III Vigilância de doenças sexualmente transmissíveis		
1	Síndrome do corrimento uretral masculino	Vigilância Universal no estado
IV Síndrome neurológica pós infecção febril exantemática		
1	Vigilância sentinela das doenças neuroinvasivas por arbovírus	Implantada no HGR e HCSA em 2017, porém está desativada

Fonte: Portaria GM/MS Nº 5.201, de 15 de agosto de 2024.

***Estabelecimentos de saúde da REVEH/RR com a vigilância sentinela das DDA implantada**

Município	Estabelecimento de saúde
Alto Alegre	Hospital Epitácio Andrade de Lucena
Amajari	Centro de Saúde Jair da Silva Mota
Boa Vista	HGR Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) HCSA PACS – UPA 24h
Bonfim	Hospital Pedro Alvares Rodrigues
Caracaraí	Unidade Mista de Caracaraí
Caroebe	Unidade Mista de Caroebe
Iracema	Unidade Mista Irmã Camila
Mucajá	Hospital Estadual Vereador José Guedes Catão
Normandia	Unidade Mista Ruth Quitéria
Pacaraima	Hospital Délio de Oliveira Tupinambá
Rorainópolis	Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Souza Pinto
São João da Baliza	Unidade Mista de São João da Baliza
São Luiz	Hospital Francisco Ricardo de Macedo

3 VIGILÂNCIA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIA

3.1 DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA

O *Streptococcus pneumoniae* ou pneumococo é uma bactéria gram-positiva, capsulada, que tem 90 sorotipos imunologicamente distintos de importância epidemiológica mundial na distribuição das doenças pneumocócicas invasivas (pneumonias bacterêmicas, meningite, sepse e artrite) e não-invasivas (sinusite, otite média aguda, conjuntivite, bronquite e pneumonia). A doença pneumocócica pode levar a infecções graves nos pulmões (pneumonia), no sangue (bacteremia - disseminação da bactéria pelo sangue / sepsis - infecção generalizada) e na membrana que reveste o cérebro (meningite). Bacteremia e meningite são infecções pneumocócicas invasivas, normalmente muito graves, que levam à hospitalização, ou, até mesmo, à morte (Fiocruz, 2022).

3.1.1 PROJETO PILOTO - VIGILÂNCIA SENTINELA DE DOENÇA INVASIVA POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* (Hi) E *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* (Sp), DE BASE LABORATORIAL, COM INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

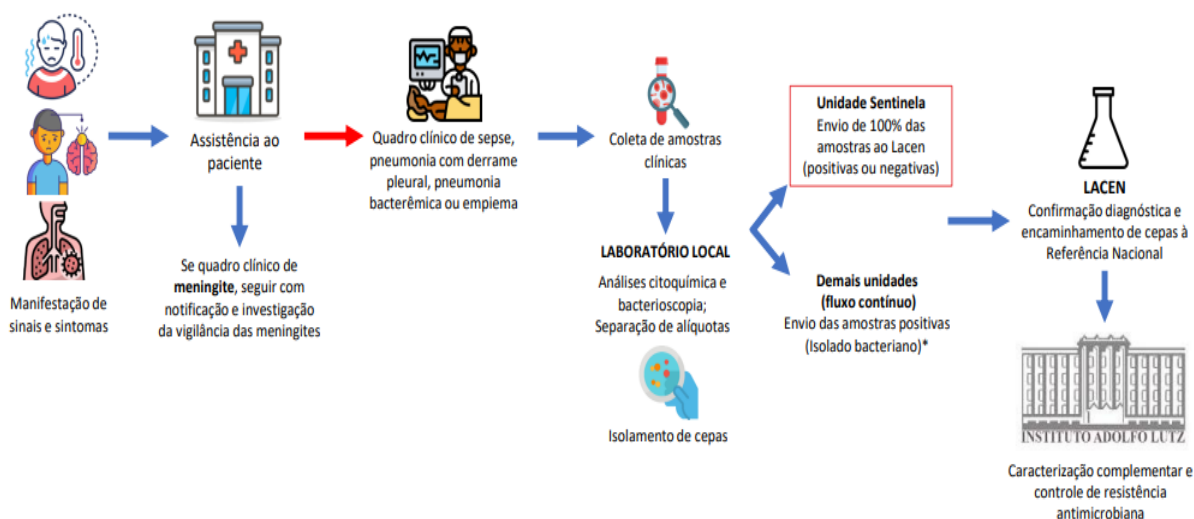
O Núcleo de Vigilância Hospitalar – NVH/DVE/CGVS/SESAu/RR foi informado sobre o “Projeto piloto: vigilância sentinela de doença invasiva por *Haemophilus influenzae* (Hi) e *Streptococcus pneumoniae* (Sp), de base laboratorial, com investigação epidemiológica” em uma reunião do Ministério da Saúde, mais especificamente, do GT-MENINGITES/CGVDI/DPNI/SVSA em 23 de setembro de 2024 ao ser convidado pelo Núcleo de Controle da Pólio, Paralisia Flácida, Influenza e Tétano – NCFIT/DVE/CGVS/SESAU/RR.

O objetivo geral do GT-MENINGITES/CGVDI/DPNI/SVSA/MS é implantar a vigilância sentinela das doenças invasivas por Hi e Sp, de base laboratorial no Brasil e os objetivos específicos incluem: (i) Identificar perfil clínico epidemiológico da Doença Invasiva por Hi e Sp; (ii) Contribuir para o conhecimento das doenças invasivas no Brasil; (iii) Caracterizar os sorotipos do pneumococo; (iv) Monitorar os perfis de suscetibilidade antimicrobiana; e (v) Gerar informações para subsidiar a discussão para tomadas de decisão em tratamento, prevenção e controle das doenças invasivas (Sp e Hi).

Esse projeto piloto terá duração de seis meses e propõe testar dois modelos: (i) Atrair a vigilância à uma unidade hospitalar e; (ii) Amostragem do fluxo de envio de isolado. Para tanto, o Ministério da saúde selecionou 10 Unidades da Federação (UF), sendo sete delas com o modelo de vigilância em amostragem de fluxo contínuo (Fica facultado aos estados selecionados para Amostragem de fluxo contínuo dispor também de uma unidade hospitalar sentinela para a vigilância): Pará (PA), Ceará (CE), Distrito Federal (DF), Minas Gerais (MG), São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Paraná (PR), e três UFs para o modelo de vigilância sentinela: Maranhão (MA), Mato Grosso (MT) e Roraima (RR).

Os critérios adotados para a seleção das UFs e do modelo de vigilância: (i) Número de isolados de Sp invasivos recebidos no Laboratório de Referência Nacional (LRN), o Instituto Adolpho Lutz – IAL em São Paulo-SP, segundo faixa etária de interesse, nos últimos 2 anos; (ii) Positividade para Sp; (iii) Capacitação do Lacen para qPCR em 2024; (iv) Responsividade da vigilância; e (v) Resposta dos Questionários de Viabilidade.

Figura 3. Modelo de Fluxograma da Vigilância de Doenças Invasivas



Fonte: GT-MENINGITES/CGVDI/DPNI/SVSA/MS, de 23/10/2024.

A vigilância de doenças invasivas por Hi e Sp, de base laboratorial, seguirá o modelo do Fluxograma na **Figura 3**. Nos serviços com vigilância sentinela o laboratório do hospital irá enviar 100% das amostras positivas e negativas de pacientes com quadro clínico de sepse, pneumonia com derrame pleural, pneumonia bacterêmica ou empiema para o Laboratório Central de Saúde Pública – Lacen/RR.

O Lacen/RR irá realizar a confirmação diagnóstica por meio de cultura e qPCR e encaminhará as cepas ao LRN, o IAL/SP, para caracterização complementar e controle de resistência antimicrobiana.

Figura 4. Modelo de Fluxograma da Vigilância Sentinela de Doença Invasiva (Sp e Hi)

Investigação dos casos de Unidade Sentinela



Fonte: GT-MENINGITES/CGVDI/DPNI/SVSA/MS, de 23/10/2024.

A vigilância sentinela terá uma abordagem retrospectiva, a notificação/investigação do caso acontecerá a partir do resultado positivo (**Figura 4**). O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) da unidade sentinela será comunicado do resultado positivo pelo Núcleo de Controle de Meningite, Difteria e Coqueluche – NCMD estadual e dará início a notificação/investigação utilizando a ficha de notificação (**Figura 5**) e 100% dos casos deverão ser notificados/investigados. A digitação dos casos será realizada pelo NCMD estadual no sistema no Go.Data, assim como o encerramento, a análise e o monitoramento. A gerente do NCMD estadual foi capacitada pelo Ministério da Saúde para o preenchimento do instrumento de investigação e no sistema Go.Data no dia 19/07/2024.

Na **Figura 6** encontra-se o modelo de fluxo geral da vigilância sentinela das doenças invasivas por Hi e Sp, de base laboratorial.

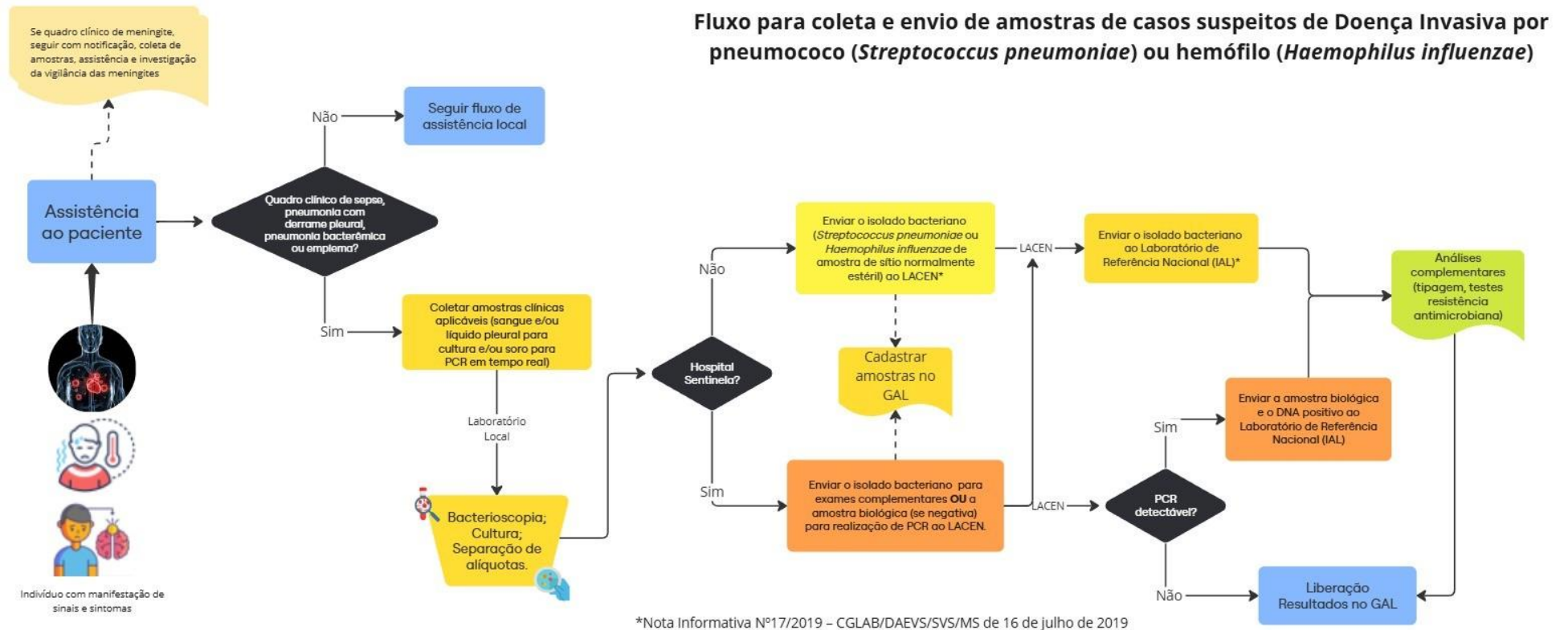
A Nota Informativa Nº17/2019 – CGLAB/DAEVS/SVS/MS de 16 de julho de 2019 solicita que os laboratórios locais, bem como os Lacens encaminhem as cepas isoladas de *Neisseria meningitidis*, Hi e Sp ao IAL/SP e recomenda ainda que os Lacens entrem em contato com os laboratórios da rede pública/privada e de hospitais com o objetivo de identificar as necessidades e orientá-los sobre a importância da caracterização fenotípica destes agentes, para as ações da Vigilância Epidemiológica, bem como para o envio das cepas recuperadas em cultura ao Lacen, para posterior

envio ao IAL/SP para confirmação, caracterização complementar e Controle de Qualidade.

É importante enfatizar que o Núcleo de Meningites, Pneumonias e Infecções Pneumocócicas, Centro de Bacteriologia do IAL, é o LRN para Meningites Bacterianas e para as Doenças Pneumocócicas Invasivas pelo Ministério da Saúde. O IAL/SP monitora as características fenotípicas e moleculares dos isolados de *Neisseria meningitidis*, Hi e Sp isoladas de casos de doenças invasivas nos estados brasileiros através da vigilância nacional de base laboratorial. Os isolados bacterianos são encaminhados ao IAL/SP pela rede de Lacens localizados um em cada estado do Brasil. Anualmente, os dados laboratoriais são disponibilizados à comunidade médica, científica e as instituições de saúde através de boletim informativo contendo as características dos isolados circulantes. Essa vigilância de base laboratorial é fundamental para se avaliar o impacto das vacinas sobre os sorogrupos e sorotipos dos principais agentes bacterianos causadores de meningites e pneumonias, assim como para avaliar o perfil de resistência aos antimicrobianos (Instituto Adolfo Lutz, 2023).

O NCMD está em processo de implantação da vigilância sentinela de doença invasiva por Hi e Sp, de base laboratorial, com investigação epidemiológica no estado no HGR e HCSA com previsão de início em dezembro de 2024. Os NHEs desses hospitais estão elaborando o fluxo interno dessa vigilância.

Figura 6. Modelo de Fluxograma geral da Vigilância Sentinela de Doença Invasiva (Sp e Hi)



Fonte: GT-MENINGITES/CGVDI/DPNI/SVSA/MS, disponibilizado em reunião técnica online em 21/11/2024.

Figura 5. Ficha de notificação (CMD)

FICHA DE NOTIFICAÇÃO (CMD)		
IDENTIFICAÇÃO		
1. UF da notificação: <input type="text"/>	2. Município da notificação:	3. Código IBGE: <input type="text"/>
4. Código CNES: <input type="text"/>	5. Estabelecimento de saúde:	
6. Data da notificação: <input type="text"/>	7. Cadastro de Pessoa Física (CPF): <input type="text"/>	8. Cadastro Nacional de Saúde (CNS): <input type="text"/>
9. É estrangeiro (a)? (Marcar X) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	9.1. Se sim, passaporte: <input type="text"/>	9.2. País de nascimento:
10. Nome completo (sem abreviações):		
11. Nome social (sem abreviações):		
12. Nome completo da mãe (sem abreviações):		
13. Data de nascimento: <input type="text"/>	14. Sexo ao nascimento: (Marcar X) <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/> 3. Intersexo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado	
15. Orientação sexual: (Marcar X) <input type="checkbox"/> 1. Heterossexual <input type="checkbox"/> 2. Homossexual <input type="checkbox"/> 3. Bissexual <input type="checkbox"/> 4. Outra <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
15.1. Especifique: _____		
16. Identidade de gênero: (Marcar X) <input type="checkbox"/> 1. Mulher cisgênero <input type="checkbox"/> 2. Homem cisgênero <input type="checkbox"/> 3. Mulher transgênero <input type="checkbox"/> 4. Homem transgênero <input type="checkbox"/> 5. Travesti <input type="checkbox"/> 6. Não binário <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		17. Raça/cor: (Marcar X) <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
17.1. Se indígena, qual etnia?	17.2. Se indígena, vive aldeado? (Marcar X) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado	17.3. Nome do Distrito Sanitário Especial Indígena:
17.4. Nome do polo base:		17.5. Nome da aldeia/comunidade:
18. É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		18.1. Se sim, qual povo ou comunidade tradicional?
19. Gestante: (Marcar X) <input type="checkbox"/> 1. 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2. 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4. Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5. Não <input type="checkbox"/> 6. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
20. Escolaridade: (Marcar X) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma <input type="checkbox"/> 2. Educação infantil <input type="checkbox"/> 3. Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 4. Ensino Fundamental completo (até o 9º ano) <input type="checkbox"/> 5. Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino Médio incompleto (até o 3º ano) <input type="checkbox"/> 7. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 8. Superior completo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		
21. Ocupação: _____		21.1. Código (CBO): <input type="text"/>
22. Atividade econômica: _____		22.1. Código (CNAE): <input type="text"/>
23. Pessoa em situação de rua? (Marcar X) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		24. Profissional de saúde? (Marcar X) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
25. Pessoa privada de liberdade? (Marcar X) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		26. Pessoa com deficiência? (Marcar X) <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
27. CEP de residência: <input type="text"/>	28. UF de residência: <input type="text"/>	
29. Município de residência:		30. Código IBGE: <input type="text"/>
31. Bairro:	32. Logradouro:	33. Número:
34. Complemento:		35. Telefone de contato: <input type="text"/>
36. Zona: (Marcar X) <input type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural <input type="checkbox"/> 9. Ignorado		37. País de residência:
38. Doenças/agravs suspeitos notificados (possibilidade de múltiplas inserções):		
1. _____ CID: _____	2. _____ CID: _____	
3. _____ CID: _____	4. _____ CID: _____	

Doenças/agravs suspeitos notificados (possibilidade de múltiplas inserções):

1. _____ CID: _____ 2. _____ CID: _____
 3. _____ CID: _____ 4. _____ CID: _____

Sinais e sintomas: (Marcar X) <http://plataforma.saude.gov.br/esussinan/ficha-notificacao-esussinan.pdf>

MedDRA - lit	Código LIT				
<input type="checkbox"/> Assintomático	00000001	<input type="checkbox"/> Edema no pescoço	10028834	<input type="checkbox"/> Melena	10027141
<input type="checkbox"/> Abscesso	10000269	<input type="checkbox"/> Edema nos membros	10060442	<input type="checkbox"/> Meningismo	10027197
<input type="checkbox"/> Adenite	10001137	<input type="checkbox"/> Edema peniano	10066774	<input type="checkbox"/> Meningoencefalite	10027282
<input type="checkbox"/> Adenomegalia	10063721	<input type="checkbox"/> Edema pulmonar agudo	10001024	<input type="checkbox"/> Mialgia	10028411
<input type="checkbox"/> Aerofobia	10080300	<input type="checkbox"/> Enterorragia	10077615	<input type="checkbox"/> Mialgia agravada	10048317
<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora	10056436	<input type="checkbox"/> Epistaxe	10015090	<input type="checkbox"/> Microcefalia	10027534
<input type="checkbox"/> Agressividade	10001494	<input type="checkbox"/> Equimose	10014080	<input type="checkbox"/> Miocardite	10028606
<input type="checkbox"/> Anemia	10002034	<input type="checkbox"/> Erupção cutânea	10040841	<input type="checkbox"/> Movimentos anormais	10028039
<input type="checkbox"/> Anorexia	10002646	<input type="checkbox"/> Escarro sanguinolento	10041804	<input type="checkbox"/> Movimentos reduzidos	10028045
<input type="checkbox"/> Anúria	10002847	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	10041660	<input type="checkbox"/> Náusea	10028813
<input type="checkbox"/> Apnéia	10002972	<input type="checkbox"/> Estupor	10042264	<input type="checkbox"/> Necrose de extremidades	10059385
<input type="checkbox"/> Arritmia	10003119	<input type="checkbox"/> Exantema	10015585	<input type="checkbox"/> Necrose isquêmica da pele	10074873
<input type="checkbox"/> Artralgia	10003239	<input type="checkbox"/> Febre	10016558	<input type="checkbox"/> Oligúria	10030302
<input type="checkbox"/> Artrite	10003246	<input type="checkbox"/> Febre intermitente	10058698	<input type="checkbox"/> Opistótono	10030898
<input type="checkbox"/> Astenia	10003549	<input type="checkbox"/> Febre recorrente	10038300	<input type="checkbox"/> Osteocondrite	10031230
<input type="checkbox"/> Aumento do fígado	10024676	<input type="checkbox"/> Fontanela aumentada	10054068	<input type="checkbox"/> Palidez	10033546
<input type="checkbox"/> Baço aumentado	10041637	<input type="checkbox"/> Força muscular anormal	10082799	<input type="checkbox"/> Paralisia	10033558
<input type="checkbox"/> Boca seca	10013781	<input type="checkbox"/> Fotossensibilidade	10034966	<input type="checkbox"/> Parestesia	10033775
<input type="checkbox"/> Bubões	10006519	<input type="checkbox"/> Fraqueza	10047862	<input type="checkbox"/> Perturbação da coordenação respiratória de sugar-engolir	10086396
<input type="checkbox"/> Calafrios	10008531	<input type="checkbox"/> Fraqueza muscular	10028350	<input type="checkbox"/> Peso diminuído	10047895
<input type="checkbox"/> Cansaço	10043890	<input type="checkbox"/> Fraqueza muscular do pescoço	10078993	<input type="checkbox"/> Petéquia	10034752
<input type="checkbox"/> Catarata	10007739	<input type="checkbox"/> Frequência cardíaca diminuída	10019301	<input type="checkbox"/> Proctite	10036774
<input type="checkbox"/> Cefaléia	10019211	<input type="checkbox"/> Gânglios inchados	10042720	<input type="checkbox"/> Prostração	10036985
<input type="checkbox"/> Celulite	10065339	<input type="checkbox"/> Glaucoma congênito	10010486	<input type="checkbox"/> Pseudoparalisia	10056300
<input type="checkbox"/> Choque	10040560	<input type="checkbox"/> Hematêmese	10018830	<input type="checkbox"/> Pulso irregular	10022994
<input type="checkbox"/> Choro neonatal anormal	10049455	<input type="checkbox"/> Melena	10027141	<input type="checkbox"/> Pulso rápido	10037484
<input type="checkbox"/> Cianose	10011703	<input type="checkbox"/> Hematúria	10018867	<input type="checkbox"/> Púrpura	10037549
<input type="checkbox"/> Coma	10010071	<input type="checkbox"/> Hemoptise	10018964	<input type="checkbox"/> Retardo psicomotor	10037213
<input type="checkbox"/> Confusão mental	10027350	<input type="checkbox"/> Hemorragia alveolar pulmonar	10037313	<input type="checkbox"/> Retinopatia pigmentada adquirida	10054881
<input type="checkbox"/> Congestão conjuntival	10010675	<input type="checkbox"/> Hemorragia anal	10049555	<input type="checkbox"/> Rigidez abdominal	10000090
<input type="checkbox"/> Conjuntivite	10010741	<input type="checkbox"/> Hemorragia do sistema nervoso central	10072043	<input type="checkbox"/> Rigidez do abdômen	10058483
<input type="checkbox"/> Consciência diminuída	10010768	<input type="checkbox"/> Hemorragia gengival	10019544	<input type="checkbox"/> Rigidez dos membros	10024509
<input type="checkbox"/> Constipação	10010774	<input type="checkbox"/> Hemorragia pulmonar	10019582	<input type="checkbox"/> Rinite infecciosa	10059827
<input type="checkbox"/> Contrações musculares involuntárias	10028293	<input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia	10019847	<input type="checkbox"/> Riso sardônico	10039198
<input type="checkbox"/> Contratura muscular	10062575	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	10019842	<input type="checkbox"/> Saturação de oxigênio diminuída	10033318
<input type="checkbox"/> Convulsão	10010904	<input type="checkbox"/> Hidrofobia	10053317	<input type="checkbox"/> Sinal de kernig	10056294
<input type="checkbox"/> Coriza	10011214	<input type="checkbox"/> Hiperemia	10020565	<input type="checkbox"/> Sinal de Romana	10077073
		<input type="checkbox"/> Hipotensão	10021097	<input type="checkbox"/> Síndrome da angústia	10001409
<input type="checkbox"/> Cultura bacteriana positiva	10058588	<input type="checkbox"/> ICC	10007836	<input type="checkbox"/> respiratória do adulto	10075535
<input type="checkbox"/> Diarréia	10012727	<input type="checkbox"/> Icterícia	10021207	<input type="checkbox"/> Sintoma respiratório	
<input type="checkbox"/> Diplopia	10013036	<input type="checkbox"/> Impetigo	10021531	<input type="checkbox"/> Sintomas neurológicos	10029291
<input type="checkbox"/> Disartria	10013887	<input type="checkbox"/> Infecção broncopulmonar	10052110	<input type="checkbox"/> Sudorese	10067146
<input type="checkbox"/> Disfagia	10013950	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	10046544	<input type="checkbox"/> Sufusão hemorrágica	10070284
<input type="checkbox"/> Disfonia	10013952	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	10007554	<input type="checkbox"/> Temperatura alta	10020083
<input type="checkbox"/> Dispneia	10013963	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal	10022467	<input type="checkbox"/> Temperatura corporal diminuída	10005910
<input type="checkbox"/> Distúrbio hemorrágico	10019009	<input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória	10016162	<input type="checkbox"/> Tontura	10018263
<input type="checkbox"/> Dor	10000424	<input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória aguda	10001053	<input type="checkbox"/> Tosse	10011224
<input type="checkbox"/> Dor abdominal	10000081	<input type="checkbox"/> Lesão anal	10054852	<input type="checkbox"/> Tosse paroxística	10066222
<input type="checkbox"/> Dor corporal geral	10048971	<input type="checkbox"/> Lesão cutânea	10040882	<input type="checkbox"/> Tosse seca	10013773
<input type="checkbox"/> Dor de garganta	10041367	<input type="checkbox"/> Lesão da pele	10061364	<input type="checkbox"/> Trismo	10024793
<input type="checkbox"/> Dor lombar	10024798	<input type="checkbox"/> Lesão genital	10063630	<input type="checkbox"/> Uretrite	10046480
<input type="checkbox"/> Dor muscular	10028287	<input type="checkbox"/> Lesão oral	10059037	<input type="checkbox"/> Vertigem	10047340
<input type="checkbox"/> Dor na panturrilha	10007031	<input type="checkbox"/> Leucopenia	10024283	<input type="checkbox"/> Visão turva	10005886
<input type="checkbox"/> Dor nas costas	10003978	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	10025197	<input type="checkbox"/> Vômito	10047700
<input type="checkbox"/> Dor nas costas aguda	10000683	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia axilar	10049109	<input type="checkbox"/> Zumbido nos ouvidos	10013996
<input type="checkbox"/> Dor no peito	10000425	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia generalizada	10069548	<input type="checkbox"/> Outro, especifique:	00000002
<input type="checkbox"/> Dor ocular	10015958	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia inguinal	10025203		
<input type="checkbox"/> Dor retro-orbital	10050741	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia cervical	10025200		
<input type="checkbox"/> Dor torácica	10008461	<input type="checkbox"/> Manchas vermelhas elevadas generalizadas no tronco	10018094		
<input type="checkbox"/> Edema	10014210				
<input type="checkbox"/> Edema facial	10014222				

Data de início de sintomas: ____/____/____

Doenças/agravs relacionados ao trabalho: (Marcar X)

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

Doenças/agravs relacionados ao desastre: (Marcar X)

1. Sim 2. Não 9. Ignorado

FICHA DE INVESTIGAÇÃO		
DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA (DPI) E DOENÇA INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE (DIHI)		
Para fins desta vigilância, considerar doença invasiva: casos de sepse, pneumonia com derrame pleural, pneumonia bacterêmica ou empiema, independentemente da manifestação síndrômica de meningite.		
Dados Complementares do Caso		
Antecedentes epidemiológicos	Data da investigação __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
	Vacinação contra pneumococo 1- Sim __ 2- Não __ 9- Ignorado __	VPC7: nº de doses: __ _ _ Data da última dose: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ VPC10: nº de doses: __ _ _ Data da última dose: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ VPC13: nº de doses: __ _ _ Data da última dose: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ VPC15: nº de doses: __ _ _ Data da última dose: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ VPC20: nº de doses: __ _ _ Data da última dose: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ VPPS23: nº de doses: __ _ _ Data da última dose: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Vacinação Hib 1- Sim __ 2- Não __ 9- Ignorado __	penta: nº de doses: __ _ _ Data da última dose: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ hexa: nº de doses: __ _ _ Data da última dose: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Vacinação contra influenza 1- Sim __ 2- Não __ 9- Ignorado __	Data da última dose: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Vacinação contra covid-19 1- Sim __ 2- Não __ 9- Ignorado __	nº de doses: __ _ _ Data da última dose: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Doenças ou condições pré-existentes __ 1- Sim __ 2- Não __ 9- Ignorado __	<input type="checkbox"/> HIV+/AIDS <input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Doença fígado (cirrose) <input type="checkbox"/> Fumante <input type="checkbox"/> Imunodeficiência congênita <input type="checkbox"/> Linfoma <input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Imunodeficiência adquirida <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Doença respiratória <input type="checkbox"/> Pessoa em situação de abrigo/institucionalizada <input type="checkbox"/> Implante coclear <input type="checkbox"/> Transplante <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Doença cardiovascular <input type="checkbox"/> Asplenia <input type="checkbox"/> Outras Se outras, especifique: _____
	Testou positivo para Influenza ou outro vírus respiratório nos últimos 10 dias? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado __	
	Se indivíduo com 60 anos ou mais, tem contato intradomiciliar com criança <5 anos? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado __	
	Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite ou pneumonia (até 10 dias antes do início dos sintomas): __ 1 - Sem História de Contato 2 - Domicílio 3 - Dormitório compartilhado 4 - Vizinhança 5 - Trabalho 6 - Creche/Escola 7 - Posto de Saúde/Hospital 8 - Evento Social 9 - Ignorado 10 - Outro Estado/Município 11 - Outro país	
	Nome do contato: _____	(DDD) Telefone: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Endereço do contato: _____		
Dados de hospitalização e assistência	Data da Internação: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ UF __ _ _ Município: _____ Código Mun. (IBGE) __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
	Nome do Hospital: _____ Código (CNES): __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
	Antibióticoterapia? __ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado (Considerar no preenchimento o principal tratamento instituído)	Qual(is) antibiótico(s) utilizado(s): __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Ceftriaxona <input type="checkbox"/> Eritromicina <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Vancomicina <input type="checkbox"/> Meropenem <input type="checkbox"/> Levofloxacina <input type="checkbox"/> Outros: _____
	Duração do tratamento: ____ dias	
	Diagnóstico síndrômico: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Pneumonia com derrame pleural <input type="checkbox"/> Pneumonia bacterêmica <input type="checkbox"/> Bacteremia <input type="checkbox"/> Sepse <input type="checkbox"/> Empiema <input type="checkbox"/> Choque séptico <input type="checkbox"/> Meningite <input type="checkbox"/> Meningoencefalite <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Pericardite <input type="checkbox"/> Outros: _____	
	Internação em UTI: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Data da admissão UTI: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Uso de oxigenoterapia: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Uso de suporte ventilatório: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	Drenagem torácica fechada ou toracotomia: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Suporte ventilatório: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Invasivo <input type="checkbox"/> Não invasivo
	Transferência hospitalar? __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Se transferência, data: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Nome do Hospital: _____ Cód. CNES: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ UF __ _ _ Município: _____ Cód.Mun. (IBGE) __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Dados laboratoriais	Data da coleta da amostra __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Origem da amostra: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Líquido pleural <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Líquor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Resultado Cultura Lab. Local: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 1 - S. pneumoniae 2 - H. influenzae 3 - N. meningitidis 4 - Outra bactéria 5 - Cultura negativa		Resultado Lacen (qPCR): __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 1 - S. pneumoniae 2 - H. influenzae 3 - N. meningitidis 4 - Não detectável
Resultado tipagem IAL: _____		
Desfecho	Detectou resistência antimicrobiana? __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Se sim, sinalizar apenas os antibióticos que apresentaram resistência (resultado Instituto Adolfo Lutz): Oxacilina (R) [] Penicilina (I, R) [] Ceftriaxona (I, R) [] Eritromicina (R) [] Sulfametoxazole-Trimetoprima (I, R) [] Clindamicina (R) [] Levofloxacina (I, R) [] Rifampicina (R) [] Tetraciclina (R) []	
	1 - Alta hospitalar com seqüela __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 2 - Alta hospitalar sem seqüela __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 3 - Óbito Se seqüela, especifique (cid): _____	Data do desfecho __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

3.2 VIGILÂNCIA SENTINELA DE SÍNDROME GRIPAL (SG)

No Brasil, o Ministério da Saúde iniciou, em 2000, a implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica da Influenza em âmbito nacional, incluindo a vigilância de Síndrome Gripal (SG) em Unidades Sentinelas (Sousa et al., 2015).

Desde a pandemia de influenza pelo vírus A(H1N1)pdm09, em 2009, a vigilância epidemiológica da influenza conta com a notificação universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de casos hospitalizados e de óbitos relacionados à influenza, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Influenza Web (Sousa et al., 2015).

Em 2011, com a publicação da Portaria nº 2.693, o Ministério da Saúde iniciou um processo de reorganização e a ampliação da vigilância da influenza, em 2012 a portaria foi republicada e, em 2014 houve a publicação da portaria nº 183 (Sousa et al., 2015).

Atualmente, a Rede de Vigilância Sentinela de SG é composta por unidades de saúde definidas pelos gestores e técnicos dos municípios, estados e Distrito Federal, sendo habilitadas por processo de pactuação no respectivo Colegiado de Gestão, segundo o fluxo estabelecido pelas Secretarias Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde (Sousa et al., 2015, Brasil, 2024 p. 87).

Além dos vírus influenza e mais recentemente do SARS-CoV-2, causador da pandemia da Covid-19, as infecções respiratórias agudas podem estar associadas a diferentes patógenos, como vírus sincicial respiratório (RSV), rinovírus, adenovírus, parainfluenza (1, 2, 3 e 4), metapneumovírus, entre outros. Entretanto, independentemente da etiologia, essas infecções por vírus respiratórios, geralmente apresentam um quadro clínico muito semelhante, de modo que a confirmação da identificação etiológica se baseia no diagnóstico laboratorial (Brasil, 2024, p. 87).

A vigilância sentinela de SG conta com uma rede de unidades sentinelas distribuídas em todas as regiões geográficas do País e tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios circulantes, conforme publicado na Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017, Capítulo XII, Seção I, que define a lista nacional de doença e agravos, na forma do Anexo XLIII e monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes e a notificação desses casos é realizada no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) (Brasil, 2024, p. 87).

O Sivep-Gripe é o sistema para inserção e disseminação dos dados da vigilância sentinela de SG e SRAG, fornecendo dados em tempo real para análise e tomada de decisões. Esse sistema foi construído com tecnologia JAVA em uma arquitetura web, de modo a permitir acesso online às suas rotinas e funcionalidades. O acesso ao sistema é permitido aos profissionais de saúde que estão diretamente ligados ao serviço de vigilância (Brasil, 2024, p. 87).

Com a pandemia da Covid-19 no País, o SARS-CoV-2 passou a ser monitorado, com a recomendação de notificar todos os casos de SG suspeitos de Covid-19 no sistema e-SUS Notifica, além dos casos de SRAG suspeitos de Covid-19, no Sivep-Gripe (Brasil, 2024, p. 87).

O monitoramento (perfil epidemiológico e laboratorial) dos casos de SG das unidades sentinelas e dos casos de SRAG hospitalizados e/ou óbitos por SRAG são feitos por meio de coleta de amostras clínicas e encaminhamento aos laboratórios de referência para pesquisa de vírus respiratórios e da notificação/registro desses casos no Sivep-Gripe (Brasil, 2024, p. 87).

Em 2020, com a pandemia da Covid-19 no País, o SARS-CoV-2 foi incorporado às vigilâncias de SG e de SRAG, sendo de notificação imediata, ou seja, em até 24 horas a partir do seu conhecimento. Assim, todos os casos de SG suspeitos de Covid-19 passaram a ser notificados no sistema e-SUS Notifica e os casos de SRAG suspeitos de Covid-19 são notificados no Sivep-Gripe (Brasil, 2024, p. 87).

Ressalta-se que essa integração, da vigilância da Covid-19, não alterou a rotina da vigilância nas unidades sentinelas, que sistematicamente devem realizar a coleta de amostras e de registros dos dados no Sivep-Gripe, com o objetivo de monitorar além do vírus influenza, SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios circulantes no País (Brasil, 2024, p. 87).

OBJETIVO DA VIGILÂNCIA SENTINELA DE SG

Fortalecer a Vigilância Epidemiológica de vírus respiratórios, por meio da identificação da circulação dos vírus respiratórios, de acordo com a patogenicidade, virulência em cada período sazonal, existência de situações inusitadas ou o surgimento de novo subtipo viral, além do isolamento de espécimes virais e o respectivo envio oportuno ao Centro Colaborador de referência para as Américas e

para a Organização Mundial da Saúde (OMS), visando à adequação da vacina da influenza sazonal, bem como o monitoramento da circulação de vírus respiratórios. A rede é composta por unidades de saúde definidas pelos gestores dos municípios, dos estados e do Distrito Federal (Brasil, 2024, p. 87).

DEFINIÇÕES DE CASO

SG no contexto da vigilância sentinela da influenza:

- Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos sete dias (Brasil, 2024, p. 89).

SG no contexto da vigilância universal da Covid-19:

- Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.
 - em crianças: além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico;
 - em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência (Brasil, 2024, p. 89).

Observação: na suspeita de Covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

SRAG - definição utilizada na vigilância da influenza e da covid-19:

- Indivíduo com SG que apresenta dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ ≤94% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

METAS ESTABELECIDAS PARA OS INDICADORES DE MONITORAMENTO DA VIGILÂNCIA SENTINELA DA SG

Indicador de coleta de amostras semanais de SG: com o fortalecimento da vigilância sentinela de SG, passa a ser preconizada a coleta de até 20 amostras semanais (amostras clínicas), que devem ser encaminhadas oportunamente ao laboratório de referência local (Laboratório Central de Saúde Pública de Roraima – LACEN/RR) e, também, registradas na ficha de notificação individual de SG (**Anexo I**) e digitadas no Sivep-Gripe.

O indicador é descrito pelo número de amostras coletadas semanalmente, nas unidades sentinelas, e segue com uma classificação conforme descrito na **Figura 6**.

O ideal é que as unidades sentinelas atuem com resultados de bom a excelente, pois, com esse indicador, é possível conhecer os vírus circulantes no período e orientar medidas de prevenção e controle oportunamente (Brasil, 2024, p. 87).

Figura 6. Classificação de indicadores de coletas de amostras semanais de casos de síndrome gripal (SG) em unidades sentinelas

INDICADOR	NÚMERO DE COLETAS SEMANAIS	CLASSIFICAÇÃO
Excelente	10 a 20	1
Muito Bom	7 a 9	2
Bom	4 a 6	3
Baixo	1 a 3	4
SI*	0	5

Fonte: Brasil, 2024, p. 90.

O registro dos resultados laboratoriais dos casos captados em unidades sentinelas devem ser inseridos no Sivep-Gripe, conforme os fluxos locais estabelecidos (Brasil, 2024, p. 87).

Além das coletas, **as unidades sentinelas também devem informar, semanalmente**, por meio do preenchimento de formulários específicos (**Anexo II**) disponíveis no sistema Sivep-Gripe **a proporção de atendimentos de casos por SG, em relação ao total de casos atendidos na unidade de saúde durante a semana epidemiológica** (Brasil, 2024, p. 87).

Importante esclarecer que os dados informados são relativos ao local em que a unidade sentinela se encontra estabelecida (por exemplo, se a unidade está desenvolvendo as ações no pronto atendimento de determinado hospital, se os dados gerais de atendimento e específicos de atendimento por SG devem ser específicos da unidade de pronto atendimento) (Brasil, 2024, p. 87).

Para a informação do agregado de SG da unidade sentinela (semanal), deve-se selecionar o número total de atendimentos na unidade de saúde, por SG na respectiva semana epidemiológica por faixa etária e sexo, utilizando, como critérios de inclusão, os atendimentos com hipótese diagnóstica descrita como: gripe, SG, influenza, resfriado, faringite, laringite, amigdalite, traqueíte, infecção das vias aéreas superiores (IVAS), dor de garganta, rinorreia e laringotraqueíte. Também poderão ser utilizados os seguintes CID-10: J00 Nasofaringite aguda (resfriado comum); J02.9 Faringite aguda não especificada; J03.9 Amigdalite aguda não especificada; J04.0 Laringite aguda; J04.1 Traqueíte aguda; J04.2 Laringotraqueíte aguda; J06 (todos) Infecção aguda das vias aéreas superiores e não especificadas; J10 (todos) Influenza devido a vírus influenza identificado; e J11 (todos) Influenza devido a vírus influenza não identificado (Brasil, 2024, p. 87).

No contexto pandêmico, os casos de SG suspeitos de Covid-19, captados fora das unidades sentinelas, devem ser notificados no sistema e-SUS Notifica. Após investigação laboratorial, se confirmado para influenza e descartado para Covid-19, o caso deve ser encerrado como “descartado”, não havendo a necessidade de notificar o resultado referente à influenza (Brasil, 2024, p. 87).

A estratégia da vigilância sentinela deve atender aos quesitos de qualidade das informações epidemiológicas e das amostras coletadas, com dados oportunos inseridos no sistema de informação durante todas as semanas epidemiológicas do ano (Brasil, 2024, p. 87).

ETAPAS DA VIGILÂNCIA SENTINELA DE SG

O processo de vigilância sentinela de SG compreende as seguintes etapas **(Figura 7)**:

• **Na Unidade Sentinela** - Registro individual de casos de SG com coleta de amostra:

1. Selecionar de cindo a 20 pacientes que atendam à definição de caso por meio de um processo sistemático de amostragem por conveniência (Recomenda-se manter o número de amostras semanalmente).
2. Coletar a amostra de Swab nasofarínge (SNF).
3. Preencher a ficha individual para cada caso identificado (**Anexo I**).
4. Digitar os dados da ficha individual do paciente no SIVEP-Gripe para obter o número da ficha. Caso isso não seja possível, a unidade deverá fazer uma cópia da ficha do SIVEP-Gripe e encaminhar ao laboratório juntamente com a amostra. A digitação deverá ser realizada o mais breve possível, de forma que a ficha já esteja digitada no sistema quando o laboratório ou a vigilância for inserir o resultado.
5. Cadastrar a amostra no GAL (Gerenciador de Ambiente laboratorial).
6. Acondicionar a amostra para o transporte e enviar ao laboratório de referência (LACEN/RR), juntamente com a ficha do SIVEP-Gripe. Conferir os dados da ficha com a identificação da amostra.
7. Aguardar os resultados laboratoriais e digitar no SIVEP-Gripe, caso não tenham sido digitados pelo laboratório (esse fluxo pode variar de um lugar para o outro, dependendo da organização local).
8. Encerrar o caso.

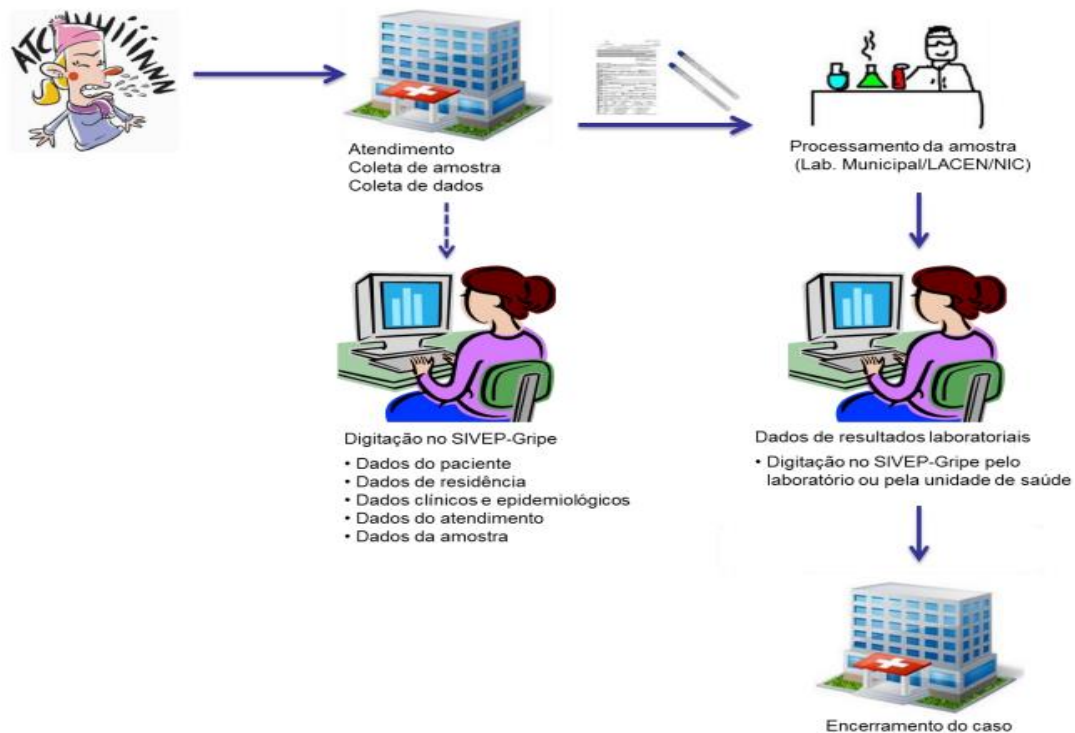
• **Registro de agregado semanal de atendimento por SG:**

1. Preencher a ficha de agregado semanal (**Anexo II**) com os dados da semana epidemiológica anterior.
2. Digitar os dados da ficha de agregado semanal no SIVEP-Gripe, preferencialmente até terça-feira da semana epidemiológica corrente.

• **No Laboratório de Referência:**

1. Receber e acondicionar a amostra.
2. Processar a amostra conforme as normas estabelecidas.
3. Digitar os dados dos resultados laboratoriais no GAL e SIVEP-Gripe, conforme a organização local.

Figura 7. Etapas da vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG)



Fonte: Sousa et al., 2015.

3.3 VIGILÂNCIA UNIVERSAL DE SINDROME RESPIRÁTORIA AGUDA GRAVE (SRAG)

A partir da pandemia de Covid-19, a vigilância de SRAG tem caráter universal, ou seja, todos os casos de SRAG devem ser obrigatoriamente notificados pelo estabelecimento de saúde de atendimento (Brasil, 2024, p. 87).

Criada em 2009, em decorrência da pandemia de influenza pelo vírus influenza A (H1N1)pdm09, a vigilância de SRAG monitora os casos hospitalizados e óbitos por SRAG, com o objetivo de identificar o comportamento do vírus e o perfil epidemiológico da síndrome no País, além de orientar, ainda, a tomada de decisão em situações que requeiram novos posicionamentos do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde das unidades federadas (Brasil, 2024, p. 87).

As informações dos dados clínico-epidemiológicos são coletadas por meio da ficha de notificação de SRAG (**Anexo III**) e inseridos no site Sivep-Gripe. Importante ressaltar que o registro de caso em população indígena ou membro de povo ou

comunidade tradicional segue o mesmo fluxo, pois as variáveis estão contempladas na ficha de notificação de SRAG (Brasil, 2024, p. 87).

As notificações dos casos de SRAG hospitalizados e óbitos por SRAG de maneira oportuna, no Sivep-Gripe, são importantes para o monitoramento da situação epidemiológica e da tomada de decisão voltada às medidas de prevenção e ao controle da influenza (Brasil, 2024, p. 87).

SURTO DE SÍNDROME GRIPAL

É considerado como surto de SG suspeito para influenza, a ocorrência de pelo menos três casos de SG em ambientes fechados/restritos, com intervalo de até sete dias entre as datas de início de sintomas dos casos. Entende-se por ambientes fechados/restritos os asilos e as clínicas de repouso, creches, unidades prisionais ou correccionais, população albergada, dormitórios coletivos, bases militares, uma mesma unidade de produção de empresa ou indústria, o mesmo setor de um hospital, entre outros (Brasil, 2024, p. 87). É de notificação universal, ou seja, todos os casos devem ser obrigatoriamente notificados.

A partir da ocorrência de um surto de SG em ambientes fechados/restritos, 100% dos casos devem ser testados para Covid-19 e pelo menos três amostras aleatórias devem ser testadas para influenza por RT-PCR em tempo real. A positividade para influenza em uma única amostra já caracteriza a identificação de surto por vírus influenza. Nesta situação, todos os demais casos suspeitos relacionados ao surto, ou seja, integrantes da mesma cadeia de transmissão deverão ser confirmados por vínculo (critério clínico-epidemiológico), desde que testados e negativos para Covid-19 (Brasil, 2024, p. 87).

Se a suspeita inicial foi Covid-19, todos os casos devem ser notificados no sistema e-SUS Notifica e, casos negativos para Covid-19 devem ser encerrados no sistema como “caso descartado” (Brasil, 2024, p. 87).

Os surtos devem ser notificados de forma agregada no Módulo de Surto do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net), assinalando o CID-J06, no campo Código do Agravado/Doença da Ficha de Investigação de Surto (**Anexo IV**) (Brasil, 2024, p. 87). **A Ficha de Investigação de Surto é o instrumento em que o surto é notificado**; ela é composta por dados de identificação e caracterização do

local do surto e o diagnóstico inicial do mesmo. A Planilha de Acompanhamento de Surto (**Anexo V**) contém as informações do quantitativo de casos do surto e seu fechamento (diagnóstico final e evolução de cada caso).

No caso de surto, a vigilância epidemiológica do município deverá ser oportunamente informada (em até 24 horas) conforme disposto na Portaria GM/MS Nº 5.201, de 15 de agosto de 2024, bem como a área técnica estadual.

Nos estabelecimentos de saúde que compõem a REVEH/RR a comunicação do surto de SG deverá ser realizada em até 24h por meio do “Relatório de DAE imediata” conforme preconiza a Nota Técnica SESAU N.01/SESAU/CGVS/DVE/NVH de 18/09/2024 e a REVEH/RR comunicará ao Centro de Informações estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs) e a área técnica estadual.

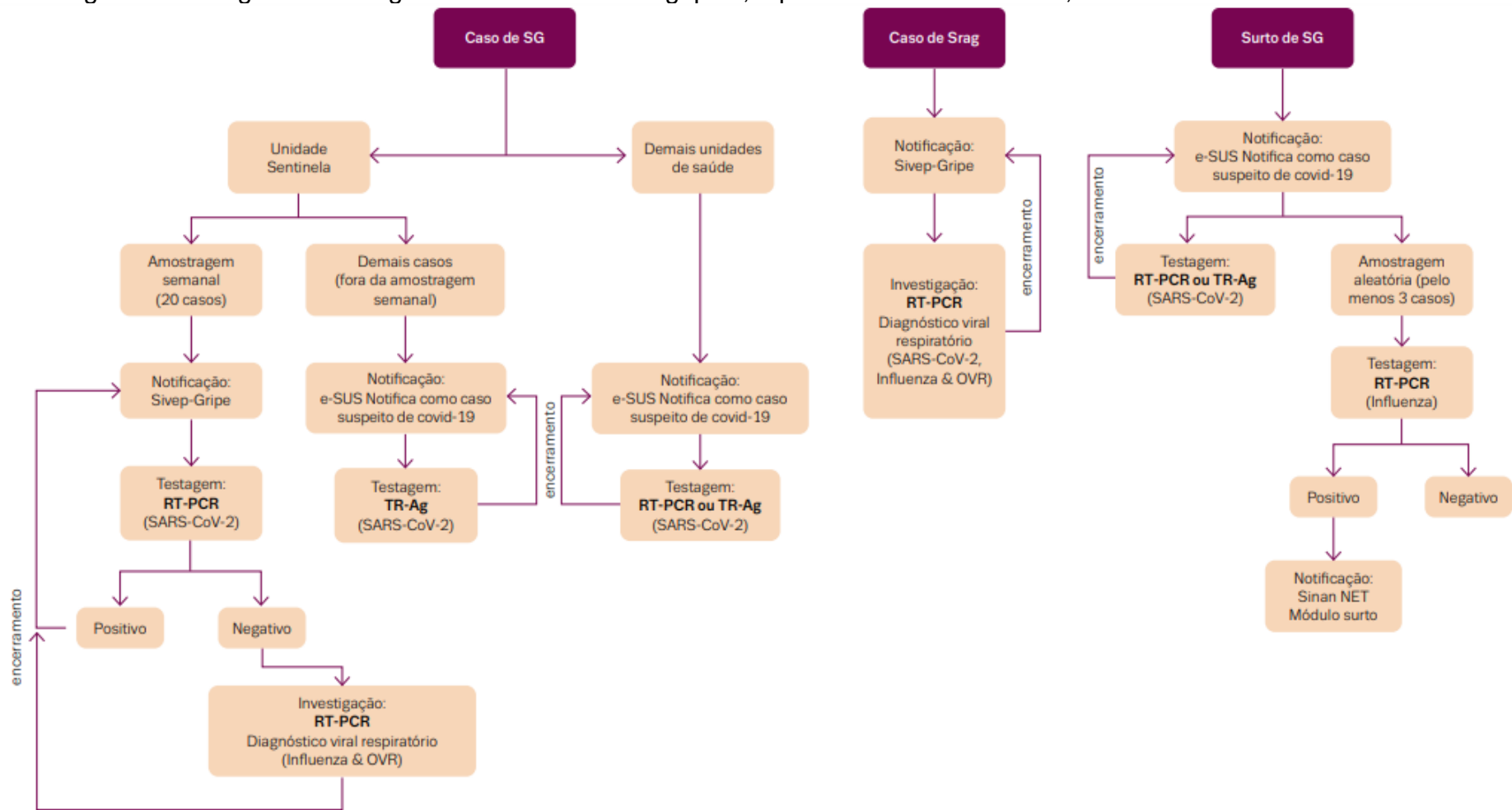
Deverá ser preenchida a ficha de investigação completa para os casos de SG pertencentes a um surto no qual houve coleta de amostra. Para efeito operacional, diante da ocorrência de surtos de SG, apenas os casos que preencham a definição de caso e sejam identificados no momento da investigação serão considerados na cadeia de transmissão. A inclusão dos demais casos identificados posteriormente não será necessária, mesmo que possuam vínculo epidemiológico (Brasil, 2024, p. 87).

Em algumas situações de surto, pode-se considerar a coleta de um número maior de amostras para pesquisa laboratorial de outros vírus respiratórios. A necessidade deverá ser discutida e acordada entre as equipes da vigilância epidemiológica e laboratorial local (unidade federada e/ou município), para que não ocorra nenhum prejuízo nas informações ou mesmo impacto na resposta da rede (Brasil, 2024, p. 87).

O fluxograma da vigilância das síndromes gripais, a partir de um caso de SG, caso de SRAG ou surto de SG encontra-se detalhado na **Figura 8**.

Em outubro de 2024, o NCPIT/DVE/CGVS/SESAU/RR realizou várias reuniões com os hospitais públicos e privados da capital e o PACS com o objetivo de organizar o fluxo de atendimento, de notificação e do laboratório dos casos de SG universal, SG de vigilância sentinela e de SRAG. Esses serviços construíram seus fluxos e ficaram de implementá-los nos serviços.

Figura 8. Fluxogramas da vigilância das síndromes gripais, a partir de um caso de SG, caso de SRAG ou surto de SG



Fonte: DPNI/SVSA, 2022; Brasil, 2024, p. 94.

4 VIGILÂNCIA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E/OU ALIMENTAR

Em 1991, com a sétima epidemia de Cólera no Brasil, que se alastrou progressivamente por todas as regiões do país, ficou evidente a necessidade de realizar o monitoramento de casos e surtos de doenças diarreicas, a fim de subsidiar as ações da vigilância em saúde na prevenção e controle da Cólera (Brasil, 2024, p. 389).

Diante disso, em 1994, no âmbito do Ministério da Saúde, foi elaborada a proposta de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA), possibilitando que os municípios pudessem realizar uma análise da situação de saúde em relação às doenças diarreicas (Brasil, 2024, p. 389).

Em 2007, este programa já estava implantado em todo o Brasil e desde então, vem ao longo dos anos atuando na prevenção e controle não somente da Cólera, mas também nos casos individuais e surtos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA)¹ causados por outras bactérias e suas toxinas, vírus e parasitos (Brasil, 2010; Freitas; Viveiros, 2023).

A Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas (VE-DDA) faz parte da Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (VE-DTHA) e é composta também pela MDDA, regulamentada pela Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017, a qual permite monitorar somente a ocorrência dos casos notificados em unidades de saúde eleitas sentinelas pela Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde, com o intuito principal de acompanhar o comportamento e a detecção de alterações no padrão local das doenças diarreicas agudas de forma a identificar, em tempo oportuno, surtos e epidemias (Brasil, 2021; Freitas; Viveiros, 2023, Brasil, 2024, p.389).

¹Doenças Diarreicas Agudas (DDA) – diminuição na consistência das fezes (fezes líquidas ou semilíquidas), aumento da frequência – mínimo de três episódios em 24 horas – por até 14 dias, podendo ser acompanhada de febre, náusea, vômitos.

4.1 VIGILÂNCIA SENTINELA DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS: MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARREIRCA AGUDAS (MDDA)

A monitorização é utilizada principalmente para: analisar indicadores de morbimortalidade com o intuito de detectar alterações nas condições sanitárias da população, buscando identificar suas causas e caracterizar seus efeitos; estabelecer a magnitude e grau de prioridade de uma doença; possibilitar a identificação precoce de agravos e doenças inusitadas e de alterações ambientais; coletar e analisar sistematicamente as informações, visando recomendar medidas imediatas de controle, de acordo com as normas e recomendações disponíveis (Freitas; Viveiros, 2023).

Logo, a MDDA consiste em coletar, consolidar, registrar e analisar, periodicamente dados mínimos de idade, procedência, data do início dos sintomas e plano de tratamento dos casos que buscaram atendimento em unidades sentinelas, que têm como objetivos:

1. Possibilitar que o serviço local de saúde detenha de instrumentos eficazes e simplificados que permitam uma análise semanal dos episódios de DDA para a busca de relação entre os eventos (fontes comuns de transmissão, grupos de pessoas envolvidas, gravidade da doença, etc.);
2. Detectar mudanças no padrão epidemiológico das DDA, identificando em tempo oportuno surtos e epidemias possibilitando correlacionar ao longo do tempo, possíveis modificações nas condições sanitárias locais ou outros fatores como a veiculação de determinados patógenos pelos alimentos, água ou outras fontes de transmissão com o propósito de adotar medidas de bloqueio e controle, bem como recomendar medidas de prevenção (Freitas; Viveiros, 2023).

IMPLANTAÇÃO DA MDDA

Segundo Freitas e Viveiros (2023), para ser eleita uma Unidade Sentinela é importante considerar:

- Serviços de saúde que sejam referência para atendimento da população que apresente DDA de determinada área de abrangência;
- Atendam todas as faixas etárias;

- Sejam sensíveis para a captação de casos de DDA e comprometidas com a sistematização e frequência dos registros;
- Tenham a capacidade de dar resposta à identificação de alteração do padrão

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS

DEFINIÇÃO DE CASO

Em virtude de a Vigilância Epidemiológica das DDA ser realizada com enfoque nos casos que apresentam quadro clínico sindrômico, prioritariamente voltada para o monitoramento sistemático da ocorrência de casos por semana epidemiológica em cada município, são utilizados os conceitos de:

Caso: Pessoa que apresente aumento do número de evacuações (mínimo de 3 ou mais episódios no período de 24 horas) com diminuição da consistência das fezes, geralmente líquidas ou semilíquidas, com duração de até 14 dias (Brasil, 2024, p. 389).

Caso novo: Quando, após a normalização da função intestinal por um período de 48 horas, o paciente apresentar novo quadro de DDA – para fins de notificação no Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica das DDA (Sivep-DDA) (Brasil, 2024, p. 389).

Há infecções por alguns agentes etiológicos que produzem um quadro diarreico intermitente e até mesmo mais duradouro que 14 dias. Na ocorrência de surtos, cada caso novo deve ser considerado conforme o agente etiológico suspeito/identificado ou vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente (Brasil, 2024, p. 389).

Surto: A ocorrência de dois casos de DDA ou mais, relacionados entre si, com histórico de exposição à mesma fonte ou de alteração do padrão epidemiológico (aumento de casos, ocorrência de casos graves, mudança de faixa etária e/ou sexo), considerando o monitoramento sistemático local (Brasil, 2024, p. 389).

NOTIFICAÇÃO

CASOS DE DOENÇA DIARREICA AGUDA

Os casos isolados de DDA devem ser notificados quando atendidos em unidades sentinelas para as DDA. A notificação dos casos deve ser realizada nos impressos I e II da MDDA, que são enviados à Secretaria Municipal de Saúde para consolidação e registro dos casos no Sivep-DDA na semana epidemiológica correspondente à data do início dos sinais e sintomas.

O registro deve ser realizado diariamente através do Impresso I - Planilha de Casos de diarreia (**Anexo VI**), de acordo com a semana epidemiológica vigente, conforme calendário de semanas epidemiológicas divulgado pelo Ministério de Saúde para o ano em questão.

Ao final da semana epidemiológica os casos registrados nos Impressos I deverão ser consolidados no Impresso II - Distribuição dos casos de diarreia por faixa etária, plano de tratamento e procedência (**Anexo VII**).

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO NO IMPRESSO

Para preenchimento dos itens no campo “análise”, é necessário o uso das informações de semanas anteriores e da que está sendo trabalhada. Para responder os itens 1, 2 e 3, observar os dados das semanas epidemiológicas passadas.

Questão 1. Assinalar se houve aumento de casos ou não.

Questão 2. Caso sim, pressupor ou/e descrever os motivos e fatores, exemplo: houve falha no sistema de distribuição de água.

Questão 3. Sim ou não. Caso tenha ocorrido, qual foi? Exemplo: A maioria dos casos ocorria em crianças de 1 a 4 anos, mas nesta semana a maioria dos casos ocorreu em pessoas na faixa etária de 10 anos ou mais.

Questão 4. Sim ou não. Caso sim, especificar onde, como: Bairro Farroupilha. Caso fique evidente a concentração de casos em um local mais restrito, como uma rua, também deve-se salientar nesse campo. Exemplo: Avenida Venâncio Aires. Ainda,

pode ocorrer de os casos terem relação com uma escola, uma festa, e isso também deve ser registrado neste campo.

Questão 5. Preencher com o plano de tratamento mais utilizado nos casos. Caso tenha sido o “C”, justificar por que esse tratamento foi o mais utilizado. Questiona-se isso, pois na maioria dos casos é utilizado o plano C, mesmo que o paciente não apresente desidratação.

Questão 6. A alteração do comportamento refere-se ao aumento do número de casos, mudança de faixa etária ou de plano de tratamento mais usado, entre outras observações. Descrever as medidas tomadas diante dessa mudança de padrão.

Questão 7. Sim ou não. Se ocorreram surtos, anotar o total e quantos foram investigados. Só serão registrados os surtos detectados na unidade com MDDA. Na ocorrência de surtos, informar se estes foram notificados no Sinan e assim, informar os números das notificações.

Questão 8. Sim ou não. Citar quantos surtos investigados tiveram amostra para pesquisa laboratorial coletada e citar aqui o tipo de exame específico da investigação da diarreia. Não há necessidade de listar, caso a caso, mas sim informar os mais solicitados. Em caso de coleta de amostra, informar a data de envio ao laboratório e quantificar o número de casos que tiveram amostra coletada na semana.

Nas unidades sentinelas, os casos de DDA devem ser listados no Impresso I à semana epidemiológica da data do início dos sinais e sintomas de cada caso. Apenas quando não houver formas de identificar a data de sinais e sintomas, pode-se incluir o caso na semana epidemiológica correspondente à data do atendimento.

Salienta-se a importância da notificação compulsória negativa, conceituada pela Portaria de Consolidação Nº. 04 de 2017, como a comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado caso.

SURTO DE DDA

Os surtos de DDA de causa desconhecida ou alteração no padrão clínico epidemiológico das DDA, compreendidas entre as doenças de transmissão hídrica e alimentar, que configurem “Evento de Saúde Pública (ESP)² que se constitua ameaça à saúde pública”, devem ser notificados imediatamente ao Ministério da Saúde, conforme disposto na Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2024).

Os surtos de DDA, em virtude das muitas possíveis etiologias e fontes de transmissão, são também chamados de surtos de DTSA. A comunicação da suspeita de um surto pode chegar de diferentes locais como: unidades básicas de saúde, hospitais, escolas, ouvidorias, clínicas, da comunidade, entre outros (Brasil, 2024).

Diante da suspeita de surto de DTSA, qualquer unidade de saúde deve realizar a notificação a vigilância epidemiológica do município oportunamente (em até 24 horas) conforme disposto na Portaria GM/MS Nº 5.201, de 15 de agosto de 2024, bem como a área técnica estadual. Os surtos devem ser notificados no Sinan, CID 10 A08 - Síndrome Diarreica Aguda.

Nos estabelecimentos de saúde que compõem a REVEH/RR a comunicação do surto de DDA deverá ser realizada em até 24h por meio do “Relatório de DAE imediata” conforme preconiza a Nota Técnica SESAU N.01/SESAU/CGVS/DVE/NVH de 18/09/2024 e a REVEH/RR comunicará ao Centro de Informações estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs) e a área técnica estadual.

Na identificação do surto, toda unidade de saúde deve proceder à notificação no Sinan por meio da Ficha de Investigação de Surto – DTA como “síndrome diarreica aguda” (**Anexo VIII**), em situações de surtos com quadro sindrômico de DDA, ou com a indicação de seus respectivos códigos da CID-10 correspondente, em surtos com quadros específicos e sistêmicos que estiverem habilitados no Sinan – mesmo que também haja suspeita de transmissão direta.

²Evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico-epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes (origem: Portaria GM/MS n.º 204, de 17 de fevereiro de 2016, art. 2º, V).

Em caso de detecção de surto de DDA em unidades sentinelas além da notificação no Sinan conforme descrito acima, deve ser realizado o registro do número de surtos de DDA identificados, investigados e com amostras coletadas no Sivep-DDA. Cabe a Vigilância Epidemiológica estadual prestar apoio na investigação, incluindo esclarecer dúvidas e orientar acerca do preenchimento da planilha. A vigilância epidemiológica municipal e a área técnica estadual irão orientar, acompanhar e auxiliar no encerramento dos surtos (Brasil, 2024).

Nos surtos de determinadas DTHA que estão na lista de doenças e agravos de notificação compulsória, além da Ficha de Investigação de Surto – DTA, cada caso suspeito envolvido no surto deverá ser notificado, concomitantemente, na ficha de notificação/investigação individual específica ou na ficha de notificação/conclusão (Brasil, 2024).

Em situações de surto em que houver suspeita de Rotavírus, apenas os casos de menores de 5 anos que realizarem coleta de amostras de fezes deverão ser notificados na Ficha Individual de Rotavírus no Sinan (**Anexo IX**), além da ficha de notificação/investigação de surto (**Anexo IV**) (Brasil, 2024).

Quando houver casos que evoluírem para Síndrome Hemolítico - Urêmica (SHU), Ficha de notificação/conclusão (**Anexo X**) deve ser preenchida e inserida no Sinan, além da ficha de notificação/investigação de surto (**Anexo IV**) (Brasil, 2024).

OBSERVAÇÃO: Para a investigação epidemiológica de surto de DDA consultar o Guia de Vigilância em Saúde no site do Ministério da Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tetano-acidental/publicacoes/guia-de-vigilancia-em-saude-6a-edicao.pdf/view>).

4.3 VIGILÂNCIA SENTINELA DE ROTAVÍRUS

A vigilância sentinela do rotavírus está baseada na investigação epidemiológica de casos individuais de menores de 5 anos que apresentam DDA atendidos em unidades sentinelas, geralmente hospitais, pois os casos hospitalizados são os mais graves. Além disso, é relativamente mais fácil realizar a coleta de amostras, o armazenamento e o transporte adequados (WHO, 2018; Brasil, 2024, p.410).

OBJETIVOS

1. Identificar os genótipos de rotavírus prevalentes circulantes entre as crianças menores de 5 anos atendidas em unidades sentinelas;
2. Monitorar o impacto da vacinação contra o rotavírus na doença, e alterações na epidemiologia e nas cepas circulantes após a implementação da vacina contra o rotavírus;
3. Monitorar a carga de outros patógenos entéricos entre os menores de 5 anos atendidos em unidades sentinelas (Brasil, 2024, p.410).

DEFINIÇÃO DE CASO

CASO SUSPEITO - Criança menor de 5 anos atendida em unidade sentinela com DDA sem sangue, independentemente do estado vacinal contra rotavírus.

CASO CONFIRMADO - Caso suspeito com confirmação laboratorial.

CASO DESCARTADO - Caso suspeito notificado que, após a investigação epidemiológica, não tenha atendido à definição de caso confirmado, ou seja, diagnóstico laboratorial não reagente (realizado no Lacen) (Brasil, 2024, p.410).

NOTIFICAÇÃO

CASOS INDIVIDUAIS - Os casos de rotavírus de crianças menores de 5 anos devem ser notificados apenas em unidades sentinelas para rotavírus, conforme disposto na

Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017 (Anexo XLIII). As crianças que se enquadrem na definição de caso suspeito devem ser notificadas por meio da ficha individual de rotavírus (**Anexo IX**) e registrados no Sinan Net em até sete dias (Brasil, 2024, p.410).

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Destina-se a avaliar as implicações da ocorrência da doença para a saúde pública, tendo como objetivos: confirmar o diagnóstico, determinar as características epidemiológicas como possível surto de rotavírus, identificar suas causas e orientar as medidas de prevenção e de controle (Brasil, 2024, p.410).

A investigação epidemiológica de casos individuais de rotavirose de menores de 5 anos inicia-se na unidade sentinela. Consiste, portanto, no preenchimento adequado de todos os itens da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Rotavírus (**Anexo IX**), na coleta de amostra clínica e na investigação laboratorial, seguimento de fluxos de informação sobre o caso e das amostras clínicas ao Lacen (Brasil, 2024, p.410).

Algumas unidades sentinelas contam com Sinan instalado; dessa forma, a ficha deve ser inserida no sistema na própria unidade; em outras, a ficha deve ser enviada para a Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do município da unidade sentinela para inserção no sistema, e, caso a criança seja residente de outro município, deve habilitar o fluxo de retorno para o de residência, de forma que seja complementada com os dados laboratoriais e outros adicionais (Brasil, 2024, p.410).

ROTEIRO DA INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Identificação do paciente - Para que todos os campos da Ficha de Investigação de Rotavírus do Sinan sejam preenchidos adequadamente, é necessário que seja realizada uma boa anamnese para coletar os dados de identificação individual, incluindo o nome correto da criança e da mãe, a data de nascimento e do início dos sinais/sintomas, bem como os dados referentes ao endereço de residência (Brasil, 2024, p.410).

Coleta de dados clínicos e epidemiológicos - Devem ser preenchidos, na ficha de investigação, os dados clínicos relacionados à presença de diarreia/número de episódios em 24 horas, de vômitos, febre e sangue nas fezes. Devem ser coletadas informações referentes às doses da administração da vacina contra rotavírus humano. É necessário e pertinente também que seja realizada verificação quanto à existência de outros casos suspeitos com vínculo epidemiológico que possa configurar um surto. Nesse caso, a investigação também precisa seguir o fluxo de investigação de surtos de DTHA (Brasil, 2024, p.410).

Para confirmar a suspeita diagnóstica - Toda criança atendida em unidades sentinelas para rotavírus que atenda à definição de caso suspeito deve ter amostra de fezes coletada para análise de rotavírus e de outros enteropatógenos; por isso, recomenda-se a coleta simultânea de fezes para análise de vírus, bactérias e outros parasitos intestinais oportunistas. A data da coleta de amostra clínica para realizar a análise laboratorial deve ser sempre preenchida. Os dados referentes aos resultados laboratoriais quanto ao rotavírus identificado na amostra; à genotipagem do rotavírus; a outros vírus, bactérias e/ou parasitos identificados também devem ser preenchidos com especial atenção, visto que são atualizados, posteriormente à notificação, pelo Lacen e laboratório de referência (quando necessário) (Brasil, 2024, p. 410).

Para identificação da área de transmissão - Em surtos de DTHA com suspeita de rotavírus, é necessário investigar se o surto está restrito a local fechado (exemplo: creche, escola, asilo), se está disperso no bairro, no município, ou se extrapolou a área geográfica do município e do estado. Para isso, é imprescindível a investigação in loco para realizar busca ativa e entrevistas dos doentes e seus contactantes, bem como dos expostos e não expostos às fontes de transmissão suspeitas, doentes e não doentes (Brasil, 2024, p.410).

COLETA E REMESSA DE MATERIAL PARA EXAMES

A coleta da amostra de fezes de toda criança atendida em unidade sentinela para rotavírus que atenda à definição de caso deverá ser realizada no momento da admissão ou em até 24 horas de internação (Brasil, 2024, p.410).

COLETA

Pesquisa de rotavírus e outros vírus - Devem ser coletadas fezes frescas (in natura), em torno de 5 mL a 10 mL, sem conservantes, sendo armazenadas em frasco/pote com tampa rosqueada (Brasil, 2024, p.410).

Pesquisa de bactérias - Deve-se utilizar a técnica de coleta por meio de swab retal ou fecal em meio de transporte Cary-Blair (Brasil, 2024, p.410).

Pesquisa de outros parasitos intestinais oportunistas - Deve ser coletada uma quantidade mínima de 20 g a 30 g de fezes frescas (aproximadamente a metade de um coletor de 50 mL) em frasco coletor de fezes, com tampa rosqueada (Brasil, 2024, p.410).

ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE

Pesquisa de rotavírus e outros vírus - Após a coleta, as amostras devem ser acondicionadas em geladeira, entre 4°C e 8°C, nas unidades sentinelas. Esse material deve ser encaminhado o mais rápido possível aos laboratórios centrais (em até 48 horas), sendo sete dias o prazo máximo entre a coleta e a análise no laboratório, evitando assim amostra inadequada para análise. O envio deve ser realizado em caixa térmica para transporte de material biológico ou isopor, com Gelox/bateria, a fim de manter a temperatura adequada, preferencialmente com termômetro. Devem-se evitar o congelamento e o descongelamento das amostras (Brasil, 2024, p.410).

Pesquisa de bactérias - Quando a amostra for colocada em meio de transporte Cary-Blair, é necessário encaminhá-la, se possível, em até 48 horas. Acima desse tempo, deve-se manter sob refrigeração por até sete dias. No caso de amostras refrigeradas, é preciso respeitar as especificidades de cada agente (Brasil, 2024, p.410).

Pesquisa de outros parasitos intestinais oportunistas - As amostras frescas coletadas devem ser enviadas (ou seja, estar na bancada do laboratório) refrigeradas em, no máximo, até três dias. Caso o transporte ultrapasse três dias, a amostra deve

ser fixada em formalina tamponada a 10% (uma parte de fezes para três partes de formalina) e homogeneizadas para análise (Brasil, 2024, p.410).

A vigilância sentinela de rotavírus consiste de:

- 1) Os casos de DDA suspeitos de rotavírus em menores de 5 anos deverão ser notificados na Ficha Individual de Rotavírus no Sinan (**Anexo IX**), coletado amostras de fezes de todos os casos suspeitos para o diagnóstico e a amostra para pesquisa de rotavírus deverá ser encaminhada ao Lacen/RR, conforme orientações acima.
- 2) Em situações de surto em que houver suspeita de rotavírus, apenas os casos de menores de 5 anos que realizarem coleta de amostras de fezes deverão ser notificados na Ficha Individual de Rotavírus no Sinan (**Anexo IX**), além da ficha de notificação/investigação de surto (**Anexo IV**) (Brasil, 2024).

5 VIGILÂNCIA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

5.1 SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL MASCULINO

Atualmente, essa notificação é universal no estado de Roraima e está na lista de DNC de interesse estadual.

A Portaria n.º 1.553, de 17 de junho de 2020, instituiu a Vigilância Sentinela da Síndrome do Corrimento Uretral Masculino (Diário Oficial da União, 18 de junho de 2020) (Brasil, 2024, p. 337).

OBJETIVOS

- Monitorar perfil epidemiológico da síndrome do corrimento uretral masculino em unidades de saúde selecionadas (unidades sentinelas).
- Identificar casos de síndrome do corrimento uretral masculino e desencadear a investigação das fontes de infecção e transmissão comuns.
- Produzir informações a respeito da síndrome do corrimento uretral masculino para subsidiar as ações de prevenção e controle.

DEFINIÇÃO DE CASO - Indivíduo com presença de corrimento uretral (mucoide, mucopurulento ou purulento), verificado com o prepúcio retraído e/ou pela compressão da base do pênis em direção à glande, após contato sexual (Brasil, 2024, p. 337).

Observação: todos os casos de corrimento uretral identificados nas unidades sentinelas devem ser notificados, independentemente da verificação do agente etiológico (Brasil, 20124, p. 337).

NOTIFICAÇÃO

É de notificação compulsória todo caso de síndrome do corrimento uretral masculino identificado nas unidades sentinelas. A notificação é registrada no Sinan mediante o preenchimento da Ficha de notificação/conclusão (**Anexo X**) (Brasil, 2024, p. 337).

6 SÍNDROME NEUROLÓGICA PÓS INFECÇÃO FEBRIL EXANTEMÁTICA

A circulação do vírus Zika no Brasil modificou o cenário epidemiológico de manifestações neurológicas. Após detecção do vírus no país, em abril de 2015, foi observado aumento do número de encefalite, mielite, encefalomielite e, principalmente, síndrome de Guillain-Barré. Estas manifestações também podem ser observadas em alguns casos de chikungunya e de dengue (Brasil, 2017).

Em resposta ao aumento das manifestações neurológicas ocorridas no Brasil a partir de 2015, o Ministério da Saúde propôs o “**Protocolo de vigilância dos casos de manifestações neurológicas de infecção viral prévia**”, utilizando o modelo de vigilância sentinela (Brasil, 2017).

Em 2017, o Ministério da Saúde, com o objetivo de aprimorar essa vigilância, passou a realizar a **Vigilância das Arboviroses Neuroinvasivas**. O presente manual tem o objetivo de aperfeiçoar e ampliar a proposta contida no protocolo de 2015, visando orientar os profissionais de saúde sobre a suspeita, notificação, investigação e outras condutas de vigilância para os casos de doenças neuroinvasivas por arbovírus, atendidos nos serviços de unidades sentinelas. Neste manual, a exigibilidade de febre, exantema ou artralgia nos quadros neurológicos passou a ser dispensada, visto que casos de complicações das infecções por arbovírus sobre o sistema nervoso podem ocorrer na ausência destes sintomas e sinais clássicos das arboviroses, ou mesmo podem surgir dias a semanas após resolução deles (Brasil, 2017). Para mais informações a respeito do tema, acessar o Manual de Vigilância Sentinela de Doenças Neuroinvasivas por Arbovírus (Brasil, 2024, p. 727).

Atualmente, o foco principal deste protocolo são as arboviroses dengue, chikungunya e Zika por serem as mais prevalentes em nosso meio. Entretanto, na hipótese de ocorrerem mudanças importantes no cenário epidemiológico nacional, este protocolo poderá sofrer modificações orientadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017).

6.1 VIGILÂNCIA SENTINELA DAS DOENÇAS NEUROINVASIVAS POR ARBOVÍRUS

Em 2016, o NCPFIT/DVE/CGVS/SESAU elaborou a Nota Técnica 001/2016 NCPFIT/DVE/CGVS/SESAU, de 29 de abril de 2016 sobre a VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS POR INFECÇÃO VIRAL PRÉVIA com o objetivo geral de identificar a relação entre a manifestação neurológica e infecção por doenças virais, e objetivos específicos: (i) Descrever os dados clínicos, laboratoriais e epidemiológicos em tempo, lugar e pessoa; (ii) Determinar a ocorrência de manifestação neurológica possivelmente relacionada à dengue, chikungunya e zika vírus. Nessa nota técnica, ficou determinado que a vigilância das manifestações neurológicas por infecção viral prévia era baseada na vigilância sentinela. Em Roraima, o HGR e HCSA foram definidos como unidades sentinelas por possuírem referência em neurologia, além de estrutura mínima para colher, processar e armazenar as amostras de maneira adequada enquanto estas permanecerem na unidade. Além da definição de caso suspeito e confirmado, a nota técnica trouxe o fluxo de envio de informações para a vigilância epidemiológica e laboratorial.

Em 2017, a vigilância epidemiológica das manifestações neurológicas por infecção viral prévia passou a ter a denominação de Vigilância das Arboviroses Neuroinvasivas. Essa vigilância sentinela foi implantada no HGR e no HCSA em 2017, mas está desativada atualmente.

OBJETIVOS VIGILÂNCIA SENTINELA DAS DOENÇAS NEUROINVASIVAS POR ARBOVÍRUS

- Monitorar as tendências dos casos de doenças neuroinvasivas por arbovírus e sua relação com os casos notificados de dengue, chikungunya e Zika (Brasil, 2017).
- Detectar precocemente alteração no padrão de ocorrência de casos de doenças neuroinvasivas – encefalite viral aguda (A86), mielite transversa viral aguda (G05.1), encefalomielite disseminada aguda (G05.8) e síndrome de Guillain-Barré (G61.0) (Brasil, 2017).

- Identificar os possíveis agentes envolvidos nos casos de doenças neuroinvasivas por arbovírus, com foco principal nos vírus DENV, CHIKV, ZIKV (Brasil, 2017).
- Caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de doenças neuroinvasivas por arbovírus (Brasil, 2017).
- Detectar a introdução, a disseminação ou a reemergência de outros arbovírus neurotrópicos (Brasil, 2017).
- Fornecer indicadores epidemiológicos que apoiem a definição de grupos e áreas prioritárias de intervenção e a organização dos serviços de saúde (Brasil, 2017. p. 9).

DEFINIÇÃO DE CASO

A vigilância sentinela adotará as seguintes definições de caso:

Caso suspeito de arbovirose neuroinvasiva: casos agudos de encefalite, mielite, encefalomielite, polirradiculoneurite (síndrome de Guillain-Barré) ou de outras síndromes neurológicas centrais ou periféricas² diagnosticadas³ por médico especialista⁴, na ausência de explicação clínica mais provável⁵ (Brasil, 2017. p. 13).

Caso provável de arbovirose neuroinvasiva: caso suspeito que apresente anticorpos da classe IgM para arbovírus na primeira amostra de soro, através da metodologia ELISA (Brasil, 2017. p. 13).

² Neurite óptica, miosite, meningoencefalite, síndromes de nervos cranianos etc.

³ Verificar níveis de certeza diagnóstica (Anexo D Anexo D do Manual de Doenças Invasivas por Arbovirus do Ministério da Saúde).

⁴ Neurologista, neuropediatra ou infectologista.

⁵ Infecções bacterianas, fúngicas ou parasitárias, doenças desmielinizantes, vasculites sistêmicas, intoxicações endógenas e exógenas etc.

Caso confirmado de arbovirose neuroinvasiva: caso suspeito que preencha um ou mais dos critérios a seguir:

- Detecção viral por isolamento ou reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) em tecidos, sangue, líquido ou outros líquidos corporais (Brasil, 2017. p. 13).
- Detecção de aumento de pelo menos quatro vezes nos títulos de anticorpos específicos da classe IgG entre amostras pareadas de soro, colhidas com intervalo de 10 a 21 dias, através de métodos quantitativos ou semiquantitativos (ELISA ou inibição da hemaglutinação) (Brasil, 2017. p. 13).
- Detecção de anticorpos da classe IgM (ELISA) no líquido (Brasil, 2017. p. 13).
- Detecção de conversão sorológica para IgM (ELISA) entre amostras pareadas de soro (não reagente no soro de fase aguda e reagente no soro de fase de convalescença) (Brasil, 2017. p. 13).
- Imuno-histoquímica positiva (Brasil, 2017. p. 13).

Caso descartado de arbovirose neuroinvasiva: caso suspeito cuja evolução clínica ou exames diagnósticos mostraram outra explicação mais provável para o comprometimento neurológico OU cujos exames laboratoriais para arbovírus (dengue, chikungunya e Zika) tiveram resultados negativos (Brasil, 2017. p. 14).

MANEJO LABORATORIAL DAS AMOSTRAS COLHIDAS

Soro – 1ª amostra (fase aguda)

- ELISA-IgG/IgM para DENV, CHIKV e ZIKV (independente do intervalo entre o início dos sintomas e a coleta) (Brasil, 2017).
- RT-PCR para DENV, CHIKV e ZIKV (se amostra colhida até o quinto dia de início dos sintomas) Soro – 2ª amostra (fase de convalescença) (Brasil, 2017).
- ELISA-IgG/IgM para DENV, CHIKV e ZIKV (independente do intervalo entre o início dos sintomas e a coleta) (Brasil, 2017).

LCR (amostra única)

- ELISA-IgM para DENV, CHIKV e ZIKV (independente do intervalo entre o início dos sintomas e a coleta) (Brasil, 2017).

- RT-PCR para DENV, CHIKV e ZIKV (se amostra colhida até o 30º dia de início dos sintomas) (Brasil, 2017).

Urina

- RT-PCR para ZIKV (se amostra colhida até o 15º dia de início dos sintomas) (Brasil, 2017).

Os casos de manifestações neurológicas suspeitos de infecção prévia por dengue, Zika e chikungunya devem ser informados por meio de instrumento específico, em acordo com o Manual de Vigilância Sentinela de Doenças Neuroinvasivas por Arbovírus (Brasil, 2017; 2024, p. 734).

A vigilância será ativa do tipo sentinela para as doenças neuroinvasivas, conforme Classificação Internacional de Doenças – CID 10: encefalite viral aguda (A86), mielite transversa viral aguda (G05.1), encefalomielite disseminada aguda (G05.8) e síndrome de Guillain-Barré (G61.0). Esse monitoramento vai ocorrer de maneira contínua, nas unidades de saúde selecionadas e habilitadas (Brasil, 2017).

AS ATIVIDADES DA UNIDADE SENTINELA

Registro individual de casos de acordo com as definições preconizadas

1. Realizar diariamente busca ativa para identificar os casos internados que atendem à definição de casos suspeitos. A presença de deficiência motora aguda em < 15 anos implica na notificação também de Paralisia Flácida Aguda (PFA).
2. Preencher a ficha de notificação individual (**Anexo XI**).
3. Classificar o caso de acordo com os critérios de diagnósticos e níveis de certeza do diagnóstico das síndromes neurológicas (Anexo D do Manual de Doenças Invasivas por Arbovirus do Ministério da saúde).
4. Proceder a coleta de amostra de acordo com a definição de caso por equipe capacitada.
5. Acondicionar a amostra para o transporte e enviar ao laboratório de referência, com a ficha individual do paciente, cadastra a amostra no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).
6. Digitalizar os dados da ficha individual de notificação/investigação e encaminhar via e-mail, conforme recomendado neste protocolo. O envio de dados deverá ser

quinzenalmente, as segundas-feiras (semanas epidemiológicas pares), estabelecendo uma rotina padronizada para todos os estados.

7. Revisar os prontuários dos casos para identificar outros dados importantes (resultado laboratorial, tratamento, alta, óbito, transferência de leito ou hospital e outros) e acompanhar a evolução, para encerramento.

8. Aguardar os resultados laboratoriais e acrescentar na ficha de notificação/investigação. A ficha deve ser enviada novamente para as vigilâncias epidemiológicas das esferas municipal, estadual e federal, logo que concluído o caso (Brasil, 2024).

ENVIO DE DADOS

A unidade sentinela deverá digitalizar as fichas de notificação/investigação, no formato PDF, de cada caso separadamente, compactando os arquivos em uma pasta e enviar por e-mail, quinzenalmente, para a vigilância epidemiológica municipal, que enviará para a vigilância epidemiológica estadual, e esta será responsável para enviar o arquivo compactado para a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle e Prevenção da Malária e das Doenças Transmitidas pelo *Aedes* (CGPNCMD/DEVIT/SVS/MS) (Brasil, 2017).

Na semana epidemiológica em que a unidade sentinela não identificar casos suspeitos, o NHE deverá realizar notificação negativa à vigilância epidemiológica municipal (modelo a ser definido pela vigilância epidemiológica municipal). Seguindo o mesmo fluxo da notificação individual (Brasil, 2017).

Os dados obtidos na investigação epidemiológica dos casos notificados devem ser analisados e monitorados sistematicamente para subsidiar a tomada de decisão para intervenção, planejamento e adequação da vigilância sentinela de doenças neuroinvasivas por arbovírus por todas as esferas do sistema – local, municipal, estadual e federal. Neste caso, a CGPNCMD divulgará os resultados por meio de boletins epidemiológicos (Brasil, 2017).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância sentinela de doenças neuroinvasivas por arbovírus**. Brasília, DF: MS, 2017. 44 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_sentinela_doencas_arbovirus.pdf. Acesso em: 7 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. 5. ed. Brasília, DF: MS, 2021. 1.126 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view. Acesso em: 23 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

FREITAS; VIVEIROS. **Manual - Monitoramento de Doenças Diarreicas Agudas – MDDA**. Porto Alegre: Centro Estadual de Vigilância em Saúde, 2023. 38p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/12/1523948/manual-mdda-2023.pdf>

FIOCRUZ. **Doença pneumocócica: sintomas, transmissão e prevenção**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Última atualização: 23 fevereiro 2022. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/doenca-pneumococica-sintomas-transmissao-e-prevencao>. Acesso em: 30 out 2024.

INSTITUTO ADOLFO LUTZ. **Informação da vigilância das pneumonias e meningites bacterianas**, 2023. Disponível em: http://www.ial.sp.gov.br/resources/insituto-adolfo-lutz/publicacoes/sireva_2023_2.pdf. Acesso em 30 out 2024.

SOUSA et al. **Vigilância sentinela de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em unidade de terapia intensiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 17p. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/vigilancia_sentinela_da_srag_no_brasil_final.pdf. Acesso em: 11 jul 2024.

Anexo I. Ficha de notificação individual de SG



Nº _____

SIVEP Gripe
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
19/09/2022.

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME GRIPAL QUE REALIZARAM COLETA DE AMOSTRA

CASO DE SÍNDROME GRIPAL (SG):

Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias.

		1 Data do preenchimento: _____		
2	UF: _____	3	Município: _____	
		Código (IBGE): _____		
4	Unidade Sentinela: _____	Código (CNES): _____		
Dados do Paciente	5	Nome: _____		
	6	Sexo: 1-Masculino 2-Feminino __ 9-Ignorado		
	7	Data de nascimento: _____	8 (ou) Idade: __ __ __ 1-Dia 2-Mês 3-Ano __	
	9	Ocupação: _____		
	10	Gestante: __ 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado		
	11	Raça/Cor: __ 1-Branca 2-Negra 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		
	12	Se indígena, qual etnia? _____		
	13	É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) __ Sim __ Não	14	Se sim, qual? _____
15	Escolaridade: __ 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado			
16	Nome da mãe: _____			
Dados de Residência	17	CEP: ____-____		
	18	UF: _____	19	Município: _____
			Código (IBGE): _____	
	20	Bairro: _____	21	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____
	22	Nº _____		
23	Complemento (apto, casa, etc.) _____		24	(DDD) Telefone: _____
25	Zona: __ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	26	País: (se residente fora do Brasil) _____	
Dados Clínicos e Epidemiológicos	27	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	28	Data dos 1ºs Sintomas: _____	29	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado __ Febre __ Tosse __ Dor de Garganta __ Outros _____
	30	Fatores de risco: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado __ Puérpera (até 42 dias do parto) __ Doença Cardiovascular Crônica __ Pneumopatia Crônica __ Síndrome de Down __ Doença Hepática Crônica __ Obesidade, IMC ____ __ Diabetes mellitus __ Doença Neurológica Crônica __ Outros _____ __ Imunodeficiência/Imunodepressão __ Doença Renal Crônica _____		
	31	Recebeu vacina contra Gripe? (últimos 12 meses) 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	32	Nº de doses _____ 1-1 dose 2-2 doses __
			33	Data da última dose _____

Atendimento	34	Uso de antiviral: <input type="checkbox"/> 1-Não 2-Oseltamivir 3-Zanamivir 4-Outro, especifique: _____ 9-Ignorado	35	Data do início do tratamento ____ ____ ____
	36	Recebeu tratamento antiviral para covid-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	37	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1- Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid®) 2-Baricitinibe (Olumiant®) 3- Outro, especifique _____
	39	Data da coleta: _____	38	Data do início do tratamento ____ ____ ____
	40	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Nasofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado		
Dados Laboratoriais	41 Nº Requisição do GAL: _____			
	IFI			
	42	Resultado <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	43	Data do resultado ____ ____ ____
	44	Agente Etiológico <u>Influenza:</u> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B <u>Outros vírus respiratórios:</u> (marcar X) <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____		
	45	Laboratório: _____	Código (CNES): _____	
	RT-PCR			
46	Resultado <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	47	Data do resultado ____ ____ ____	
48	Agente Etiológico <u>Influenza:</u> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Se Influenza A, subtipo: <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H1 Sazonal 3-Influenza A/H3 Sazonal 4-Influenza A não subtipado 5-Outro, especifique: _____ <u>Outros vírus respiratórios:</u> (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovirus <input type="checkbox"/> Bocavirus <input type="checkbox"/> Rinovirus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____			
49	Laboratório: _____	Código (CNES): _____		
Conclusão	50	Classificação final do caso <input type="checkbox"/> Tipo Subtipo, se influenza A. 1-SG por influenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (marcar conforme categorias do campo agente etiológico) 2-SG por outro vírus respiratório 3-SG por outro agente etiológico, especifique: _____ 4-SG não especificado		
	51	Data do Encerramento ____ ____ ____		
52	Observações:			
53	Profissional de Saúde Responsável: _____		54	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____

Anexo II. Ficha de registro semanal dos atendimentos por SG da Unidade Sentinela

FICHA DE AGREGADO SEMANAL - ATENDIMENTOS POR SÍNDROME GRIPAL DA UNIDADE SENTINELA

UF:	Município:	Código (IBGE):
/	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Unidade Sentinela:		Código (CNES):
_____		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Semana Epidemiológica do atendimento: _ _ De: ___/___/___ a ___/___/___		

Número de Consultas:

Faixa Etária (em anos)	Síndrome Gripal			Total de Consultas		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
< 2						
2 a 4						
5 a 9						
10 a 19						
20 a 29						
30 a 39						
40 a 49						
50 a 59						
≥ 60						
Idade Ignorada						
Total						

OBSERVAÇÕES:

Responsável pelo preenchimento: _____
Data: ___/___/___

Anexo III. Ficha de notificação de SRAG

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		SIVEP-Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO - 10/02/2023.		Nº	
CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O ₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. Para efeito de notificação no SIVEP-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.					
1	Data do preenchimento da ficha de notificação: ____/____/____		2	Data de 1 ^ª s sintomas ____/____/____	
3	UF: ____	4	Município: _____ Código (IBGE): ____/____/____		
5	Unidade de Saúde: _____		Código (CNES): ____/____/____		
Dados do Paciente	6	Tem CPF? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não		7	CPF: ____-____-____/____-____
	8	Estrangeiro <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não			
	9	Cartão Nacional de Saúde (CNS): ____-____-____-____-____-____-____-____-____-____			
	10	Nome: _____		11	Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masc. 2-Fem. 9-Ign
	12	Data de nascimento: ____/____/____	13	(Ou) Idade: ____/____/____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano ____/____/____	
	15	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		14 Gestante: <input type="checkbox"/> 1-1 ^ª Trimestre 2-2 ^ª Trimestre 3-3 ^ª Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	
	16	Se indígena, qual etnia? _____			
	17	É membro de povo ou comunidade tradicional? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não		18	Se sim, qual? _____
	19	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 ^ª ciclo (1 ^ª a 5 ^ª série) 2-Fundamental 2 ^ª ciclo (6 ^ª a 9 ^ª série) 3-Médio (1 ^ª ao 3 ^ª ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado			
	20	Ocupação: _____		21	Nome da mãe: _____
Dados de residência	22	CEP: ____-____-____			
	23	UF: ____	24	Município: _____ Código (IBGE): ____/____/____	
	25	Bairro: _____	26	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____	
	27	Nº: _____			
	28	Complemento (apto, casa, etc...): _____		29	(DDD) Telefone: ____-____-____-____-____-____
30	Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado		31	País: (se residente fora do Brasil) _____	
Dados Clínicos e Epidemiológicos	32	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim, aves e/ou suínos 2-Não, nenhum <input type="checkbox"/> 3-Sim, outros, qual _____ 9-Ignorado			
	34	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outros _____			
	35	Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Puérpura (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____ <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Outros _____			
	36	Recebeu vacina COVID-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		37	Data da dose vacina COVID-19: Data da 1 ^ª dose: ____/____/____ Data da dose reforço: ____/____/____ Data da 2 ^ª dose: ____/____/____ Data da 2 ^ª dose reforço: ____/____/____ Data da dose adicional: ____/____/____
	38	Fabricante vacina COVID-19: Fabricante 1 ^ª dose: _____ Fabricante 2 ^ª dose: _____ Fabricante dose reforço: _____ Fabricante 2 ^ª dose reforço: _____ Fabricante dose adicional: _____		39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1 ^ª dose: _____ Lote 2 ^ª dose: _____ Lote dose reforço: _____ Lote 2 ^ª dose reforço: _____ Lote dose adicional: _____
	40	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		41	Data da vacinação: ____/____/____
	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: ____/____/____ a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da dose única 1/1: ____/____/____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores) Data da 1 ^ª dose: ____/____/____ (1 ^ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2 ^ª dose: ____/____/____ (2 ^ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)				
	Atendimento	42	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		43
44		Data início do tratamento: ____/____/____			
45		Recebeu tratamento antiviral para covid-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		46	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid [®]) 2-Baricitinibe (Opumiant [®]) 3-Outro, especifique _____
47		Data início do tratamento: ____/____/____			
48		Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		49	Data da internação por SRAG: ____/____/____
50	UF de internação: ____				
51	Município de internação: _____		Código (IBGE): ____/____/____		
52	Unidade de Saúde de internação: _____		Código (CNES): ____/____/____		
53	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		54	Data da entrada na UTI: ____/____/____	
55	Data da saída da UTI: ____/____/____				

	56	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	57	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	58	Data do Raio X: _____
	59	Aspecto Tomografia <input type="checkbox"/> 1-Típico covid-19 2-Indeterminado covid-19 3-Atípico covid-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	60	Data da tomografia: _____		
	61	Coletou amostra <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	62	Data da coleta: _____	63	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	64	Nº Requisição do GAL: _____	65	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antigênico		
	66	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _____	67	Resultado da Teste antigênico: <input type="checkbox"/> 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		
	68	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____	Código (CNES): _____			
	69	Agente Etiológico - Teste antigênico: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	70	Resultado da RT- PCR/outra método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	71	Data do resultado RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____		
	72	Agente Etiológico - RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A(H3N2) 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	73	Laboratório que realizou RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____	Código (CNES): _____			
	74	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado	75	Data da coleta: _____		
	76	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido 2-Elisa 3- Quimiluminescência 4-Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	77	Data do resultado: _____		
	Conclusão	78	Faz parte de uma cadeia de surto de SG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	79	É um caso de co-deteção? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
80		Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5-SRAG por covid-19	81	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico		
82		Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1- Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado	83	Data da alta ou óbito: _____	84	Data do Encerramento: _____
85	Número D.O: _____					
86	OBSERVAÇÕES:					
87	Profissional de Saúde Responsável: _____			88	Registro Conselho/Matrícula: _____	
SARS-CoV-2: Vigilância Genômica Epidemiológica e Reinfecção (campos a serem preenchidos pelas equipes de vigilância, conforme fluxo local):						
89	Designação da variante (OMS): <input type="checkbox"/> 1- Ômicron 2- Delta 3- Alfa 4- Beta 5- Gama 6- Recombinante (Exemplos: XE, XF, XQ, XS...) 7- Outra, especifique: _____	90	Linhagem da variante: _____	91	Método laboratorial mais recente: <input type="checkbox"/> 1- Sequenciamento genômico completo 2- Sequenciamento genômico parcial 3- RT-PCR em tempo real de inferência 4-Outro, especifique: _____	
92	Nome do laboratório: _____	93	Código (CNES) do laboratório: _____	94	Data do resultado: _____	
95	Encerramento do caso (para VOC, VOI ou VUM): <input type="checkbox"/> 1- Confirmado por Sequenciamento genômico completo 2- Provável por Sequenciamento genômico parcial 3- Sugestivo por RT-PCR de inferência 4- Sugestivo por vínculo epidemiológico 5- Descartado	96	Possível caso de reinfecção por covid-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9- Ignorado			
97	Profissional responsável pelo preenchimento: _____	98	Estabelecimento responsável pelo preenchimento: _____	Código (CNES): _____		

Anexo IV. Ficha de Notificação/Investigação de Surto

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 3 - Surto		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação de Surto	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	8 N° de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação		7 Data dos 1 ^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito	
Dados de Ocorrência	9 Local Inicial de Ocorrência do Surto			
	1 - Residência		2 - Hospital / Unidade de Saúde	
	4 - Asilo		5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho)	
	7 - Eventos		8 - Casos Dispersos no Bairro	
	10 - Casos Dispersos em mais de um Município		11 - Outros Especificar _____	
	10 UF		11 Município de Residência	
	Código (IBGE)		12 Distrito	
	13 Bairro		14 Logradouro (rua, avenida,...)	
	15 Número		16 Complemento (apto., casa, ...)	
	17 Geo campo 1		18 Geo campo 2	
Situação Inicial	24 Data da Investigação		25 Modo Provável da Transmissão	
	1- Direta (pessoa a pessoa)		2- Indireta (Veículo comum ou Vetor)	
	26 Se indireta, qual o veículo de transmissão provável		9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
1- Alimento/Água		2- Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reservatório de água)		
4- Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.)		3- Vetor		
6- Outro Especificar _____		5- Fômite (faca, lençóis, agulhas, etc.)		
		9- Ignorado		
Observações				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
Função		SINAN NET		

Surto

SINAN NET

SVS 29/05/2006

Anexo V. Planilha para Acompanhamento de Surto

PLANILHA PARA ACOMPANHAMENTO DE SURTO

1 Nº da notificação		2 Data da notificação				3 Agravos/ Doença					Código (CID10)				
4 UF		5 Município				6 Unidade de saúde (ou outra fonte notificadora)									

Nº do caso	Iniciais do caso	UF Residência	Município de residência	Distrito	Bairro	Zona	Sexo	Idade	Data do início dos 1º sintomas	Ocorreu Hospitalização ?	Ocorreu óbito?	Classificação Final	Critério de Confirmação	Diagnóstico final - CID10

7 Delimitação Espacial do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria (similares) 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar _____		<input type="checkbox"/>
--	--	--------------------------

Data do Encerramento do Surto: | | | | | | | | | |

LEGENDA:
 Zona: 1-urbana 2-rural 3-periurbana 9-ignorado Sexo: M-masculino F-feminino 9-ignorado
 Idade: 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano Ocorreu hospitalização: 1-Sim 2-Não 9-ignorado
 Ocorreu Óbito: 1-Sim 2-Não 9-ignorado Classificação Final: 1-Confirmado 2-Descartado 3-Inconclusivo
 Critério de Confirmação: 1- Laboratorial 2- Clínico-Epidemiológico 3- Clínico

Planilha Surto
Sinan NET
SVS 09/06/2006

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA PLANILHA DE CASOS DE DIARRÉIA – IMPRESSO I

Município: colocar o nome do município onde está sendo feito o atendimento do caso.

Unidade de Saúde: colocar o nome do serviço onde está sendo feito o atendimento. Por exemplo: Posto de Saúde Vila Branca; Unidade Sanitária Passo das Pedras; Emergência do Hospital Santa Maria; Clínica de Atendimento Geral; Distrito Sanitário (quando houver).

Semana Epidemiológica de Atendimento: colocar o número da semana epidemiológica de atendimentos dos casos.

Número de Ordem: colocar o número dos casos atendidos em ordem crescente de 1 a 25. Usar uma planilha para cada semana epidemiológica de atendimento. Caso uma semana ultrapasse 25 casos atendidos, dar seqüência em outra, seguindo a numeração crescente, ou seja, iniciando a segunda folha com o número de ordem 26 e seguintes.

Data de Atendimento: registrar o dia, mês e ano que está acontecendo o atendimento.

Nome: escrever o nome completo do paciente. Por exemplo, João Jorge da Silva Abreu.

Faixa Etária: escrever a idade da pessoa atendida da seguinte forma: na coluna <1 (menor de 1 ano), caso tenha menos de 1 mês, escrever a idade em dias, caso tenha menos de 1 ano, escrever a idade em meses; nas colunas 1 a 4, 5 a 9 e 10 anos e mais, escrever a idade em anos; na coluna IGN (idade ignorada), marcar com um “X”, caso se desconheça a idade da pessoa.

Procedência: registrar, detalhadamente, o local de residência para permitir a distribuição espacial. A rua, o número, o bairro, a localidade, a fazenda e outros elementos de uso no município e até o nome de outro município, caso a pessoa não resida no município que o está atendendo.

Zona: marcar com um “X” se a procedência da pessoa atendida é da zona urbana ou rural.

Data dos Primeiros Sintomas: registrar o dia, mês e ano em que iniciou a diarreia. Por exemplo: em 8 de julho, foi atendida uma pessoa que iniciou com diarreia há três dias; portanto, o início da doença foi no dia 5 de julho, sendo então esta a data a ser registrada nesta coluna. Quando não tiver a data dos primeiros sintomas, marcar ignorado.

Plano de Tratamento: registrar com um “X” na coluna do Plano de Tratamento qual foi utilizado – A, B, C ou IGN.

A= diarreia sem desidratação, paciente atendido com cuidados domiciliares.

B= diarreia com desidratação, paciente em observação na unidade de saúde com TRO.

C= diarreia com desidratação grave, paciente com hidratação venosa.

IGN = sem registro do tratamento utilizado ou não utilização dos planos A, B ou C.

Assinatura/Responsável: registrar, de forma legível, o nome completo do profissional responsável pelo preenchimento e assinar. Caso mais de um profissional faça uso do impresso, sugere-se que o coordenador da equipe seja o responsável.

IMPRESSO II

Orientações para preenchimento da planilha de distribuição de casos por faixa etária, plano de tratamento e procedência

Instruções gerais:

Ao final de cada semana epidemiológica, todos os registros de doenças diarreicas agudas atendidos na unidade de saúde participantes do programa de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) devem ser consolidados do Impresso I para o Impresso II, elaborar o gráfico correspondente para análise, o qual deverá ficar exposto em local visível na unidade e o Impresso II deverá ser enviado à vigilância epidemiológica municipal semanalmente, às 2^{as} feiras, com as informações analisadas. A não ocorrência de casos na semana deve ser comunicada à vigilância epidemiológica local também pelo envio do formulário II.

Os dados de todas as unidades de saúde do município, participantes da MDDA, serão consolidados pela vigilância epidemiológica no Impresso II para registro no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas -SIVEP DDA e/ou enviados para a Regional de Saúde, todas as 3^{as} feiras, com as informações de casos atendidos na semana anterior.

Como preencher:

Identificar o nome do município e/ou nome do Serviço de Saúde que analisou as informações.

Cod IBGE, Município, Unidade de Saúde: preencher com os mesmos dados do Impresso I.

Semana Epidemiológica de Atendimento: número da semana epidemiológica igual a do cabeçalho do Impresso I, ou seja, aquele dos atendimentos dos casos.

Faixa Etária(Nº de casos): consolidar o número de pessoas de cada faixa etária nas respectivas colunas.

Esta informação será requerida no SIVEP DDA para o município contudo os dados do grupo etário de 10 anos e mais precisarão ser somando para digitação no sistema.

Faixa Etária(Diarreia com Sangue): consolidar o número de pessoas com diarreia com sangue de cada faixa etária nas respectivas colunas.

Procedência: o registro neste campo depende da organização administrativo-territorial do município, como, por exemplo, por rua, bairro, vila ou outra denominação formalmente usada.

O importante é que se utilize a distribuição reconhecida pela população, pela equipe profissional das unidades e serviços do município (Secretarias da Fazenda, de Obras, da Habitação, etc.) que permita a identificação a mais precisa possível do local de ocorrência dos casos.

Casos de outros municípios – anotar o nome do município, e o número de casos não deve ser consolidados no município de atendimento.

ZR, ZU: Assinalas com X se a procedência informada pertence a Zona Rural (ZR) ou Zona Urbana (ZU).

Plano de Tratamento: consolidar os Planos de Tratamento indicados nas respectivas colunas.

Análise: é necessário o uso das informações de semanas anteriores e da que está sendo trabalhada. Para responder os itens 1, 2 e 3, observar os dados das semanas epidemiológicas passadas. Nos itens 4, 5, 6 e 7, a análise será feita com os dados consolidados na semana em questão. Não é objeto deste documento esgotar as alternativas de respostas e muito menos apresentá-las padronizadas, já que cada situação é específica; propõem-se sugestões para auxiliar no entendimento conforme o que segue:

ITEM 1) Numero de casos de DDA na Semana anterior

ITEM 2) Sim ou não relacionado à semana anterior. Caso Sim pressupor descrever os motivos e fatores. Exemplo: houve rompimento ou falha no sistema de distribuição de água e/ou coleta e tratamento de esgoto; houve uso de alimentos sem condições adequadas, etc.

ITEM 3) Sim ou não. Caso tenha havido, qual foi? Por exemplo: a maioria dos casos ocorria em < 1 ano e de 1 a 4 anos, passando nesta semana à faixa de 10 anos e mais. A mudança de proporção dos casos nesta semana da faixa etária de 10 anos e mais foi percebida a partir da chegada de adultos jovens para trabalho agrícola sazonal na região.

ITEM 4) Sim ou não. Caso sim, na Vila São Tomé e na São Sebastião, e se ficar evidente a concentração numa determinada rua, é importante citá-la aqui. Caso seja identificado que os casos tenham relação com uma creche, com uma festa, com uma determinada atividade coletiva, comunitária, também pode ser registrado aqui.

ITEM 5) Caso tenha sido o "C", no tratamento investigado teria acontecido uma demora na busca de atendimento. Exemplos de motivos: a unidade não tem infraestrutura para manter observação, ou seja, utilizar o Plano B; os pacientes residem muito distante ou em local de difícil acesso, etc.

ITEM 6) A alteração do comportamento refere-se ao aumento do número de casos, à mudança de faixa etária ou à troca de plano de tratamento usado, com modificação na distribuição geográfica dos casos. Procurar especificar as medidas tomadas para cada alteração ocorrida, caso seja mais de uma.

ITEM 7) Se ocorreram surtos, anotar o total e quantos foram investigados. Só serão registrados os surtos detectados na unidade com MDDA. Na ocorrência de surtos, informar se este (s) foi(ram) notificado(s) no SINANNet e sendo, informar os números das notificações.

ITEM 8) Sim ou não. Citar quantos surtos investigados tiveram amostra para pesquisa laboratorial coletada e citar aqui o tipo de exame específico da investigação da diarreia: cultura de fezes (coprocultura) com pesquisa de Salmonella, Shigella, Vibrio cholerae, Pesquisa Viral em fezes in natura ou Parasitológica de fezes, etc. Não há necessidade de listar, caso a caso, mas sim informar os mais solicitados. Em caso de coleta de amostra, informar da data de envio ao laboratório e quantificar o número de casos que tiveram amostra coletada na semana.

ITEM 9) Sim ou não. Citar Quais alimentos (inclusive água) tiveram amostra para pesquisa laboratorial.

ITEM 10) Sim ou não. Caso Sim, anotar o total de óbitos associados a diarreia que foram conhecidos na semana, distribuído o número de óbitos com assistência médica, sem assistência médica ou Sem informação do tipo de assistência prestado (Ignorado).

Anexo VIII. Ficha de investigação de surto de DDA/DTA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº _____

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO - DTA

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 3 - Surto		3 Data da Notificação			
	2 Agravado/doença		Código (CID10)			
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos 1 ^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito		
Notificação de Surto	8 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação					
	9 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria (similares) 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar					
Dados de Ocorrência	10 UF	11 Município de Residência		Código (IBGE)	12 Distrito	
	13 Bairro		14 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	15 Número	16 Complemento (apto., casa, ...)		17 Geo campo 1		
	18 Geo campo 2		19 Ponto de Referência		20 CEP	
	21 (DDD) Telefone		22 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		23 País (se residente fora do Brasil)	
Situação Inicial	24 Data da Investigação		25 Modo Provável da Transmissão 1- Direta (pessoa a pessoa) 2- Indireta (Veículo comum ou Vetor) 9- Ignorado <input type="checkbox"/>			
	26 Veículo de Transmissão 1- Alimento/Água <input type="checkbox"/>					

DTA - Investigação Epidemiológica

27 Número de Entrevistados		28 Número de Doentes Entrevistados		29 Número Total de Doentes		30 Número Total de Hospitalizados		31 Número de Óbitos		
32 Número de Doentes por Faixa Etária e Sexo					33 Sinais e Sintomas			34 Período de Incubação Mínimo (em horas ou dias) 1 - Horas 2 - Dias		
Faixa Etária	Sexo			Total	Sinais e Sintomas	Doentes		35 Período de Incubação Máximo (em horas ou dias) 1 - Horas 2 - Dias		
	Masculino	Feminino	Ign			Número	Número			
	Número	Número	Número	Número						
	< 1				Náuseas					
	1 a 4				Vômitos					
	5 a 9				Diarréia					
	10 a 19				Cefaléia					
20 a 49				Dor Abdominal						
50 e +				Neurológicos						
Ignorada				Outros						
Total				Febre				36 Mediana do Período de Incubação (em horas ou dias) 1 - Horas 2 - Dias		

37 Local de Produção/Preparação		
01 - Ambulantes	05 - Indústria	09 - Residência
02 - Comemorações	06 - Lanchonete / Confeitaria / Padaria	10 - Restaurante
03 - Creche / Escola	07 - Produção Agropecuária	11 - Outros Especificar _____
04 - Hospital / Unidade de Saúde	08 - Refeitório	99 - Ignorado

38 Local de Ingestão		
01 - Ambulantes	05 - Indústria	09 - Residência
02 - Comemorações	06 - Lanchonete / Confeitaria / Padaria	10 - Restaurante
03 - Creche / Escola	07 - Produção Agropecuária	11 - Outros Especificar _____
04 - Hospital / Unidade de Saúde	08 - Refeitório	99 - Ignorado

Surto - DTA
Sinan NET
SVS 08/06/2006

39 Fatores Causais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado											
<input type="checkbox"/> Matéria-prima Imprópria <input type="checkbox"/> Conservação Inadequada	<input type="checkbox"/> Manipulação/Preparação Inadequada <input type="checkbox"/> Outros Especificar _____										
Amostras Clínicas	Amostras Bromatológicas										
40 Coletadas Amostras Clínicas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	41 Se SIM, nº de Amostras										
42 Resultado 1 (Principal Achado)	43 Nº de Positivas										
44 Resultado 2 (Outro Achado)	45 Nº de Positivas										
46 Resultado 3 (Outro Achado)	47 Nº de Positivas										
48 Coletadas Amostras de Alimentos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	49 Se SIM, nº de Amostras										
50 Resultado 1 (Principal Achado)	51 Nº de Positivas										
52 Resultado 2 (Outro Achado)	53 Nº de Positivas										
54 Resultado 3 (Outro Achado)	55 Nº de Positivas										
56 Agente Etiológico do Surto (Se possível especificar gênero e espécie)	57 Alimento causador do surto										
58 Critério de Confirmação (Referente ao Agente Etiológico)											
1 - Clínico-Epidemiológico 2 - Laboratorial Clínico 3 - Laboratorial Bromatológico 4 - Laboratorial Clínico Bromatológico 5 - Inconclusivo											
59 Data do Encerramento											
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											
60 Medidas Adotadas / Recomendadas											
<p>Observações - descrever ingredientes, modo de preparo e conservação do alimento suspeito. Informar a origem de cada ingrediente (caseiro/industrializado)</p>											
Investigador	Município/Unidade de Saúde										
Nome	Código da Unid. de Saúde										
Função	Assinatura										
Surto - DTA	Sinan NET										
SVS 08/06/2006											

Anexo IX. Ficha Individual de notificação/investigação de Rotavírus

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL		ROTAVÍRUS				
Definição de caso suspeito: Criança menor de cinco anos, com diagnóstico de Doença Diarréica Aguda, que tenha recebido soro de reidratação por via endovenosa, independente do estado vacinal contra o rotavírus. A ficha deve ser preenchida para os casos em que houve coleta de amostra de fezes <i>in natura</i> . Em caso de surto, para coleta de amostra e preenchimento da ficha, não deve ser considerado o tipo de tratamento.						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4	UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14	Escolaridade				
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
	17	Logradouro (rua, avenida,...)			Código	18 Número
Dados de Residência	19	Complemento (apto., casa, ...)		20 Ponto de Referência	21 UF	
	22	Município de Residência			Código (IBGE)	
	23	Bairro		Código (IBGE)	24 CEP	
	25	(DDD) Telefone		26 Zona	27 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso					
Dados Clínicos	28	Sinais e Sintomas			29	Presença de sangue nas fezes
	<input type="checkbox"/> Vômitos - N.º de episódios/24 horas _____ Duração (dias) _____ <input type="checkbox"/> Febre - Temperatura _____ °C <input type="checkbox"/> Diarréia - N.º de episódios/24 horas _____ Duração (dias) _____				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Antecedentes Vacinais	30	Aleitamento materno		31	Se sim	
	1 - Sim 2 - Não		1 - Exclusivo 2 - Misto		32	Até quando?
	34 1ª dose - Data da aplicação		35 1ª dose - Lote		33 Vacina contra Rotavírus	
	37 2ª dose - Data da aplicação		38 2ª dose - Lote		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
36 1ª dose - Laboratório produtor		39 2ª dose - Laboratório produtor		40		
A vacina VOP foi administradas no mesmo dia da vacina contra rotavírus?				41		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				Data da última dose de VOP		
Dados do Laboratório	42	Data da coleta da amostra de fezes		43	Rotavírus identificado na amostra	
	1 - Sim 2 - Não		44		Qual foi o genótipo G:	
	45		Qual foi o genótipo P:		46	
	Outro vírus identificado na amostra		47		Se sim, qual	
	48		Bactéria identificada na amostra		49	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Se sim, qual bactéria		50	
51		Parasita identificado na amostra		52		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Se sim, qual parasita		53		
54		Uso de medicamentos antes da coleta		55		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Se sim, qual?		Acondicionamento da amostra adequada		
56		Data do envio da amostra ao LACEN		57		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Acondicionamento da amostra adequada		58		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		59		Acondicionamento da amostra adequada		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		60		Acondicionamento da amostra adequada		

Conclusão	56 Classificação Final <input type="checkbox"/> 57 Critério de Confirmação/Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico
	58 Diarréia por rotavírus 1 - Sim 2 - Não Caso confirmado <input type="checkbox"/> Caso descartado <input type="checkbox"/> Caso isolado <input type="checkbox"/> Surto <input type="checkbox"/> Se surto sim, local _____
	59 Evolução <input type="checkbox"/> 1 - Cura 2 - Óbito por Rotavírus 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado
	61 Data do Óbito <input type="text"/> 62 Data do Encerramento <input type="text"/>
	Informações complementares e observações
Observações Adicionais: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Investigador	63 Município/Unidade de Saúde <input type="text"/> 65 Cód. da Unid. de Saúde <input type="text"/>
	66 Nome <input type="text"/> 67 Função <input type="text"/> 68 Assinatura <input type="text"/>
	Rotavírus <input type="text"/> Sinan Net <input type="text"/> SVS <input type="text"/> 19/11/2007 <input type="text"/>

Anexo X. Ficha de notificação/conclusão

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença		Código (CID10)		
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade <small>1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano</small>		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante <small>1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Mãe gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado</small>	
14 Escolaridade <small>0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-E ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-E ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica</small>		13 Raça/Cor <small>1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado</small>			
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona <small>1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado</small>		
	19 Distrito		24 Geo campo 1		
	27 CEP		30 País (se residente fora do Brasil)		
	24 Geo campo 1		27 CEP		
Conclusão					
Conclusão	31 Data da Investigação		32 Classificação Final <small>1 - Confirmado 2 - Descartado</small>		
	Local Provável da Fonte de Infecção		33 Critério de Confirmação/Descarte <small>1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico</small>		
	34 O caso é autóctone do município de residência? <small>1-Sim 2-Não 3-Indeterminado</small>		35 UF 36 País		
	37 Município		Código (IBGE)	38 Distrito	
	40 Doença Relacionada ao Trabalho <small>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</small>		41 Evolução do Caso <small>1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado</small>		
	42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento		
	39 Bairro				
Informações complementares e observações					
Observações adicionais					
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Função		Assinatura
	Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005

Anexo XI. Ficha de notificação/investigação das doenças neuroinvasivas por arboviroses

SINAN	
República Federativa do Brasil Ministério da Saúde	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO VIGILÂNCIA SENTINELA DE DOENÇAS NEUROINVASIVAS POR ARBOVIRUS
N°	
<p>ENCEFALITE VIRAL AGUDA* paciente hospitalizado com alteração do estado mental (consciência, letargia, torpor, mudança no comportamento ou na personalidade) ou ataxia sem causa definida e com duração > 24h, acompanhada por pelo menos dois dos seguintes critérios: febre, crise epiléptica, sinais neurológicos focais, pleocitose líquórica, alterações radiológicas sugestivas de encefalite, alterações eletroencefalográficas consistentes com encefalite e não atribuíveis a outra causa.</p> <p>AMELITE TRANSVERSA VIRAL AGUDA* paciente com déficit motor, sensorial ou autonômico agudo atribuível à medula espinal (incluindo-se fraqueza com padrão de neurônios motor superior ou inferior, sinal sensitivo, comprometimento esfíncteriano ou distúrbio entérico) acompanhado por pelo menos dois dos seguintes critérios: febre, pleocitose líquórica, exame de imagem evidenciando inflamação ou destruição da medula espinal, com ou sem envolvimento meníngeo associado.</p> <p>ENCEFALOMELITE DISSEMINADA AGUDA* paciente com curso monofásico de alterações neurológicas focais ou multifocais agudas, incluindo-se um ou mais dos seguintes critérios: encefalopatia, alterações de funções corticais, comprometimento de nervos cranianos, defeito nos campos visuais, presença de reflexos primitivos, fraqueza muscular (focal ou difusa), anormalidades sensoriais, hiporreflexia ou hiperreflexia motora, sinais cerebelares.</p> <p>SÍNDROME DE GULLAIVI-BARRÉ* paciente com fraqueza bilateral e relativamente simétrica dos membros de início agudo, com ou sem comprometimento respiratório ou fraqueza de músculos inervados por nervos cranianos, além de reflexos motores reduzidos ou ausentes pela menos nos membros acometidos e curso monofásico, com início entre 12h e 26 dias, seguido por platô e melhora subsequente, ou distú.</p> <p>OUTRAS: nevralgia óptica, mielite, meningoencefalite ou síndrome de nervos cranianos.</p> <p>*A presença de deficiência motora aguda em < 15 anos implica na notificação também de FFA.</p>	
Dados Gerais	<p>1 Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 1 - Negativa <input type="checkbox"/> 2 - Individual <input type="checkbox"/></p> <p>2 Agravos/doença: 1-Encefalite viral aguda (EVA) 2-Amelite transversa viral aguda (ATVA) 3-Encefalite disseminada aguda (EDA) 4-Síndrome de Guillain-Barré (SGB) 5-Outras: _____</p> <p>3 Data da Notificação _____</p> <p>4 UF _____ 5 Município de Notificação _____ Código (IBGE) _____</p> <p>6 Data dos Primeiros Sinais: _____ 7 Serviço de vigilância sentinela (hospital) _____ CNES _____</p> <p>8 Nome do Paciente _____ 9 Data do Nascimento: _____</p>
	<p>10 Sexo: Idade: 1 - M 2 - F 3 - Não sabe _____ 11 Sexo B: Masculino _____ Feminino _____ Ignorado _____ 12 Gestação: 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4-Não sabe _____ 13 Raça/Cor: 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Indígena 5-Ignota _____</p> <p>14 Escolaridade: 1-Analfeta 2-1ª a 4ª série incompleta do EF (semêntico de 1º grau) 3-4ª série completa do EF (semêntico de 1º grau) 4-1ª a 2ª série incompleta do EF (semêntico de 2º grau) 5-Ensino fundamental completo (semêntico de 2º grau) 6-Ensino médio incompleto (semêntico de 3º grau) 7-Ensino médio completo (semêntico de 3º grau) 8-Educação superior incompleta 9-Educação superior completa 10-Não sabe _____</p> <p>15 Número do Cartão SUS _____ 16 Nome do Mãe: _____</p> <p>17 UF _____ 18 Município de Residência _____ Código (IBGE) _____ 19 Distrito: _____</p> <p>20 Bairro: _____ 21 Logradouro (rua, avenida, ...): _____ Código: _____ 22 Número: _____</p> <p>23 CEP: _____ 24 Complemento (apto., casa, ...): _____ 25 Geo campo 1: _____</p> <p>26 (DDD) Telefone: _____ 27 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Fronteira 4 - Ignorada _____ 28 País (se residente fora do Brasil): _____</p>
	Dados de investigação epidemiológica / clínicos e laboratoriais
Investigação	<p>29 Data da Investigação: _____ 30 Ocupação: _____</p> <p>31 Viagem nos últimos 15 dias? 1-Sim 2-Não 3-Ignota _____ 32 Caso alternativo, data de ida: _____ 33 Caso alternativo, data de volta: _____</p> <p>34 País destino da viagem: _____ 35 UF (se Brasil): _____ 36 Município (se Brasil): _____ Código (IBGE): _____</p>
	<p>37 Vacinado contra: 1-Sim 2-Não 3-Ignota _____</p> <p><input type="checkbox"/> Influenza Data: ____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> Febre Amarela Data: ____/____/____</p> <p>38 Caso alternativo, data: _____</p>
Atribuições Epidemiológicas	<p>39 Teste diagnóstico laboratorial nos últimos 60 dias? 1-Sim 2-Não 3-Ignota _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Zika <input type="checkbox"/> Outros arboviroses: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> Febre amarela <input type="checkbox"/> Outras doenças: _____</p> <p>40 Manifestações sistêmicas. Data do início dos primeiros sintomas: ____/____/____</p> <p>41 Sinais e sintomas: 1-Sim 2-Não 3-Ignota _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Febre</p> <p><input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Linfadenopatia</p> <p><input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival <input type="checkbox"/> Prostração <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>

42 Manifestações neurológicas. Data do início dos primeiros sintomas ____/____/____

43 Sinais e sintomas 1-Sim 2-Não 3-Ignorado

<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Fraqueza em membros inferiores	<input type="checkbox"/> Síndrome dos sintomas
<input type="checkbox"/> Confusão mental	<input type="checkbox"/> Visão dupla	<input type="checkbox"/> Tonturas	<input type="checkbox"/> Hipotonia	<input type="checkbox"/> Fraqueza Ascendente
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Fraqueza facial	<input type="checkbox"/> Fraqueza cervical	<input type="checkbox"/> Anoflexia	<input type="checkbox"/> Fraqueza Descendente
<input type="checkbox"/> Crise epiléptica	<input type="checkbox"/> Distúrbio	<input type="checkbox"/> Fraqueza em membros superiores	<input type="checkbox"/> Parestesia	<input type="checkbox"/> Déficit sensorial

44 Realizou transfusão sanguínea nos últimos 15 dias? 1-Sim 2-Não 3-Ignorado **45** Data da transfusão ____/____/____

46 UF: **47** Município do Hospital onde realizou a transfusão **48** Nome do Hospital onde realizou transfusão

49 Histórico de exposição / antecedentes patológicos 1-Sim 2-Não 3-Ignorado

<input type="checkbox"/> Exposição a mata fechada	<input type="checkbox"/> Exposição a epidemia	<input type="checkbox"/> Imunização nos últimos 60 dias*
<input type="checkbox"/> Exposição a mosquitos	<input type="checkbox"/> Passado de clínic	* Data ____/____/____
<input type="checkbox"/> Exposição a campêdo	<input type="checkbox"/> Casos semelhantes na família ou na vizinhança	* Tipo ____
		* Descrever: _____

50 Faz uso de imunoglobulina? 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica **51** Data do início do uso da imunoglobulina ____/____/____

52 Registrar o 1º Hemograma

Hto _____ %	Hb _____ g/dl	Leucócitos _____ mm ³	53 Data do Hemograma ____/____/____
Neutrófilos _____ %	Linfócitos _____ %	Plaquetas _____ mm ³	

54 Punção lombar **55** Data da punção ____/____/____ **56** Aspecto do líquor

1-Sim 2-Não 3-Ignorado

1-Líquido	2-Purúlo	3-Ferrugem	<input type="checkbox"/>
4-Turvo	5-Sanguinolento	6-Outro	7-Ignorado

57 Citobacteriana (Resultado LCR)

Hemácias _____ mm ³	Leucócitos _____ mm ³	Neutrófilos _____ %	Glicose _____ mg/dl	Proteínas _____ mg/dl
--------------------------------	----------------------------------	---------------------	---------------------	-----------------------

58 Amostras / resultados de exames para diagnóstico etiológico

Exames laboratoriais:					
Agente*	Amostras*	Data da coleta	Sorologia*	PCR*	Outra técnica*
[] Zika	<input type="checkbox"/> soro		<input type="checkbox"/> IgM / <input type="checkbox"/> IgG		
	<input type="checkbox"/> líquor		<input type="checkbox"/> IgM / <input type="checkbox"/> IgG		
	<input type="checkbox"/> outra		<input type="checkbox"/> IgM / <input type="checkbox"/> IgG		
[] Dengue	<input type="checkbox"/> soro		<input type="checkbox"/> IgM / <input type="checkbox"/> IgG		
	<input type="checkbox"/> líquor		<input type="checkbox"/> IgM / <input type="checkbox"/> IgG		
	<input type="checkbox"/> outra		<input type="checkbox"/> IgM / <input type="checkbox"/> IgG		
[] Chikungunya	<input type="checkbox"/> soro		<input type="checkbox"/> IgM / <input type="checkbox"/> IgG		
	<input type="checkbox"/> líquor		<input type="checkbox"/> IgM / <input type="checkbox"/> IgG		
	<input type="checkbox"/> outra		<input type="checkbox"/> IgM / <input type="checkbox"/> IgG		
[] Outros - específicos	<input type="checkbox"/> soro		<input type="checkbox"/> IgM / <input type="checkbox"/> IgG		
	<input type="checkbox"/> líquor		<input type="checkbox"/> IgM / <input type="checkbox"/> IgG		
	<input type="checkbox"/> outra		<input type="checkbox"/> IgM / <input type="checkbox"/> IgG		

A - [1] Realizado
[2] Não realizado
[3] Ignorado

B - [1] Reagente
[2] Não reagente
[3] Inconclusivo
[4] Ignorado

C - [1] Detectável
[2] Não detectável
[3] Inconclusivo
[4] Ignorado

*Nome da técnica e resultado

59 Data da internação ____/____/____ **60** Classificação final 1-Provável 2-Confirmado 3-Desclarado 4-Indeterminado 5-Ignorado

61 Se confirmado **62** Diagnóstico etiológico

1-Nível I 2-Nível II 3-Nível III

1-Dengue 2-Zika 3-Chikungunya 4-Infecção por febre tifoide 5-Outros

63 Avaliação do grau de incapacidade de acordo com a escala Hughes, no momento da alta

0-Recuperação completa, sem sequelas

1-Sinais e sintomas menores de neuropatia, mas capaz de caminhar

2-Capaz de caminhar 10 metros sem apoio, mas incapaz de correr

3-Capaz de caminhar 10 metros com apoio, bengala ou andador

4-Confinado a cama ou cadeira de rodas (incapaz de caminhar 10 metros com apoio)

5-Necessita de ventilação assistida

6-Óbito

64 Data do óbito ____/____/____

65 Data do encerramento ____/____/____

Observações Adicionais

Investigador

Responsável pela investigação _____ Função _____ Telefone _____

Manifestações neurológicas / Arboviroses **Sinais Online** **SVS** 11/09/2017

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
COORDENADORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
Rua Dr. Arnaldo Brandão nº 283, com a
Av. Capitão Júlio Bezerra Bairro São Francisco
CEP 69.305-080 Telefone (95) 3623-2757
E-mail: cgvs@saude.rr.gov.br
saladesituacao@saude.rr.gov.br
Boa Vista – Roraima

SECRETARIA DE
SAÚDE



**GOVERNO
DE RORAIMA**

CGVS | Coordenadoria Geral
de Vigilância em Saúde