

Nota Técnica: Arboviroses - 01

Vigilância em Saúde / Gerência Técnica de Doenças Endêmicas

NT 01 / 2023

► INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas a situação epidemiológica da Dengue no Estado de Mato Grosso do Sul (MS) tem sido motivo de preocupação para saúde pública devido ao aumento da taxa de incidência, número de casos graves e ocorrência de óbitos nos últimos anos. Esse cenário tornou-se mais desafiador com a circulação concomitante dos vírus Chikungunya e Zika, que, assim como a Dengue, tem o mosquito *Aedes aegypti* como vetor comum implicado no ciclo de transmissão (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2011).

Atualmente a Dengue, a febre Chikungunya e a doença do vírus Zika são as arboviroses consideradas de grande relevância epidemiológica e demandam ações intersetoriais e interinstitucionais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e em outros setores sociais. Nesse sentido, as propostas e ritos procedimentais preconizados pelo Programa Nacional de Combate à Dengue – PNCD, devem ser intensificados e aperfeiçoados, atingindo escala máxima de agilidade e eficácia.

Em relação aos dados, até a Semana Epidemiológica 33 foram registrados 21.863 casos prováveis de Dengue (778,2 casos por 100 mil habitantes), o Estado ocupando a 9ª posição no ranking em relação às 27 Unidades da Federação. Para Chikungunya foram registrados 648 casos prováveis até a respectiva semana (23,1 casos por 100 mil habitantes). Para Zika foram registrados 36 casos prováveis (1,30 casos por 100 mil habitantes) (SINAN, 2022).

Além dessas arboviroses no Brasil circula também a Febre Amarela, uma doença infecciosa febril aguda transmitida por um vírus do gênero *Flavivirus*, família *Flaviviridae*. A doença foi responsável por grande número de mortes entre o século XVIII e o início do século XX, com repetidas epidemias nas regiões tropicais da América do Sul e na África. A introdução da vacina contra a febre amarela no País em 1937, o intenso combate ao vetor e a imunização em massa na década seguinte levaram à eliminação da doença nas áreas urbanas no Brasil (BRASIL, 2018).

Atualmente, a febre amarela silvestre (FA) é uma doença endêmica no Brasil (i.e., região amazônica). Na região extra-amazônica, períodos epidêmicos são registrados

ocasionalmente, caracterizando a reemergência do vírus no País. O padrão temporal de ocorrência é sazonal, com a maior parte dos casos incidindo entre dezembro e maio, e com surtos que ocorrem com periodicidade irregular, quando o vírus encontra condições favoráveis para a transmissão (elevadas temperatura e pluviosidade; alta densidade de vetores e hospedeiros primários; presença de indivíduos suscetíveis; baixas coberturas vacinais; eventualmente, novas linhagens do vírus), podendo se dispersar para além dos limites da área endêmica e atingir estados das regiões Centro (BRASIL, 2018).

Diante do cenário epidemiológico das arboviroses e o período sazonal da doença para o estado de MS, a Secretaria de Estado de Saúde através da Diretoria Geral de Vigilância em Saúde (DGVS), Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica (CVE) e Gerência Técnica de Doenças Endêmicas (GTDE) recomenda para os municípios o fortalecimento das ações que objetivam a prevenção e o manejo das arboviroses.

Com o objetivo de reduzir a transmissão e a incidência dessas arboviroses e seu impacto na saúde da população, prevenindo as formas graves e os óbitos, a Gerência Técnica de Doenças Endêmicas divulga neste documento as orientações para a vigilância em saúde das arboviroses urbanas, a serem utilizadas a partir do ano de 2023. Esta Nota técnica está estruturada de acordo com os seguintes tópicos:

1. Fluxos de notificação;
2. Investigação de casos graves e óbitos suspeitos de arboviroses urbanas;
3. Dengue
4. Chikungunya
5. Zika
6. Febre Amarela
7. Diagnóstico diferencial
8. Fluxos e rotinas do laboratório
9. Sazonalidade

► 1. FLUXOS DE NOTIFICAÇÃO

A Portaria a GM/MS nº 3.418, de 31 de agosto de 2022 estabelece Dengue, Chikungunya e Zika como doenças de notificação compulsória semanal e as notificações de Febre Amarela e os óbitos suspeitos de todas as arboviroses como de notificação compulsória imediata. Portanto, todos os casos suspeitos devem ser, obrigatoriamente, notificados pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos

de saúde públicos e privados por meio de ficha de investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) às vigilâncias epidemiológicas municipais em até 7 dias a partir do conhecimento de sua ocorrência, enquanto a notificação imediata deve ser realizada em até 24 horas do conhecimento de sua ocorrência, utilizando-se do meio de comunicação mais rápido disponível e do SINAN.

As vigilâncias epidemiológicas municipais realizarão a alimentação dos dados das Fichas de Notificação/Investigação da Dengue e Chikungunya (ANEXO 1) no SINAN online e, embora a ficha seja única para as 2 (duas) doenças, cada suspeita deve entrar no sistema separadamente. Para os casos que receberem a suspeição clínica de Dengue e Chikungunya simultaneamente, orientamos que sejam realizadas 2 (duas) notificações.

O fluxo de compartilhamento das notificações do SINAN deve ser garantido entre unidades de assistência à saúde, vigilâncias municipais e serviços de controle de vetor, sendo complementadas pelos registros do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).

Para notificação de agravos de notificação compulsória imediata que constam na Portaria a GM/MS nº 3.418, de 31 de agosto de 2022, o Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde de Mato Grosso do Sul – CIEVS/SES/MS atua como referência aos 79 municípios do estado, no recebimento e atendimento 24 horas às emergências em Vigilância em Saúde, em especial dos agravos de notificação imediata. Pelo e-mail cievs.ms@hotmail.com, além de celular 24 horas (67) 98477-3435 para facilitar a comunicação entre instituições/profissionais e o CIEVS.

► 2. INVESTIGAÇÃO DE CASOS GRAVES E ÓBITOS SUSPEITOS DE ARBOVIROSES URBANAS

Todos os casos suspeitos de Febre Amarela, Dengue grave e de Chikungunya ou Zika com formas graves ou atípicas, bem como os óbitos suspeitos dessas arboviroses, deverão ser investigados clínica, epidemiológica e laboratorialmente. A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente em até 24 horas, utilizando-se do meio mais rápido disponível. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la em até 24 horas após o recebimento ao nível hierárquico que lhe couber.

A investigação de óbitos deve ser realizada utilizando-se a Ficha de Investigação de

Óbitos por Arbovírus Urbanos (ANEXO 2), sendo iniciada tão logo haja suspeita. Preconiza-se a busca ativa de casos graves e de óbitos nos serviços de saúde, nas demais fontes disponíveis, como exemplos, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o GAL.

Em situações de impossibilidade de realização de exame laboratorial, o encerramento de casos graves e óbitos deve ser feito pelo critério clínico-epidemiológico após discussão com os profissionais de saúde envolvidos na investigação do caso no nível municipal, de acordo com o nível estadual.

Os casos de Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela devem ser encerrados oportunamente em até 60 dias após a data da notificação. Os dados de notificação, investigação e resultados dos exames laboratoriais específicos, juntamente com a análise da situação epidemiológica, subsidiarão o diagnóstico final, considerando-se as definições de casos oficiais vigentes.

Realizar digitação oportuna das fichas de notificação no SINAN ONLINE e encerrar os casos assim que tiver o resultado do exame. Manter banco de dados do SINAN NET “limpo” e atualizado- reavaliando se os casos foram encerrados corretamente. Lembrando que esta é a fonte oficial de informações de seu município. Os dados de notificação, junto com os resultados dos exames laboratoriais, trarão os subsídios para o diagnóstico final, considerando as definições de caso.

A respeito dos testes rápidos particulares, destacamos que apenas o laudo do LACEN pode ser considerado para encerramento por critério laboratorial de casos notificados no SINAN.

Considerar as recomendações para o fortalecimento e priorização de coleta de amostras para diagnóstico laboratorial direto de arboviroses dispostos na Nota Técnica Nº 427/2021-CGLAB/DAEVS/SVS/MS

► 3. DENGUE

O vírus da Dengue DENV possui quatro sorotipos (DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4), todos com transmissão sustentada no Brasil. O aumento da frequência e magnitude das epidemias com níveis significativos de hospitalização, e o risco aumentado

para evolução de formas graves de Dengue estão associados à circulação simultânea dos quatro sorotipos. Para Dengue deve ser utilizado o código CID A90.

a. Definição de caso suspeito de Dengue

Indivíduo que resida em área onde se registram casos de Dengue ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão ou presença de *Aedes aegypti*. Deve apresentar febre, usualmente entre dois e sete dias, associada à duas ou mais das seguintes manifestações: cefaleia/dor retro-orbital, mialgia/artralgia, náusea/vômitos, exantema, petéquias/prova do laço positiva; leucopenia.

Também pode ser considerado caso suspeito toda criança proveniente de (ou residente em) área com transmissão de Dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 e 7 dias, e sem sinais e sintomas indicativos de outra doença.

- Notificar casos suspeitos, coletar dois tubos de sangue e enviar ao LACEN, encaminhar: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE DENGUE E GAL juntamente da amostra. Sem o envio destas, a amostra não será processada;
- Informar casos graves via e-mail: doencasendemicasms@outlook.com, por meio dos telefones: (67)3318-1814/1831 - Gerência Técnica de Doenças Endêmicas (durante horário de expediente da SES) ou PLANTÃO 24HS CIEVS: (67)98477-3435 (ligação e WhatsApp).
- Para o LACEN, encaminhar: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE DENGUE E GAL (Gerenciamento de Ambiente Laboratorial) juntamente da amostra.
- Utilizar a classificação de Dengue preconizada pelo Saúde 5ª edição- Atualizada - 2022 Ministério da Saúde:

| Dengue | Dengue com sinais de alarme | Dengue grave |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Todo caso que atenda a definição de caso suspeito e que não tenha a presença de sinais de alarme e que seja confirmado laboratorialmente ou por vínculo clínico-epidemiológico. | Todo caso de Dengue que, no período de defervescência da febre, apresenta um ou mais dos seguintes sinais de alarme: <ul style="list-style-type: none"> • dor abdominal intensa (referida ou à palpação) contínua ou sensibilidade; • vômitos persistentes; • acúmulo de líquidos (ascites, derrame pleural, | Todo caso de Dengue, confirmado preferencialmente por critério laboratorial, que apresenta um ou mais dos critérios abaixo. <ul style="list-style-type: none"> • Choque ou desconforto respiratório devido ao extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de perfusão capilar \geq a 2 segundos, pressão diferencial convergente $<20\text{mmHg}$ indicando hipotensão em fase aguda; |

| | | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>derrame pericárdico);</p> <ul style="list-style-type: none"> • sangramento de mucosa ou outras hemorragias importantes; • letargia ou irritabilidade; • hipotensão postural e/ou lipotimia; • Hepatomegalia > que 2 cm; • aumento progressivo do hematócrito; | <ul style="list-style-type: none"> • Sangramento grave, segundo a avaliação do médico (exemplos: hematêmese, melena, metrorragia volumosa, sangramento do sistema nervoso central). • Comprometimento grave de órgãos, tais como: dano hepático importante (AST/ALT>1.000), do sistema nervoso central (alteração da consciência), do coração (miocardite) ou de outros órgãos. |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- Observação: todos os materiais de orientação para Dengue podem ser encontrados no site: www.saude.ms.gov.br no tópico na página principal na logo das Doenças Endêmicas na parte inferior da página.
- Realizar digitação oportuna das fichas de notificação no SINAN ONLINE e encerrar os casos assim que tiver o resultado do exame.
- Manter banco de dados do SINAN ONLINE “limpo” e atualizado- reavaliando se os casos foram encerrados corretamente. Lembrando que esta é a fonte oficial de informação do seu município.

Reforçar com os serviços de saúde a importância da utilização do Cartão de Acompanhamento do paciente com Dengue (ANEXO 3) e realização da prova do laço conforme Guia de Vigilância Epidemiológica – Dengue /Ministério da Saúde 2021: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf

Para toda paciente gestante com suspeita de dengue deve ser solicitado também exame para Zika.

b. Caso confirmado de Dengue

Critério Laboratorial - é todo caso suspeito de Dengue confirmado laboratorialmente – detecção de anticorpos IgM ELISA reagente (LACEN), pesquisa de proteína NS1, isolamento viral positivo (LACEN), RT-PCR detectável (IEC), aumento ≥ 4 vezes nos títulos de anticorpos no PRNT ou teste IH (inibição da hemaglutinação), utilizando amostras pareadas (fase aguda e convalescente), imuno-histoquímica.

Critério Vínculo Clínico-epidemiológico – período de alta transmissão em áreas com casos confirmados por laboratório anteriormente.

a. Óbito por Dengue

Todo paciente que cumpra os critérios da definição de caso suspeito ou confirmado que morreu como consequência da Dengue.

- Óbitos suspeitos e/ou confirmados de Dengue deverão ser informados imediatamente a GTDE ou plantão do CIEVS.

- Todo óbito suspeito e/ou confirmado de Dengue deve ser preenchido e enviado “Protocolo de Investigação de óbitos por Arbovírus – Dengue, Zika e Chikungunya” em 24hs da ocorrência do óbito. (Modelo de protocolo disponível no site da SES: www.saude.ms.gov.br no tópico na página principal na logo das Doenças Endêmicas).

- Realizar necropsia nos casos de óbitos suspeitos por Arbovírus (Dengue, Zika e Chikungunya).

- Em óbitos suspeitos de Dengue, solicitar exame ao LACEN sempre de Dengue, Zika e Chikungunya.

- Óbito confirmado por Dengue: é todo caso suspeito de Dengue confirmado laboratorialmente.

É importante destacar a possibilidade da sorologia para Dengue viabilizar reação cruzada com Zika. Dessa forma, para confirmação do caso suspeito de Dengue por sorologia IgM, também deve ser realizada sorologia para Zika. Recomenda-se que as amostras sejam testadas em paralelo para as duas doenças. As amostras negativas para dengue e Zika deverão ser testadas posteriormente para chikungunya. Outra opção é o PRNT (Teste de Neutralização por Redução de Placas), indicado apenas quando um diagnóstico específico for considerado essencial..

► 4. CHIKUNGUNYA

O vírus Chikungunya foi primeiramente isolado em humanos e mosquitos durante epidemia na Tanzânia de 1952 - 1953. São conhecidas quatro linhagens genotípicas e com características antigênicas distintas do vírus: do sudeste asiático, do Oceano Índico, do

oeste africano e a da região leste-centro-sul africana. No Brasil, os primeiros casos autóctones da febre de Chikungunya foram notificados em agosto e setembro de 2014, o genótipo circulante do CHIKV é o Asiático e o Leste-Centro-Sul Africano. Para Chikungunya o código CID A 92.0.

a. Caso suspeito de Chikungunya

Paciente com febre de início súbito maior que 38,5° e intensa artralgia ou artrite de início agudo, não explicado por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas endêmicas ou epidêmicas nos últimos 15 dias, antes do início dos sintomas que tenha vínculo epidemiológico com caso importado confirmado. Tem caráter epidêmico com elevada taxa de morbidade associada à artralgia persistente, tendo como consequência a redução da produtividade e da qualidade de vida.

Os sinais e sintomas na fase aguda são clinicamente parecidos aos da Dengue – febre de início agudo, dores articulares e musculares, cefaléia, náusea, fadiga e exantema. A principal manifestação clínica que a difere é a referência de fortes dores nas articulações, a poliartralgia, que muitas vezes pode estar acompanhada de edema.

Após a fase inicial a doença pode evoluir em duas etapas subsequentes: fase pós-aguda e crônica.

- Todo caso SUSPEITO de Chikungunya atendido em unidades de saúde públicas ou privadas, deve ser notificado através do SINAN Online.
- Todo caso notificado deve ser investigado oportunamente até a caracterização da transmissão.
- No SINAN Online, descrever no campo “Observações” detalhes da investigação do caso: data dos primeiros sintomas, histórico de viagem nos últimos 15 dias, período de permanência, data do retorno, e outros.
- Importante salientar que CASOS DE CHIKUNGUNYA EM ÁREAS SEM TRANSMISSÃO, ou seja, casos suspeitos da doença em localidades onde ainda não havia circulação viral, são de notificação imediata para a área técnica (67)3318-1814 ou plantão CIEVS (67)98477-3435. No prazo de até 24h, conforme portaria vigente
- Informar casos confirmados imediatamente (até 24hs) a área técnica ou plantão CIEVS até que seja detectada transmissão sustentada do vírus Chikungunya no município.
- Coletar DOIS tubos com 5 ml de sangue em cada tubo (cheio) para as amostras de arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela);

OBS: caso existam outros exames além da pesquisa de Arbovírus, serão necessários outros tubos para serem distribuídos em setores diferentes no LACEN;

- Encaminhar para o LACEN, além da amostra, a ficha de notificação e cadastro da amostra no GAL devidamente preenchido.
- Preencher e inserir no SINAN ONLINE apenas casos que se enquadrem nos critérios descritos no cabeçalho da ficha de notificação.
- Todos os materiais sobre Chikungunya podem ser encontrados no site: www.saude.ms.gov.br no tópico na página principal na logo das Doenças Endêmicas na parte inferior da página.

b. Caso confirmado de Chikungunya

É todo caso suspeito com positividade para qualquer um dos seguintes exames laboratoriais: pesquisa de vírus por isolamento viral, RT-PCR, pesquisa de anticorpos IgM/IgG por testes sorológicos (coletado durante a fase aguda ou de convalescença). Os casos de Chikungunya que evoluem para óbito também podem ser confirmados por estudo anatomopatológico, seguido de pesquisa de antígenos virais por imuno-histoquímica (IHQ), mediante coleta imediata de fragmentos/tecidos de vísceras (no máximo 48 horas após o óbito), em razão da semelhança entre alguns sinais e sintomas e da cocirculação de Dengue.

Após a confirmação laboratorial dos primeiros casos de uma área, diante da impossibilidade de realização de confirmação laboratorial, ou resultados inconclusivos, os demais casos de Chikungunya podem ser confirmados por critério clínico-epidemiológico, exceto recém-nascidos, gestantes, manifestações atípicas, casos graves e óbitos, que devem ocorrer preferencialmente por critério laboratorial.

c. Óbito por Chikungunya

Todo paciente que cumpra os critérios da definição de caso suspeito ou confirmado que morreu como consequência da Chikungunya.

Óbito confirmado por Chikungunya é todo óbito suspeito com um dos parâmetros laboratoriais nos testes específicos para diagnóstico de CHIKV: isolamento viral positivo; detecção de RNA viral por RT-PCR; detecção de IgM em uma única amostra de soro (coletada durante a fase aguda ou convalescente); demonstração de soroconversão (negativo → positivo ou aumento de quatro vezes) nos títulos de IgG por testes sorológicos

(ELISA ou teste de Inibição da Hemaglutinação-IH) entre as amostras nas fases aguda (preferencialmente primeiros 8 dias de doença) e convalescente, preferencialmente de 15 a 45 dias após o início dos sintomas, ou 10-14 dias após a 11 coleta da amostra na fase aguda; PRNT positivo para o CHIKV em uma única amostra de soro (coletada durante a fase aguda ou convalescente).

- Óbitos suspeitos e/ou confirmados de Chikungunya deverão ser informados imediatamente à área técnica (3318-1814) ou plantão do CIEVS (98477-3435).
- Todo óbito suspeito e/ou confirmado de Chikungunya deve ser preenchido e enviado “Protocolo de Investigação de óbitos por Arbovírus – Dengue, Zika e Chikungunya” (ANEXO 2) em 24hs da ocorrência do óbito.
- Realizar digitação oportuna das fichas de notificação no SINAN ONLINE e encerrar os casos assim que tiver o resultado do exame.

Destaca-se também que, nas áreas em que ocorre a circulação de outros Alphavírus, como o Mayaro, será necessário a realização de testes adicionais para confirmar a infecção. Em caso de resultado sorológico inconclusivo (reação cruzada entre CHIKV e MAYV), pode ser realizado PRNT para casos graves, casos atípicos e casos que evoluem para óbitos, após avaliação dos laboratórios em conjunto com a vigilância epidemiológica.

► 5. ZIKA

A febre do Zika é considerada doença emergente desde 2007, mas poucos casos tinham sido relatados desde então. No Brasil, a circulação do vírus foi confirmada laboratorialmente em abril de 2015, em amostras de pacientes do município de Camaçari, Bahia. Atualmente, há registro de circulação do vírus Zika em todas as Unidades Federadas. Cerca de 80% das pessoas infectadas pelo vírus Zika não desenvolvem manifestações clínicas. Os principais sintomas são exantema maculopapular pruriginoso, dor de cabeça, febre baixa ou ausente, hiperemia conjuntival não purulenta, dores leves nas articulações, edema periarticular, astenia, mialgia e linfonodomegalia.

No geral, a evolução da doença é benigna, os sintomas desaparecem espontaneamente após 3 a 7 dias, podendo a dor nas articulações persistir por aproximadamente um mês. Formas graves e atípicas são consideradas raras. No entanto, a ocorrência de síndromes neurológicas após processos infecciosos pelo vírus Zika vem

sendo descritas desde 2007. Dentre as manifestações neurológicas, é sabido que a síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma das mais frequentes. A partir de agosto de 2015, foi observado no país o aumento no número de casos de microcefalia, na Região Nordeste, com forte evidência de relação com a infecção pelo vírus Zika. Para as suspeitas de Zika, o instrumento de notificação é a Ficha de Notificação Individual/Conclusão (ANEXO 4) e inseridas SINAN Net utilizando o código CID A92.8 (outras febres virais específicas transmitidas por mosquitos).

a. Caso suspeito de Zika

Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de uma das seguintes manifestações: febre ($\leq 38,5^{\circ}\text{C}$), conjuntivite não purulenta, artralgia/poliartralgia, edema periarticular. Gestantes, que apresentam exantema, independentemente da idade gestacional. O período de viremia no ser humano pode perdurar até o 5º dia da doença. O período de incubação da doença varia de 2 a 7 dias. Na maioria das vezes, a doença é autolimitada, durando aproximadamente de 4 a 7 dias.

- Preencher ficha de notificação e encaminhar junto com a amostra coletada e cadastro no GAL ao LACEN.
- Encaminhar sangue (dois tubos - 5 ml) até o 5º dia de início de sintomas.
- Amostras de urina podem ser utilizadas para confirmar a infecção viral até o 15º dia do início de sintomas.

b. Caso confirmado de Zika

- Todo caso suspeito com um dos seguintes testes específicos para diagnóstico de ZIKAV: detecção de vírus de RNA por RT-PCR (Reação em Cadeia da Polimerase de Transcriptase Reversa), detecção de IgM.
- Todo caso suspeito sem exame laboratorial realizado e que tenha vínculo com outros casos confirmados.
- Gestantes confirmadas devem ser notificadas e inseridas no SINAN NET e no RESP - registro de eventos de saúde pública (www.resp.saude.gov.br) e avisado imediatamente a área técnica

c. Óbito por Zika

Todo paciente que atende os critérios da definição de caso suspeito ou confirmado que

morreu como consequência da doença pelo vírus Zika. Pacientes com doença aguda pelo vírus Zika e comorbidades que evoluírem para óbito no curso da doença, deverão ter como causa básica a doença aguda pelo vírus Zika.

Óbito suspeito de Zika com um dos seguintes parâmetros laboratoriais nos testes específicos para diagnóstico de ZIKAV;

- RNA ou antígeno do vírus de Zika em amostras de soro, urina, saliva, tecidos ou sangue total; ou
- Anticorpos IgM anti-ZIKV positivos e prova de neutralização por redução de placa (PRNT 90) para ZIKV a títulos ≥ 20 , aumentado em quatro vezes ou mais que para outros flavivírus; e exclusão de outros flavivírus; ou
- Detecção molecular do genoma viral a partir de tecido de autópsia, fresco ou em parafina.

Recomenda-se a confirmação laboratorial específica para essas arbovírus. No entanto, na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica, sendo a sintomatologia compatível e descartadas outras enfermidades, considerar confirmação por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente.

- Óbitos suspeitos e/ou confirmados de Zika deverão ser informados imediatamente à área técnica (67)3318-1814/1831 ou plantão do CIEVS (67)98477-3435.
- Todo óbito suspeito e/ou confirmado de Zika deve ser preenchido e enviado “Protocolo de Investigação de óbitos por Arbovírus – Dengue, Zika e Chikungunya” (ANEXO 2) em 24hs da ocorrência do óbito.

► 6. FEBRE AMARELA

A Febre amarela (FA) é uma doença infecciosa febril aguda, imunoprevenível, transmitida por vetores artrópodes. Podem ser diferenciados um ciclo urbano e um ciclo silvestre de transmissão na febre amarela. No ciclo urbano, a doença é uma antroponose, não se reconhecendo reservatórios animais de importância epidemiológica. O *Aedes aegypti* é seu principal vetor, tanto na América do Sul como na África.

É um Arbovírus do gênero Flavivírus, da família Flaviviridae, transmitido pela picada dos mosquitos infectados e não há transmissão direta de pessoa a pessoa. A vacina é a principal ferramenta de prevenção e controle da doença.

As notificações devem ser imediatas em até 24 horas ao Serviço de Vigilância

Epidemiológica Municipal, à Secretaria do Estado de Saúde (SES). Para notificação de Febre Amarela deve-se usar a ficha de notificação do SINAN (ANEXO 5)

a. Caso Suspeito de Febre Amarela

Indivíduo com quadro febril agudo (até sete dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente em (ou procedente de) área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootia confirmada em primatas não humanos (PNH) ou isolamento de vírus em mosquitos vetores, nos últimos 15 dias, não vacinado contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.

- Havendo caso (s) suspeito (s) entrar em contato imediatamente (24hs) com área técnica: telefone: (67) 3318-1814/1831 ou plantão CIEVS: (67) 9 8477-3435.
- Preencher ficha de notificação e encaminhar junto com a amostra coletada e cadastro no GAL ao LACEN.
- Informar controle de vetores para pesquisa de vetor em locais de possível contaminação de casos.
- Realizar investigação epidemiológica dos casos suspeitos com histórico de viagem, datas e demais informações pertinentes e enviar à área técnica para condução de casos e encerramento.
- Em caso de EPIZOOTIA EM PRIMATAS NÃO HUMANOS notificar imediatamente a Gerência Técnica de Zoonoses pelo telefone (67) 3318-1847 OU PLANTÃO CIEVS: (67) 98477-3435.

b. Caso confirmado de Febre Amarela

Todo caso suspeito que apresente pelo menos uma das seguintes condições:

- Isolamento do vírus da FA.
- Detecção do genoma viral.
- Detecção de anticorpos da classe IgM pela técnica de ELISA em indivíduos não vacinados ou com aumento de quatro vezes ou mais nos títulos de anticorpos pela técnica de inibição da Hemaglutinação (IH), em amostras pareadas.
- Achados histopatológicos com lesões nos tecidos compatíveis com infecção recente por FA.

Também será considerado caso confirmado o indivíduo assintomático ou oligossintomático, originado de busca ativa, que não tenha sido vacinado e que apresente resultado de sorologia positiva ou por outra técnica laboratorial conclusiva para a febre amarela.

c. Óbito por Febre Amarela

O óbito costuma ocorrer após o 6º ou 7º dia do início dos sintomas, raramente após o 10º dia, quando parte dos doentes evolui para a cura espontânea. Podem ocorrer formas atípicas fulminantes, levando à morte precoce em 24 a 72 horas após o início da doença. A apresentação clínica ocorre com início abrupto dos sintomas, predominando os prodrômicos, com discreta ou mesmo ausência de comprometimento hepato-renal. O quadro toxêmico pode instalar-se antes do 4º dia, não havendo evolução bifásica. O prognóstico é grave, registrando-se alta letalidade, mesmo em regime de terapia intensiva. Esses quadros são raros e geralmente são devidos à coagulação intravascular disseminada.

- Óbitos suspeitos e/ou confirmados de Febre Amarela deverão ser informados imediatamente à área técnica (3318-1814) ou plantão do CIEVS (98477-3435).

▶ 7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diante das sorologias, o diagnóstico definitivo das arboviroses se dá com exames laboratoriais, uma vez que a clínica não é 100% para Dengue, Zika ou Chikungunya. O diagnóstico mais comum e seguro é pela pesquisa do RNA viral, isolamento viral ou pesquisa de IgG/IgM.

Tabela 1 - Diagnóstico diferencial Dengue e chikungunya.

| Manifestação clínica/laboratorial | Dengue | Chikungunya |
|-----------------------------------|-----------|-------------------|
| Intensidade da febre | ++ | +++ |
| Exantema | + (D5-D7) | ++ (D1-D4) |
| Mialgia | ++ | + |
| Artralgia | +/- | +++ |
| Dor retroorbital | +++ | + |
| Sangramentos | ++ | -/+ |
| Choque | -/+ | - |
| Plaquetopenia | +++ | + |
| Leucopenia | +++ | ++ |
| Linfopenia | ++ | +++ |
| Neutropenia | +++ | + |
| Evolução após fase aguda | Fadiga | Artralgia crônica |

Fonte: (STAPLES et al., 2009 apud BRASIL, 2015, adaptado).
+++ = 70-100% dos pacientes; ++ = 40-69%; + = 10-39%; +/- = <10%; - = 0%.

Tabela 2 – Diagnóstico diferencial Dengue e Zika.

| Manifestação clínica/laboratorial | Dengue | Zika |
|-----------------------------------|----------|--------------|
| Intensidade da febre | ++ | +/ausente |
| Exantema | +(D5-D7) | ++++ (D2–D3) |
| Mialgia | ++ | + |
| Artralgia | +/- | + |
| Dor retrorbital | +++ | ++ |
| Conjuntivites | -/+ | +++ |
| Sangramentos | ++ | - |
| Choque | -/+ | - |
| Leucopenia/trombocitopenia | +++ | - |

Fonte: (STAPLES et al., 2009 apud BRASIL, 2015, adaptado; HALSTEAD et al., 1969 apud INSTITUTE DE VEILLE SANITAIRE, 2014).

► 8. FLUXO E ROTINAS DO LABORATÓRIO

As amostras coletadas deverão ser encaminhadas para o laboratório de referência, o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN). Considerando a implantação de novos agravos na rotina laboratorial e outras metodologias realizadas para a elucidação dos casos, como a necessidade de um volume de soro maior para a conclusão das análises, o LACEN estabelece as seguintes recomendações:

- Coletar DOIS tubos com 5 ml de sangue em cada tubo (cheio) para as amostras de arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela);

OBS: caso existam outros exames além da pesquisa de Arbovírus, serão necessários outros tubos para serem distribuídos em setores diferentes no LACEN;

- Ficha de Notificação: somente serão aceitas amostras acompanhadas das Fichas de Notificação Compulsória devidamente preenchidas, ressaltando a importância das informações da Ficha de Investigação Epidemiológica (FIE), principalmente: data do início dos sintomas, data de coleta e o campo de CNS. Essas informações são essenciais para a triagem no LACEN e encaminhamento da amostra aos Laboratórios de Referência Nacional quando necessário.
- Cadastro no GAL e encaminhamento na rede: devem ser feitos juntamente com o envio das amostras ao LACEN.

Essas medidas visam melhorar a qualidade dos exames realizados, diminuir laudos com resultado de amostra insuficiente e, quando necessário, repetir e confirmar amostras inconclusivas.

As amostras para análise deverão ser encaminhadas para laboratório de referência LACEN. Em um cenário de cocirculação de DENV, ZIKV e CHIKV, que pode ser a realidade em um grande número de municípios no Brasil, sendo assim, se faz necessária a investigação para detecção desses vírus por biologia molecular.

Em relação ao diagnóstico sorológico, existe a possibilidade de reação cruzada por meio da sorologia IgM entre o DENV e o ZIKV por serem vírus da mesma família. As interpretações possíveis dos resultados de pesquisa de anticorpos IgM são listadas a seguir.

- Os casos com sorologia IgM reagente para Dengue e reagente para Zika podem ser interpretados como infecção recente por Dengue e/ou Zika, reação cruzada ou coinfeção. Para o laboratório, esse caso é inconclusivo.
- Nos casos com sorologia IgM não reagente para Dengue e não reagente para Zika, recomenda-se testagem para Chikungunya. Caso o resultado seja reagente, confirmar infecção recente por Chikungunya;
- Nos casos com sorologia IgM não reagente para Dengue, Chikungunya e Zika, descarta-se infecção recente por estes Arbovírus e encerra-se a investigação.

Para eventuais esclarecimentos telefone
(67) 3345-1318 ou 3345-1312 ou 3345-1303

► 9. SAZONALIDADE

dispõe das seguintes ferramentas: planilha de acompanhamento da incidência e diagrama de controle (DC), que permite o monitoramento dos casos em relação a sua própria série histórica.

De posse dessas ferramentas de monitoramento, os municípios, apoiados pela Gerência Técnica de Doenças Endêmicas da CEVE/DGVS/SES-MS, Coordenação Estadual de Vigilância Epidemiológica (CEVE), Coordenação Estadual de Controle de Vetores (CECT) e Diretoria Geral de Vigilância em Saúde (DGVS) serão capazes de identificar o momento epidemiológico em que se encontram. Tais medidas visam otimizar a agilidade no desencadeamento das ações de controle do vetor e de organização da assistência.

O período sazonal da Dengue no MS é prevalente nos meses de outubro a maio: trata-se do período de maior transmissão viral e ocorrência de casos, acrescenta-se que, os municípios com série histórica de transmissão podem se apresentar estabelecendo níveis endêmicos ou epidêmicos da doença, e os municípios sem série histórica de transmissão apresentarem-se sob risco de epidemia.

O período intersazonal da Dengue no MS se concentra nos meses de abril a setembro: trata-se de período em que se espera a redução ou interrupção da transmissão viral (meses mais frios). A fim de se detectar precocemente a circulação do vírus da Dengue, com consequente desencadeamento das ações de controle vetorial, devem ser realizados exames de RT-PCR para todos os casos suspeitos.

A busca ativa de novos casos sintomáticos deve ser incluída na investigação dos suspeitos nos locais em que estes tenham estado durante seu período de viremia.

Para as transições entre os períodos sazonal e intersazonal, recomenda-se que os municípios, pautados nos conceitos de intersetorialidade e de vigilância integrada, em conjunto com GTE e CEVE, apoiados pela DGVS apoiados pelo LACEN analisem seu cenário epidemiológico por bairros, distritos sanitários ou unidades notificantes, dentro dos seguintes parâmetros:

- Curva de incidência dos casos prováveis de Dengue (planilha de acompanhamento da incidência ou DC) por SE, atentando-se para a ocorrência em períodos não habituais de ascendência (por exemplo, por epidemia, introdução de novo sorotipo ou vírus, falha no controle vetorial) ou descendência (por exemplo, por subnotificação), com intervenção adequada e oportuna;
- Positividade dos exames específicos realizados (por exemplo, positividade inferior a 50% em períodos sazonais pode indicar circulação de outro vírus, enquanto a alta positividade em períodos intersazonais pode indicar baixa sensibilidade da assistência e subnotificação);
- Avaliação de indicadores epidemiológicos;
- Monitoramento dos sorotipos do vírus da Dengue;
- Monitoramento da circulação de outros Arbovírus, sobretudo Chikungunya e Zika;

- Distribuição espaço-temporal dos casos (atenção aos riscos associados ao saneamento do meio: problemas no abastecimento de água ou na coleta de lixo, imóveis fechados, abandonados ou com acesso não permitido pelo proprietário);
- Ocorrência de óbitos suspeitos ou confirmados, que devem ser considerados como marcadores de gravidade do contexto epidemiológico local, sendo imprescindível a investigação de seus fatores condicionantes e imediata intervenção sempre que passíveis de correção (por exemplo, manejo clínico inadequado).
- A comunicação oficial da transição será feita pelo município ao GTE.
- Nos municípios que tiverem atingido incidência que não mais justifique a vigilância laboratorial sorológica para todos os casos suspeitos, a confirmação laboratorial pelo LACEN permanecerá disponível, e indicada para investigação de todos os casos graves e óbitos.
- Para a análise do cenário epidemiológico, as orientações técnicas específicas que integram a Vigilância e Controle das Arboviroses Urbanas no Estado de Mato Grosso do Sul deverão ser repassadas pelas respectivas áreas técnicas.

ANEXO I

SINAN

República Federativa do Brasil SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
Ministério da Saúde FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA Nº

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | | 2 Agravo/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA | | Código (CID10) A 90 A 92 | 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 | | |
| | 8 Nome do Paciente | | | | | | 9 Data de Nascimento | |
| Notificação Individual | 10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino 9 - Ignorado | | 12 Gestante 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado | | 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado | |
| | 14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica | | | | | | | |
| | 15 Número do Cartão SUS | | | | 16 Nome da mãe | | | |
| | 17 UF | | 18 Município de Residência | | Código (IBGE) | | 19 Distrito | |
| Dados de Residência | 20 Bairro | | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | | | Código | | |
| | 22 Número | | 23 Complemento (apto., casa, ...) | | | 24 Geo campo 1 | | |
| | 25 Geo campo 2 | | 26 Ponto de Referência | | | 27 CEP | | |
| | 28 (DDD) Telefone | | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | 30 País (se residente fora do Brasil) | | | |
| | Dados clínicos e laboratoriais | | | | | | | |
| | Inv. | 31 Data da Investigação | | | 32 Ocupação | | | |
| 33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital | | | | | | | | |
| Dados clínicos | 34 Doenças pré-existent 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica | | | | | | | |
| | Dados laboratoriais | 35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1) | | 36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2) | | 37 Exame PRNT Data da Coleta | | 38 Resultado S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado |
| 39 Sorologia (IgM) Dengue Data da Coleta | | 40 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado | | 41 Exame NS1 Data da Coleta | | 42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado | | |
| 43 Isolamento Data da Coleta | | 44 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado | | 45 RT-PCR Data da Coleta | | 46 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado | | |
| 47 Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4 - DENV 4 | | 48 Histopatologia 1- Compatível 2- Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado | | 49 Imunohistoquímica 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Hospitalização | 50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | 51 Data da Internação | 52 UF | 53 Município do Hospital | Código (IBGE) |
| | 54 Nome do Hospital | Código | 55 (DDD) Telefone | | |
| Conclusão | Local Provável de Infecção (no período de 15 dias) | | | | |
| | 56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado | 57 UF | 58 País | | |
| | 59 Município | Código (IBGE) | 60 Distrito | 61 Bairro | |
| | 62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya | 63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação | | 64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica | |
| | 65 Evolução do Caso 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado | 66 Data do Óbito | 67 Data do Encerramento | | |
| Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave | | | | | |
| Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave | 68 Dengue com sinais de alarme 1-Sim 2- Não | | <input type="checkbox"/> Vômitos persistentes | <input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito | 69 Data de início dos sinais de alarme: |
| | <input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia | <input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua | <input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm | |
| | <input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas | <input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias | <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos | | |
| 70 Dengue grave 1-Sim 2- Não | Extravasamento grave de plasma: | | Sangramento grave: | | |
| <input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Hematêmese | <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa | | |
| <input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg | <input type="checkbox"/> Extremidades frias | <input type="checkbox"/> Melena | <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC | | |
| <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar | <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia | Comprometimento grave de órgãos: | | | |
| <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória | <input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000 | <input type="checkbox"/> Miocardite | <input type="checkbox"/> Alteração da consciência | | |
| <input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar: | | | | | |
| 71 Data de início dos sinais de gravidade: | | | | | |
| Informações complementares e observações | | | | | |
| Observações Adicionais | | | | | |
| | | | | | |
| Investigador | Município/Unidade de Saúde | | | Cód. da Unid. de Saúde | |
| | Nome | Função | Assinatura | | |

Chikungunya/Dengue

Sinan Online

SVS 14/03/2016

ANEXO 2

A - Investigação de casos graves e óbitos por arbovírus – Prontuário

Dados de Identificação

- Artrite
 Tenossinovite
 Edema de membros
 Localização: Articular
 Periarticular
 Disseminado
 Dor articular
 Simetria: Simétrica
 Assimétrica

Quais as articulações acometidas:

| Nome da articulação | Intensidade da dor (leve, moderada, intensa) | Lado acometido (direito, esquerdo, ambos) |
|---------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Outros sinais ou sintomas, especificar: _____

DC4. Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais: Sim Não. Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gestante | <input type="checkbox"/> Obesidade | <input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas |
| <input type="checkbox"/> Puérpera | <input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica | Diagnóstico prévio de <input type="checkbox"/> dengue, <input type="checkbox"/> chikungunya ou <input type="checkbox"/> Zika |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> Asma | Vacina <input type="checkbox"/> febre amarela e <input type="checkbox"/> dengue - número de doses: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Outras condições, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doença renal crônica | <input type="checkbox"/> Doença hematológica | |
| <input type="checkbox"/> Doença acidopéptica | <input type="checkbox"/> Tabagismo | |
| <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica | <input type="checkbox"/> Etilismo | |
| <input type="checkbox"/> Sequelas de AVC | <input type="checkbox"/> Hepatite crônica | |
| <input type="checkbox"/> Demência | <input type="checkbox"/> Cirrose hepática | |

DC5. Qualquer doença ou condição que afete a resposta imunológica para doenças infecciosas: Sim Não Não informado. **DC5.1** Se sim especificar: _____

DC6. Houve descompensação clínica da enfermidade crônica (por exemplo: necessidade de aumentar dosagem medicamentosa)? Sim Não Não informado. **DC6.1.** Se sim, especificar: _____

DC7. Houve outras manifestações clínicas após o quadro agudo? Sim Não Não informado

Se sim, especificar (**DC8 a DC14**):

DC8. Manifestações neurológicas: Sim Não - Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Meningoencefalite | <input type="checkbox"/> Neuropatia | <input type="checkbox"/> Rebaixamento consciência |
| <input type="checkbox"/> Encefalite | <input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré | <input type="checkbox"/> Coma |
| <input type="checkbox"/> Convulsões | <input type="checkbox"/> Síndrome cerebelar | <input type="checkbox"/> Sinais meníngeos |
| <input type="checkbox"/> Paresia | <input type="checkbox"/> Encefalomielite aguda disseminada | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Paralisia | <input type="checkbox"/> Agitação | |

DC9. Manifestações oculares: Sim Não - Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|----------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neurite ótica | <input type="checkbox"/> Episclerite | <input type="checkbox"/> Uveíte |
| <input type="checkbox"/> Iridiociclite | <input type="checkbox"/> Retinite | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |

DC10. Manifestações dermatológicas: Sim Não – Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hiperpigmentação fotossensível | <input type="checkbox"/> Úlcera aftosa intertriginosa | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dermatose vesículo-bolhosa | <input type="checkbox"/> Isquemia cutânea | |

DC11. Quadro renal: Sim Não – Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nefrite | <input type="checkbox"/> Redução do débito urinário | <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência renal aguda | <input type="checkbox"/> Alteração da cor da urina | |

DC12. Quadro hemorrágico: Sim Não – Se sim, especificar: ^{1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado}

- | | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hematêmese | <input type="checkbox"/> Sangramentos cutâneos | <input type="checkbox"/> Sangramento cavitário (abdominal, torácico) |
| <input type="checkbox"/> Melena | <input type="checkbox"/> Sangramentos de mucosa oral | <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa | <input type="checkbox"/> Sangramento digestivo alto | |
| <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC | <input type="checkbox"/> Sangramento digestivo baixo | |

DC13. Evoluiu para choque: Sim Não - Se sim, especificar: ^{1 - Sim, 2 - Não, 3 - Não informado}

- Taquicardia Extremidades frias Outros, especificar: _____
- Pulso débil ou inidentificável Tempo de enchimento capilar $\geq 3''$
- PA diferencial convergente (≤ 20 mmHg) Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg)

DC14. Presença de outras complicações: Sim Não - Se sim, especificar: ^{1 - Sim, 2 - Não, 3 - Não informado}

- Miocardite Abortamento IG___ Icterícia
- Discrasias hemorrágicas Óbito fetal IG___ DO___ Edema agudo pulmonar
- Pneumonia Parto prematuro IG___ Infecção associada à assistência à saúde
- Insuficiência respiratória Hepatite aguda Outras, especificar: _____
- Taquidispneia Pancreatite aguda
- Gestante ou puerpera Hipoadrenalismo

Manejo Clínico

MC01. Houve remoção para UTI: Sim Não

MC01.1. Se sim, data admissão: ___/___/___

MC01.2. Data alta da UTI: ___/___/___

MC02. Recebeu 1ª soroterapia intravenosa: Sim Não. Se sim, especificar:

MC03. Data de início: ___/___/___

MC04. Usou por quantos dias: _____

MC05. Peso: _____ Kg

MC06. Especificar volume diário infundido:

| Data (dd/mm/aaaa) | Volume infundido (mL) | Horário de início da infusão (hh:mm) | Total infundido no dia (mL) |
|-------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

MC07. Preencher conforme o uso de medicamentos durante a internação:

| Classe | Especificar medicamento e dose | Data de início | Data do término |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|----------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Corticosteroides | | / / | / / |
| <input type="checkbox"/> AINES* | | / / | / / |
| <input type="checkbox"/> Paracetamol | | / / | / / |
| <input type="checkbox"/> Antimicrobianos | | / / | / / |
| <input type="checkbox"/> Antivirais | | / / | / / |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes | | / / | / / |
| <input type="checkbox"/> Imunoglobulina intravenosa | | / / | / / |
| <input type="checkbox"/> Outros | | / / | / / |
| <input type="checkbox"/> Coloides | | / / | / / |
| <input type="checkbox"/> Plasmaferese | | / / | / / |
| <input type="checkbox"/> Drogas vasoativas | | / / | / / |

* Anti-inflamatórios não esteroides

Exames Laboratoriais Inespecíficos

LI01. Realizou algum tipo de exame de sangue: Sim Não - Se sim, especificar (Atenção: Se a quantidade de exames ultrapassar o espaço, priorizar os coletados em datas mais próximas ao início dos sintomas e os mais próximos da ocorrência do óbito):

*Se houver mais de uma coleta no dia, registrar os resultados mais relevantes para a investigação.

| Data Coleta | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
|--------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Hematócrito | | | | | | | | | | | | | |
| Hemoglobina | | | | | | | | | | | | | |
| Plaquetas | | | | | | | | | | | | | |
| Leucócitos | | | | | | | | | | | | | |
| Neutrófilos | | | | | | | | | | | | | |
| Eosinófilos | | | | | | | | | | | | | |
| Basófilos | | | | | | | | | | | | | |
| Monócitos | | | | | | | | | | | | | |
| Linfócitos | | | | | | | | | | | | | |
| Bastonetes | | | | | | | | | | | | | |
| AST - TGO | | | | | | | | | | | | | |
| ALT - TGP | | | | | | | | | | | | | |
| Ureia | | | | | | | | | | | | | |
| Creatinina | | | | | | | | | | | | | |
| Sódio | | | | | | | | | | | | | |
| Potássio | | | | | | | | | | | | | |
| Albumina | | | | | | | | | | | | | |
| Fosfatase Alcalina | | | | | | | | | | | | | |
| Bilir. total | | | | | | | | | | | | | |
| Bilir. direta | | | | | | | | | | | | | |
| Bilir. indireta | | | | | | | | | | | | | |
| Internado? | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |

LI02. Realizou punção líquórica?

| Data | Aspecto |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| __ / __ / ____ | <input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| __ / __ / ____ | <input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| __ / __ / ____ | <input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| __ / __ / ____ | <input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| __ / __ / ____ | <input type="checkbox"/> Límpido <input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

LI2.1. Análise bioquímica do líquido:

| Data | Hemácias (mm ³) | Leucócitos (mm ³) | Linfócitos (%) | Neutrófilos (%) | Leucócitos (%) | Basófilos (%) | Monócitos (%) | Eosinófilos (%) | Proteína (mg/dl) | Glicose (mg/dl) |
|------|-----------------------------|-------------------------------|----------------|-----------------|----------------|---------------|---------------|-----------------|------------------|-----------------|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

LI3. Realizou algum exame de imagem: Sim Não - Se sim, especificar:

| Exame | Topografia | Data | Resultado | Se alterado, laudo |
|-------------------------------------------|------------|------|-------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Radiografia | | / / | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado | |
| <input type="checkbox"/> Radiografia | | / / | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado | |
| <input type="checkbox"/> Ultrassonografia | | / / | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado | |
| <input type="checkbox"/> Tomografia | | / / | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado | |
| <input type="checkbox"/> Ressonância | | / / | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado | |

Exames Laboratoriais Específicos

LE01. Realizou algum exame etiológico: Sim Não - Se sim, especificar:

| Agente ¹ | Amostra ¹ | Data coleta | Sorologia ² | RT-PCR ³ | Outra técnica* |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------|-------------------------------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Zika | <input type="checkbox"/> Soro | / / | <input type="checkbox"/> IgM ² | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> Líquor | / / | <input type="checkbox"/> IgM ² | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> Urina | / / | <input type="checkbox"/> IgM ² | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> Vísceras | / / | <input type="checkbox"/> IHQ | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Dengue | <input type="checkbox"/> Soro | / / | <input type="checkbox"/> IgM ² | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> Líquor | / / | <input type="checkbox"/> IgM ² | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> Vísceras | / / | <input type="checkbox"/> IHQ | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Chikungunya | <input type="checkbox"/> Soro | / / | <input type="checkbox"/> IgM ² | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> Líquor | / / | <input type="checkbox"/> IgM ² | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> Vísceras | / / | <input type="checkbox"/> IHQ | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Outro agente, especificar: | <input type="checkbox"/> Soro | / / | <input type="checkbox"/> IgM ² | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> Líquor | / / | <input type="checkbox"/> IgM ² | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> Urina | / / | <input type="checkbox"/> IgM ² | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> Vísceras | / / | <input type="checkbox"/> IHQ | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> Outra | / / | | | |

1 - [1] Realizado [2] Não realizado [9] Ignorado

2 - [1] Reagente [2] Não reagente [3] Inconclusivo [9] Ignorado

3 - [1] Detectável [2] Não detectável [3] Inconclusivo [9] Ignorado

*Nome da técnica e resultado

LE02. Houve isolamento de algum agente infeccioso por cultura: Sim Não - Se sim, especificar:

| Material | Data coleta | Agente |
|----------|-------------|--------|
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |

LE03. Há alíquota guardada em algum laboratório: Sim Não - Se sim, especificar onde: _____

Dados de óbito

EC3. Se óbito, preencha conforme a declaração de óbito (DO):

Nº DO: _____

- A) _____
- B) _____
- C) _____
- D) _____
- I) _____
- II) _____

EC4. O corpo foi encaminhado para necropsia: Sim Não - Se sim, transcreva o laudo:

Local da necropsia: _____

Encerramento

EN01. Encerramento: Confirmado Descartado Provável Inconclusivo Em investigação

EN02. Critério: Clínico-epidemiológico Laboratorial

EN03. Classificação: Zika Dengue Chikungunya Outros, especificar: _____

EN04. Evolução:

Cura sem sequelas Data: __/__/____

Cura com sequelas Data: __/__/____

Óbito Data: __/__/____

Observações

IN01. Data: ____/____/____

IN01. Responsável pela investigação:

Nome: _____ Função: _____

Local de trabalho: _____ Contato: _____

Há outros investigadores? Sim Não – Se sim, quais?

1. Nome: _____ Função: _____

Local de trabalho: _____ Contato: _____

2. Nome: _____ Função: _____

Local de trabalho: _____ Contato: _____

3. Nome: _____ Função: _____

Local de trabalho: _____ Contato: _____

B - Investigação de óbito por arbovírus – Entrevista

Dados de Identificação do Entrevistado

DI01. SINAN do caso: _____ DI02. Nome do entrevistado: _____

DI03. Data nascimento: ____/____/____ DI04. Idade: _____ []^A-anos

DI05. Sexo: [] Masculino [] Feminino DI06. Grau de parentesco/relacionamento com o caso: _____

DI07. Município de residência: _____ DI08. UF: _____

DI09. Endereço: _____

DI10. Ponto de referência: _____ DI11. Telefone: (____) _____

Assistência à Saúde

AS01. Antes do óbito a pessoa ficou doente? [] Sim [] Não [] Não sei

AS01.1. Se sim, qual a data de início dos sintomas: ____/____/____

AS02. Quais foram os sinais e sintomas apresentados: ^{1- Sim, 2- Não, 3- Não informado}

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Febre Data início: ____/____/____ Duração (dias): ____ Temperatura máxima (°C): ____ | <input type="checkbox"/> Dor de cabeça (Cefaleia) <input type="checkbox"/> Dor atrás dos olhos (Dor retro-orbitária) <input type="checkbox"/> Dor no corpo (Mialgia) <input type="checkbox"/> Olho vermelho sem secreção (Conjuntivite seca) | <input type="checkbox"/> Manchas roxas no corpo (Equimose) <input type="checkbox"/> Sangramento no nariz (Epistaxe) |
| <input type="checkbox"/> Pele fria (Hipotermia) Temperatura mínima (°C): ____ | <input type="checkbox"/> Dor abdominal Intensidade: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa | <input type="checkbox"/> Fraqueza (Prostração) <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Tontura quando levanta (Hipotensão postural) <input type="checkbox"/> Desmaio (Lipotímia) |
| <input type="checkbox"/> Dor nas juntas (Dor articular) Extensão: <input type="checkbox"/> Uma (Oligoarticular) <input type="checkbox"/> Duas ou mais (Poliarticular) Intensidade: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa | <input type="checkbox"/> Juntas inchadas e vermelhas (Artrite) <input type="checkbox"/> Inchaço (Edema) de membros Localização: <input type="checkbox"/> Membros <input type="checkbox"/> Corpo todo | <input type="checkbox"/> Nariz escorrendo (Coriza) <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Falta de ar (Dispneia) <input type="checkbox"/> Dor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Mancha vermelha no corpo (Exantema) Data início: ____/____/____ Duração (dias): ____ | <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Calafrios | <input type="checkbox"/> Gânglio/íngua (Linfadenopatia) <input type="checkbox"/> Formigamento (Paresia) <input type="checkbox"/> Paralisia <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Coceira no corpo (Prurido) | | |

AS03. Fez uso de medicação sem prescrição médica por conta deste quadro clínico? [] Sim [] Não

Se sim, especificar:

| Especificar o medicamento e dose | Data de início | Data do término |
|----------------------------------|----------------|-----------------|
| | / / | / / |
| | / / | / / |
| | / / | / / |
| | / / | / / |
| | / / | / / |
| | / / | / / |

AS04. Procurou atendimento médico por conta deste quadro clínico? [] Sim [] Não

AS05. Se sim, quantos serviços de saúde ele (a) procurou? []

AS31. Descreva como foram os atendimentos na tabela abaixo:

| Nome serviço de saúde | Município | Data atendimento | Qual foi o diagnóstico | Conduta | Foi orientado retorno? | Foi orientado a tomar líquido em casa? | Foi entregue cartão da dengue? |
|-----------------------|-----------|------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| | | / / | | <input type="checkbox"/> Alta (/ /) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência | | | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> Alta (/ /) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência | | | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> Alta (/ /) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência | | | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> Alta (/ /) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência | | | |
| | | / / | | <input type="checkbox"/> Alta (/ /) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência | | | |

AS06. Durante estes atendimentos foi prescrito algum medicamento? Sim Não Não sei – Se sim, especificar:

| Classe | Especificar o medicamento e dose | Data de início | Data do término |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Soro por boca (Reidratação oral) | | / / | / / |
| <input type="checkbox"/> Soro na veia (Soroterapia venosa) | | / / | / / |
| <input type="checkbox"/> Outros | | / / | / / |
| | | / / | / / |
| | | / / | / / |
| | | / / | / / |
| | | / / | / / |
| | | / / | / / |

AS07. Fazia uso de medicamento de uso contínuo? Sim Não – Se sim, especificar qual (is):

AS08. Tinha alguma outra doença/condição diagnosticada? Sim Não

Se sim, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gestante (idade gestacional ____) | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Puérpera (dias ____) | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica) | <input type="checkbox"/> Doença no sangue (Doença hematológica) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Doença renal crônica | <input type="checkbox"/> Alcoolista (Etilismo) |
| <input type="checkbox"/> Gastrite/úlcera (Doença acidopéptica) | <input type="checkbox"/> Hepatite crônica |
| <input type="checkbox"/> Obesidade | <input type="checkbox"/> Cirrose hepática |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica | <input type="checkbox"/> Doenças reumatológicas |
| <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC | <input type="checkbox"/> Outras doenças ou condições, especificar: _____ |

Contactantes

C01. Mais alguém que morava com o caso adoeceu no mesmo período? [] Sim [] Não. Se sim, especificar:

C02. Sabe o que a pessoa teve?

Nome: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

C03. Quais foram os sinais e sintomas que eles apresentaram: _____

Caso tomou vacina? [] Sim [] Não

Quantas doses? _____

Tem carteira de vacinação? [] Sim [] Não

Observação

Investigação

I01. Data: ____/____/____

I02. Investigador: _____

ANEXO 3

Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de Referência indicada em seu cartão caso apareça um ou mais dos seguintes **SINAIS DE ALARME**:

- Diminuição repentina da febre
- Dor muito forte e contínua na barriga
- Vômitos frequentes
- Sangramento de nariz e boca
- Hemorragias importantes
- Diminuição do volume da urina
- Tontura quando muda de posição (deita / senta / levanta)
- Dificuldade de respirar
- Agitação ou muita sonolência
- Suor frio

Recomendações:

- Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chá e água de coco
- Permanecer em repouso
- As mulheres com dengue devem continuar a amamentação

Soro caseiro

Sal de cozinha _____ 1 colher de café
Açúcar _____ 2 colheres de sopa
Água potável _____ 1 litro



CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

Nome (completo): _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Comorbidade ou risco social ou condição clínica especial?
() sim () não

Unidade de Saúde

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde

Data do início dos sintomas ____/____/____

Notificação Sim Não

Prova do laço em ____/____ Resultado: _____

1.ª Coleta de Exames

- Hematócrito em ____/____ Resultado: _____%
- Plaquetas em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
- Leucócitos em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
- Sorologia em ____/____ Resultado: _____%

Controle Sinais Vitais

| | 1.º dia | 2.º dia | 3.º dia | 4.º dia | 5.º dia | 6.º dia | 7.º dia |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| PA mmHg (em pé) | | | | | | | |
| PA mmHg (deitado) | | | | | | | |
| Temp. Axilar °C | | | | | | | |

2.ª Coleta de Exames

- Hematócrito em ____/____ Resultado: _____%
- Plaquetas em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
- Leucócitos em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
- Sorologia em ____/____ Resultado: _____%

3.ª Coleta de Exames

- Hematócrito em ____/____ Resultado: _____%
- Plaquetas em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
- Leucócitos em ____/____ Resultado: _____ .000 mm³
- Sorologia em ____/____ Resultado: _____%

Informações complementares

ANEXO 4

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 | | | |
| | 2 | Agravado/doença | | Código (CID10) | 3 | | |
| | 4 | UF | 5 | Município de Notificação | | | |
| | 6 | Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | | Código | 7 | | |
| Notificação Individual | 8 | Nome do Paciente | | | 9 | | |
| | 10 | (ou) Idade | 11 | Sexo | 12 | | |
| | 14 | Escolaridade | | | | | |
| | 15 | Número do Cartão SUS | | 16 | | | |
| | 17 | UF | 18 | Município de Residência | | | |
| Dados de Residência | 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 | | |
| | 31 | Data da Investigação | | 32 | Classificação Final | | |
| | 34 | Local Provável da Fonte de Infecção | | | 35 | UF | 36 |
| | 40 | Doença Relacionada ao Trabalho | | 41 | Evolução do Caso | | |
| | 42 | Data do Óbito | | 43 | | | |
| Conclusão | | | | | | | |
| Conclusão | 31 | Data da Investigação | | 32 | Classificação Final | | |
| | 34 | Local Provável da Fonte de Infecção | | | 35 | UF | 36 |
| | 40 | Doença Relacionada ao Trabalho | | 41 | Evolução do Caso | | |
| | 42 | Data do Óbito | | 43 | | | |
| 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 5

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE FEBRE AMARELA

Nº

CASO SUSPEITO: Indivíduo com quadro febril aguda (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente ou procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, não vacinados contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | | |
| | 2 Agravado/doença FEBRE AMARELA | Código (CID10) A 9 5.9 | |
| | 3 Data da Notificação | | |
| Notificação Individual | 4 UF | 5 Município de Notificação | |
| | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código | |
| | 7 Data dos Primeiros Sintomas | | |
| Dados de Residência | 8 Nome do Paciente | | |
| | 9 Data de Nascimento | | |
| | 10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado |
| | 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado | | |
| | 14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica | | |
| 15 Número do Cartão SUS | 16 Nome da mãe | | |
| Dados de Residência | 17 UF | 18 Município de Residência | |
| | Código (IBGE) | | |
| | 19 Distrito | | |
| | 20 Bairro | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | |
| | Código | | |
| | 22 Número | 23 Complemento (apto., casa, ...) | |
| | 24 Geo campo 1 | | |
| | 25 Geo campo 2 | 26 Ponto de Referência | |
| 27 CEP | | | |
| 28 (DDD) Telefone | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil) | |
| Dados Complementares do Caso | | | |
| 31 Data da Investigação | 32 Ocupação | | |
| Antecedentes Epidemiológicos | 33 Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias | | |
| | <input type="checkbox"/> Ocorrência de Epizootias (Mortandade de macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, micos, macaco aranha, macaco prego, guigó, soim, etc.) <input type="checkbox"/> Isolamento de vírus em mosquitos <input type="checkbox"/> Presença de mosquito <i>Aedes aegypti</i> em área urbana (Observar período de viremia do paciente) | | |
| | 34 Vacinado Contra Febre Amarela 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 35 Caso Afirmativo. Data | 36 UF |
| 37 Município | Código (IBGE) | 38 Unidade de Saúde | |
| Código | | Código | |
| Dados Clínicos | 39 Sinais e Sintomas 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | |
| | <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Sinais hemorrágicos (hematêmese, melena, epistaxe, gengivorragia, etc.) <input type="checkbox"/> Sinal de Faget (temperatura alta e frequência cardíaca lenta) <input type="checkbox"/> Distúrbios de excreção renal (oligúria e/ou anúria) | | |
| Atendimento | 40 Ocorreu Hospitalização? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | |
| | 41 Data da Internação | 42 UF | |
| Dados do Laboratório | 43 Município | Código (IBGE) | |
| | 44 Unidade de Saúde | | |
| | Código | | |
| 45 Exames Inespecíficos (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta) | | | |
| Bilirrubina Total _____ mg/dl AST (TGO) _____ UI | | | |
| Bilirrubina Direta _____ mg/dl ALT (TGP) _____ UI | | | |

Febre Amarela

Sinan NET

SVS

17/01/2011

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Dados laboratoriais | Exame Sorológico (IgM) | | | |
| | 46 Data da Coleta (1ª Amostra) | 47 Resultado da 1ª amostra | 48 Data da Coleta (2ª Amostra) | 49 Resultado da 2ª amostra |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado | | 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado | |
| | Isolamento Viral | | | |
| | 50 Material Coletado | 51 Data da Coleta | 52 Resultado do isolamento | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 1 - Sim 2 - Não 9-Ignorado | | 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não realizado | |
| | Histopatologia | | Imunohistoquímica | |
| | 53 Resultado | <input type="checkbox"/> | 54 Resultado | <input type="checkbox"/> |
| 1- Compatível 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado | | 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado | | |
| RT-PCR | | | | |
| 55 Data da Coleta | 56 Resultado | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado | | | | |
| 57 Classificação Final | | 58 Critério de Confirmação/Descarte | | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| 1 - Febre Amarela Silvestre 2 - Febre Amarela Urbana 3 - Descartado (especificar _____) | | 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico | | |
| Local Provável de Infecção | | | | |
| 59 Caso autóctone do município de residência | 60 UF | 61 País | 62 Município | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado | | Código (IBGE) | <input type="checkbox"/> | |
| 63 Distrito | 64 Bairro | 65 Localidade | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 66 Doença Relacionada ao Trabalho | | 67 Atividade desenvolvida no local provável de infecção | | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 1 - Trabalho 2 - Turismo 3 - Lazer 9 - Ignorado | | |
| 68 Evolução do Caso | | 69 Data do Óbito | 70 Data do Encerramento | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 1-Cura 2-Óbito por febre amarela 3- Óbito por outras causas 9-Ignorado | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Informações complementares e observações

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

| Data | UF | MUNICÍPIO | País | Meio de Transporte |
|------|----|-----------|------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necropsia, etc.)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | | | |
|--------------|----------------------------|------------------------|----------------|
| Investigador | Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde | |
| | Nome | Função | Assinatura |
| | Febre Amarela | Sinan NET | SVS 17/01/2011 |

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 1.126 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf> Acesso em fev 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância epidemiológica, 2009.

LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA. Nota técnica - NT 02/2019 - Casos Suspeitos de Arboviroses. LACEN/ Campo Grande; 2019.

| | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Governador do Estado de Mato Grosso do Sul | Eduardo Correa Riedel |
| Secretário de Estado de Saúde | Maurício Simões Corrêa |
| Secretária de Estado de Saúde Adjunta | Christinne Cavalheiro Maymone Gonçalves |
| Diretora de Vigilância em Saúde | Larissa Domingues Castilho de Arruda |
| Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica | Ana Paula Rezende de Oliveira Goldfinger |
| Gerente Técnica de Doenças Endêmicas | Jéssica Klener Lemos dos Santos Nantes |
| Coordenadoria do CIEVS Estadual | Karine Ferreira Barbosa |
| Elaboração | Jéssica Klener Lemos dos Santos Nantes Bianca Modafari Godoy Lúcia Catarina Gonçalves da Costa e Silva Canela |