

GUIA RÁPIDO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

VIGILÂNCIA DE SURTOS

2ª EDIÇÃO

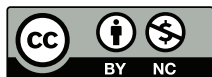


::::: GUIA RÁPIDO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

VIGILÂNCIA DE SURTOS.

2ª EDIÇÃO





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2025 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio)

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde / Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde / Superintendência de Vigilância em Saúde

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8.º andar, Cidade Nova — Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110

www.prefeitura.rio/web/sms

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Vice-Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Cavaliere

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário Executivo

Rodrigo de Sousa Prado

Subsecretário de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Renato Cony Seródio

Superintendente de Integração de Áreas de Planejamento

Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa

Superintendente de Promoção da Saúde

Aline Rodrigues de Aguiar

Superintendente de Vigilância em Saúde

Gislani Mateus Oliveira Aguiar

Superintendente de Atenção Primária

Larissa Cristina Terrezo Machado

Superintendente de Saúde Mental

Hugo Marques Fagundes Junior

Coordenação de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

Caio Ribeiro

Elaboração

Amanda Pereira Espindola

Caio Luiz Pereira Ribeiro

Élida de Albuquerque Campos

Iaralyz Fernandes Farias

Isiyara Taverna Pimenta

Jade Veloso Freitas

Karoline Moreira Duffrayer

Luciana de Almeida Pinto

Maria Clara Henrique Moreira Geraldo

Nathalia de Almeida Paiva Pinto Goulart

Poliana Hilário Magalhães

Sheyla Maria Torres Goulart Citrângulo

Revisão Técnica

Aline da Silva Barbosa Ferreira

Alice Priscilla Miranda Souto

Camilla Rodrigues Cordeiro

Caio Luiz Pereira Ribeiro

Erika Fonseca Camargo Marsico

Gislani Mateus Aguiar

Isiyara Taverna Pimenta

Jade Veloso Freitas

Maria Clara Henrique Moreira Geraldo

Nadja Greffe

Assessoria de Comunicação da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Supervisão Editorial

Aluisio Bispo

Capa e Projeto Gráfico

Luciano Freitas

Diagramação

Sandra Araujo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Rio de Janeiro (RJ). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde

Guia rápido de vigilância em saúde [livro eletrônico] : vigilância de surtos / Prefeitura do município do Rio de Janeiro. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro : Ed. dos Autores, 2025.

PDF

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-01-65266-5

1. Epidemiologia 2. Saúde pública 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) 4. Vigilância em saúde I. Título.

25-295737.0

CDD-362.1068

Índices para catálogo sistemático:

1. Vigilância em saúde pública : Serviços de saúde : Bem-estar social 362.1068

Aline Grazielle Benitez — Bibliotecária — CRB-1/3129

LISTA DE SIGLAS

AP — Área Programática

CDC — do inglês *Centers for Disease Control and Prevention*

CID-10 — Classificação Internacional de Doenças — 10ª Revisão

CIEVS Rio — Coordenação de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde do Rio de Janeiro

CPI — Coordenação do Programa de Imunização

CVE — Coordenação de Vigilância Epidemiológica

DDA — Doenças Diarreicas Agudas

DTA — Doenças Transmitidas por Alimentos

DTHA — Doenças de Transmissão Hídrica e/ou Alimentar

DVS — Divisão de Vigilância em Saúde

EPI — Equipamentos de Proteção Individual

ESP — Emergência em Saúde Pública

HAV — Vírus da Hepatite A

IGHAV — Imunoglobulina Antivaricela Zóster

ILP — Instituições de Longa Permanência

IVISA-Rio — Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária

LACEN — Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels

MRJ — Município do Rio de Janeiro

MS — Ministério da Saúde

NHVE — Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica

OR — Odds Ratio

RA — Risco Atribuível

RR — Risco Relativo

RSI — Regulamento Sanitário Internacional

RT-PCR — do inglês *Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction*

SES — Secretaria de Estado de Saúde

SG — Síndrome Gripal

SHU — Síndrome Hemolítico-Urêmica

SINAN — Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIVEP-Gripe — Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe

SMS-Rio — Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SRAG — Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUBPAV — Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

SVS — Serviço de Vigilância em Saúde

TA — Taxa de Ataque

TR-Ag — Teste Rápido de Antígeno

UAP — Unidade de Atenção Primária

URR — Unidade de Resposta Rápida

UTI — Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
1. INTRODUÇÃO	7
1.1 Objetivos da investigação de surtos	7
1.2 Dez passos para a investigação de surtos	7
2. ORIENTAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO/NOTIFICAÇÃO DE SURTOS	12
2.1 Síndrome gripal por covid-19 (CID-10 B34.2), influenza (CID-10 J10) ou outros vírus respiratórios (CID-10 J06)	14
2.2 Varicela (CID-10 B01)	21
2.3 Doença Diarreica Aguda (CID-10 A08)	25
2.4 Caxumba — parotidite epidêmica (CID-10 B26)	30
2.5 Hepatite A (CID-10 B15)	34
2.6 Doença Mão-pé-boca (CID-10 B08.4)	38
2.7 Escarlatina (CID-10 A38)	41



2.8 Intoxicação Exógena (CID-10 T65.9)	44
2.9 Síndrome Hemolítico-Urêmica (CID-10 D59.3)	48
2.10 Conjuntivite (CID-10 H10).....	52
2.11 Escabiose (CID-10 B86).....	55
2.12 Coqueluche (CID A37.9)	58
 REFERÊNCIAS	 62
 ANEXOS.....	 66
Anexo 1. Ficha de Investigação de Surto.....	66
Anexo 2. Planilha para Acompanhamento de Surto	67
Anexo 3. Ficha de Investigação de Surto — DTA	68
Anexo 4. Planilha para Investigação de Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA)	70



APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio), por meio da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS-Rio) e da Coordenação de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (CIEVS Rio), apresenta a segunda edição do GUIA RÁPIDO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE — VIGILÂNCIA DE SURTOS.

A ocorrência de um surto de uma determinada doença ou agravo indica risco à população e demanda ações oportunas e efetivas para determinar que tipos de respostas, medidas de controle e prevenção serão requeridos.

Com o objetivo de apoiar os profissionais da atenção à saúde e as equipes locais de Vigilância em Saúde do município do Rio de Janeiro (MRJ), este guia apresenta conceitos básicos para reconhecer precocemente surtos, conduzir investigações e implementar medidas oportunas de controle e prevenção. Além disso, busca enfatizar a importância da investigação de surtos, fornecendo ferramentas fundamentais para tal prática.

O documento apresenta um panorama dos surtos mais relevantes registrados no município na última década, permitindo compreender padrões, desafios e estratégias de resposta eficazes. Embora não descreva de forma exaustiva as características clínicas e epidemiológicas de cada doença ou agravo, reforça a importância do conhecimento prévio dessas informações e de sua atualização periódica em outros protocolos e documentos técnicos.

Nesta segunda edição, foram incorporados novos conteúdos e atualizações epidemiológicas e operacionais. Entre eles: um capítulo exclusivo sobre surtos de coqueluche, com orientações detalhadas para identificação e manejo; a ampliação das diretrizes para vigilância de surtos de síndrome gripal, abordando aspectos específicos de influenza e outros vírus respiratórios; e ajustes no procedimento de notificação de Hepatite A no SINAN Net, visando à padronização e à qualidade das informações.

Dessa forma, esse guia busca contribuir para o fortalecimento das ações integradas entre as equipes de Atenção Primária, Atenção Especializada e Vigilância em Saúde na resposta aos surtos de doenças e agravos de importância em saúde pública, em consonância com a Política Nacional de Vigilância em Saúde e o Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

1. INTRODUÇÃO

Surto é a situação em que há um aumento acima do esperado do número de casos de agravo ou doença, em uma área ou entre um grupo específico de pessoas, em determinado período. Para doenças raras, um único caso pode representar um surto (BRASIL, 2018).

1.1 OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO DE SURTOS

- Confirmar a ocorrência de um surto;
- Descrever o perfil dos casos;
- Identificar formas de interromper a cadeia de transmissão;
- Prevenir a ocorrência de novos casos.

Faz-se necessário que as ações de investigação e controle de surtos, rastreamento e monitoramento de casos sejam instituídas oportunamente e pautadas na integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde. Diante da suspeita ou confirmação de um surto, a comunicação da ocorrência deve ser IMEDIATA, conforme estabelecido para evento de saúde pública na Portaria GM/MS n.º 3.148, de 6 de fevereiro de 2024, ou seja, no ato ou em até 24 horas da constatação da suspeita ou confirmação, por meio de telefone ou e-mail.

O fluxo da comunicação segue conforme rotina da Vigilância em Saúde municipal para o CIEVS Rio. Esta comunicação não exclui o registro das notificações nos Sistemas de Informação em Saúde como preconizado:

- O total de casos deverá ser registrado pela Vigilância em Saúde municipal da unidade/instituição onde há ocorrência de casos, de forma agregada, no Módulo de Surto (SINAN NET — Módulo Surto), assinalando no campo Código do Agravo/Doença da "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) o código da Classificação Internacional de Doenças — 10ª Revisão (CID-10) correspondente à doença em investigação;
- Os casos individuais que são de notificação compulsória deverão ser registrados nos sistemas respectivos. Exemplo: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (notificações individuais da maioria dos agravos/doenças), e-SUS Notifica (notificações individuais de síndrome gripal) e Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) (notificações individuais de síndrome respiratória aguda grave).

1.2 DEZ PASSOS PARA A INVESTIGAÇÃO DE SURTOS

Em uma investigação de surto é necessário rapidez para se identificar a causa. Para uma investigação adequada, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e o Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (MS) recomendam que sejam seguidos 10 passos (BRASIL, 2018; CDC, 2018).

PASSO 1 — PREPARE-SE PARA O TRABALHO DE CAMPO

Os preparativos podem ser agrupados em duas grandes categorias: (a) questões científicas e investigativas; e (b) questões de gestão e operacionais. Como investigador de campo, deve-se ter o conhecimento científico, os insumos e os equipamentos apropriados para conduzir a investigação antes de partir para o campo. Para acumular conhecimento científico, deve-se revisar a literatura científica relevante disponível e discutir com profissionais experientes sobre a doença ou agravo. Deve-se, também, assegurar a disponibilidade dos insumos e equipamentos necessários, bem como o conhecimento das técnicas para coleta, armazenamento e transporte de amostras, se aplicável, incluindo os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para a proteção do investigador.

Quanto às questões de gestão e operacionais, deve-se montar, se aplicável, uma equipe com a expertise necessária e com as respectivas funções bem definidas. A logística de transporte dos membros deve ser previamente planejada, assim como a comunicação dos achados iniciais da investigação, incluindo a notificação do surto, o contato com o Serviço de Vigilância em Saúde (SVS) local, com a Divisão de Vigilância em Saúde (DVS) da área e com o CIEVS Rio, se aplicável.

PASSO 2 — CONFIRME O DIAGNÓSTICO

Para verificar a existência do surto, é necessário confirmar a ocorrência da doença ou agravo, confirmando se o diagnóstico está correto. Neste caso, exames complementares, realizados pelo Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels (LACEN) ou outros laboratórios de referência, podem ser necessários para confirmar o diagnóstico ou determinar espécies ou perfis genéticos dos agentes etiológicos. Além disso, podem ser realizadas entrevistas com profissionais de saúde e pacientes, revisão das anotações médicas e "contraprova" de amostras.

PASSO 3 — DETERMINE A EXISTÊNCIA DO SURTO

Neste passo, verifica-se qual é a situação do evento, se há uma elevação do número de casos na área e se os casos são realmente de um mesmo evento.

Quando é observado um aumento de casos de uma doença, em um período de tempo e espaço geográfico definidos, é provável que um surto tenha ocorrido ou esteja em curso. Eventualmente, o excesso de casos pode não representar um surto, mas uma mudança no sistema de vigilância ou uma melhora dos procedimentos de diagnóstico, ou até mesmo um erro de interpretação desse diagnóstico. Sendo assim, deve-se comparar os casos do evento com os registrados nas semanas, meses ou anos anteriores, no mesmo período da ocorrência dos atuais.

Para realizar a análise, podem ser usados os registros de vigilância epidemiológica, dados de atendimento e/ou internação, diagnóstico laboratorial, além de estudos anteriores sobre o evento.

PASSO 4 — DEFINA E CONTABILIZE OS CASOS

Definições de caso são um conjunto de critérios científicos que permitem incluir pessoas que têm ou tiveram a doença, bem como excluir aquelas que não estariam relacionadas.

Com o objetivo de verificar se o caso possui critérios para inclusão no surto, deve-se avaliar:

- Informação clínica e laboratorial sobre a doença;

- Características e vínculo epidemiológico entre as pessoas afetadas;
- Informação sobre o local ou região de ocorrência;
- Determinação do período em que ocorreu o surto.

Profissionais de saúde e demais cidadãos podem notificar ou transmitir um rumor sobre casos ou surtos, porém, frequentemente, esses casos relatados são apenas uma pequena porção do total de casos realmente existentes, sendo papel do investigador procurar por casos adicionais para determinar a verdadeira extensão geográfica do surto. Pode-se recorrer aos profissionais de saúde ou cidadãos que relataram o(s) caso(s) suspeito(s) ou confirmado(s) por contato via e-mail ou algum aplicativo móvel de troca de mensagens, para conduzir uma vigilância passiva estimulada, ou seja, para solicitar mais informações que possam servir como pistas para encontrar casos adicionais. Pode-se, também, telefonar ou visitar pessoalmente estes atores, para coletar informações sobre possíveis casos adicionais. Além disso, deve-se contatar o(s) caso(s) suspeito(s) ou confirmado(s) diretamente, para investigar a possibilidade de casos adicionais.

Com base na definição de caso, deve-se coletar informações que permitam incluir ou excluir as pessoas potencialmente afetadas e registrá-las, de forma que seja possível realizar a notificação e encaminhá-la aos serviços de vigilância competentes.

PASSO 5 — DESCREVA OS DADOS DO SURTO EM TEMPO, LUGAR E PESSOA

Caracterizar o surto segundo tempo, lugar e pessoa permite obter indícios sobre suas causas. A seguir encontra-se uma breve descrição sobre como realizar essa caracterização.

- **Tempo:** mostra o curso do surto ou epidemia. Para caracterizar o surto segundo o "tempo", pode-se utilizar gráficos com número de casos pela data do início dos sintomas (histograma ou curva epidêmica). Perguntas como "Quando ocorreu? Qual a duração do evento? Quando foi o início dos sintomas?" podem ajudar nesse processo.
- **Lugar:** fornece informações sobre a extensão geográfica do evento, demonstrando concentrações de casos ou padrões, que podem indicar o problema. A descrição do "lugar" é importante para responder à seguinte pergunta: "Onde ocorreram os casos?".
- **Pessoa:** com os dados coletados nas entrevistas com os doentes ou familiares é possível indicar o grupo de risco ou tipo de exposição. A descrição da "pessoa" possibilita identificar "Quais/Quem são os casos".

Esta etapa consiste na descrição de características chave das pessoas envolvidas no surto, do local em que ele ocorreu e em que momento ele ocorreu ou está ocorrendo. A partir desta caracterização, é possível identificar pessoas que estão em risco de serem afetadas pelo surto, assim como a sua etiologia, fonte e, se aplicável, os modos de transmissão que podem se tornar hipóteses testáveis.

Em relação ao tempo, é possível, por exemplo, construir uma curva epidêmica, um histograma que descreve o curso de tempo de um surto. A partir das informações sobre o espaço, pode-se realizar uma análise espacial dos dados utilizando mapas, plotando, por exemplo, a

localização dos casos, dos eventos, dos fatores ambientais ou outros dados relevantes. Já as características pessoais podem ser organizadas em uma planilha de caracterização, incluindo variáveis de identificação e de possíveis fatores de risco.

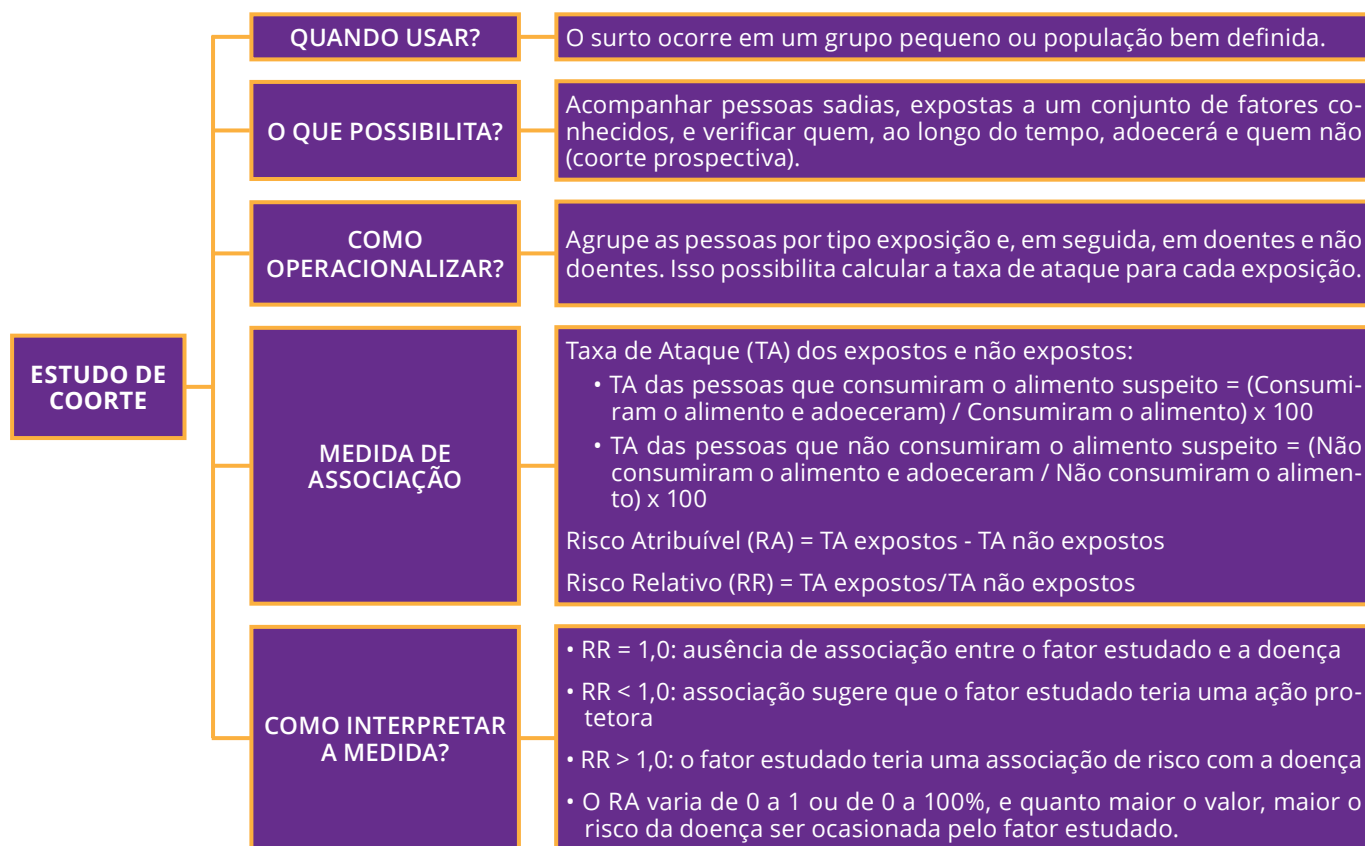
PASSO 6 — CONSIDERE SE AS MEDIDAS DE CONTROLE PODEM SER IMPLEMENTADAS AGORA

As medidas de controle preliminares podem ser instituídas com base em informações iniciais e depois modificadas, conforme necessário, à medida que a investigação prossegue. Em geral, tais medidas incluem intervenções direcionadas à fonte do agente infeccioso e causadores de doenças e às pessoas suscetíveis a tais agentes.

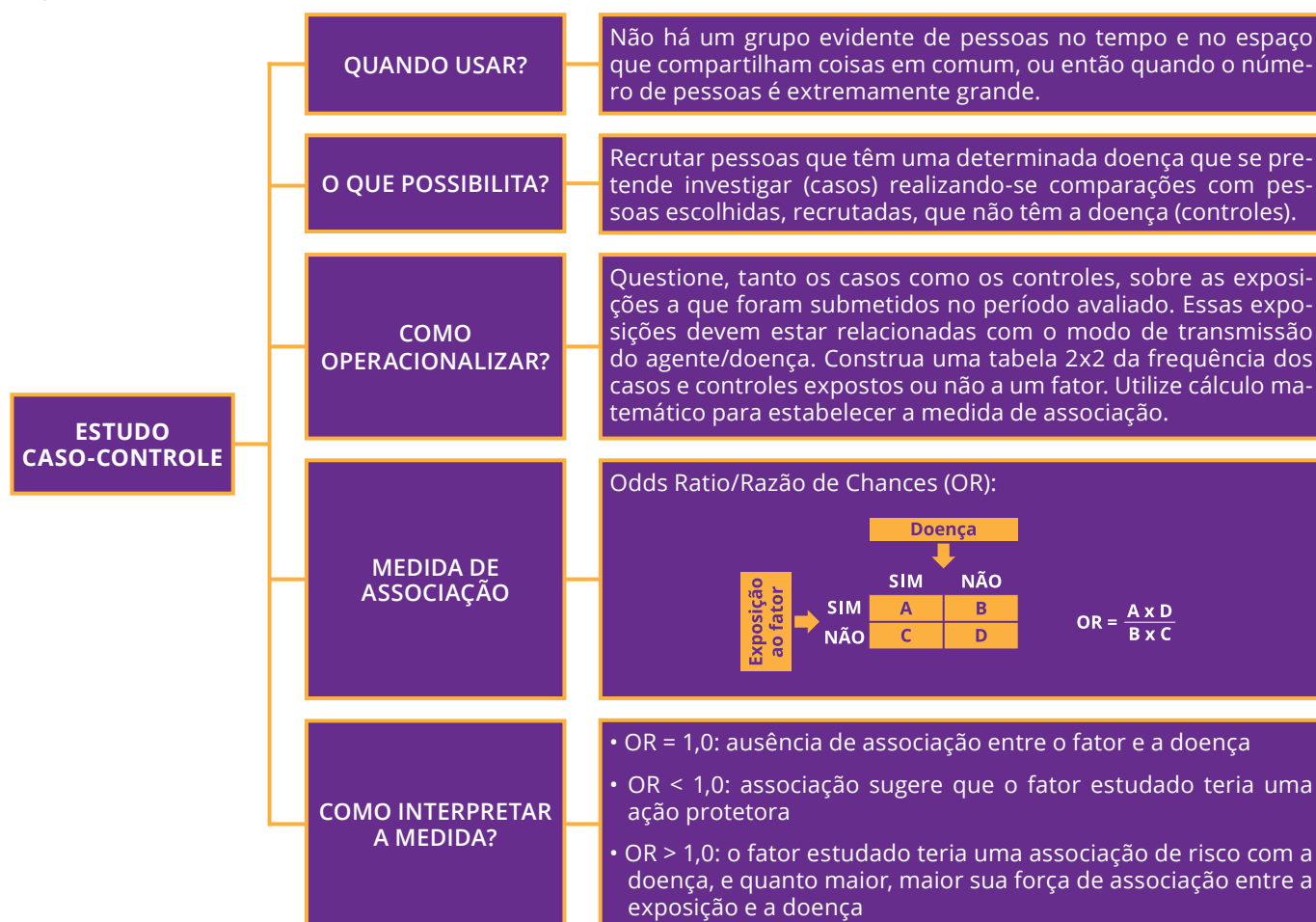
PASSO 7 — DESENVOLVA E TESTE HIPÓTESES

O levantamento de hipóteses testáveis frequentemente ocorre de forma contínua desde o primeiro contato com a notificação ou rumor. Contudo, nesta etapa da investigação é possível confirmar ou descartar as hipóteses a partir da epidemiologia descritiva ou analítica. A depender do surto, apenas os dados descritivos são suficientes para se demonstrar a causa do mesmo, corroborada pela análise da fonte mais prevalente e o agente etiológico encontrado. Já a epidemiologia analítica deve ser utilizada para surtos onde há várias exposições envolvidas e a causa não é clara. Por este método, é possível testar as hipóteses comparando grupos de doentes e não doentes que se expuseram ou não a cada um dos fatores suspeitos. Os estudos analíticos mais utilizados em investigações de surtos de doenças transmissíveis são o de coorte (Figura 1) e o caso-controle (Figura 2).

Figura 1. Esquema de delineamento dos estudos de coorte



Fonte: Equipe CIEVS Rio. Adaptado do Guia para Investigação de Surtos ou Epidemias. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Figura 2. Esquema de delineamento dos estudos caso-controle

Fonte: Equipe CIEVS Rio. Adaptado do Guia para Investigação de Surtos ou Epidemias. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

PASSO 8 — PLANEJAR UM OU MAIS ESTUDOS COMPLEMENTARES

Quando as hipóteses eventualmente não são geradas adequadamente, mesmo os estudos epidemiológicos analíticos não são suficientes para testá-las. Nesses casos, é necessário reconsiderar as informações coletadas e refinar as hipóteses.

PASSO 9 — IMPLEMENTE E AVALIE AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Os objetivos principais da maioria das investigações de surtos são controlá-los e prevenir que outras pessoas sejam acometidas. Desse modo, medidas de prevenção e controle devem ser implementadas tão cedo quanto possível, isto é, não necessariamente após todas as etapas descritas até aqui. As medidas de controle são geralmente direcionadas a um ou mais elementos da cadeia de transmissão (agente etiológico/causador, fonte, via de transmissão, porta de entrada ou hospedeiro) que são suscetíveis à intervenção.

A confidencialidade é um elemento muito importante a ser levado em conta na aplicação das medidas de prevenção e controle, mas também na coleta, armazenamento, tratamento, análise e compartilhamento de dados e informações. As pessoas envolvidas em surtos podem sofrer estigma, discriminação e rejeição, caso suas informações pessoais sejam divulgadas ou vazadas.

A avaliação do impacto das medidas de controle é essencial não só para monitorar novos casos e evidências do efeito das medidas de controle, mas também para orientar a tomada de decisões sobre necessidades adicionais. Portanto, os esforços de avaliação devem ser implementados simultaneamente com as medidas de controle, para avaliar sua eficácia na atenuação e extinção do surto.

PASSO 10 — COMUNIQUE OS ACHADOS

A etapa final do processo de investigação de surtos envolve não só a sumarização da investigação, dos achados e do resultado em um relatório, mas também o compartilhamento deste relatório de maneira eficaz aos SVS, às autoridades de saúde responsáveis pela realização das medidas e aos envolvidos no surto.

O total de casos deverá ser registrado pela Vigilância em Saúde municipal da unidade/instituição onde há a ocorrência de casos. Esse dado será lançado, de forma agregada, no Módulo de Surto (SINAN NET — Módulo Surto), assinalando no campo Código do Agravado/Doença da "Ficha de Investigação de Surto" o código CID-10 correspondente à doença em investigação.

Os casos individuais que são de notificação compulsória deverão ser registrados nos sistemas respectivos. Exemplo: SINAN NET, e-SUS Notifica e SIVEP-Gripe. A "Ficha de Investigação de Surto", a "Planilha para Acompanhamento de Surto", a "Ficha de Investigação de Surto — DTA" e a "Planilha para Investigação de Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA)" estão em anexo nesta edição (Anexos 1, 2, 3 e 4, respectivamente).

2. ORIENTAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO/NOTIFICAÇÃO DE SURTOS

É de responsabilidade da Área Programática (AP) de ocorrência do surto a investigação epidemiológica, a digitação, o monitoramento e o encerramento no SINAN NET, independentemente de onde os casos residam. Apesar de cada área ter sua organização local, é imperiosa e uniforme a responsabilidade dos profissionais da Unidade de Resposta Rápida (URR) no matriciamento e na garantia da execução das ações necessárias que permeiam a investigação do surto, não isentando outros profissionais das DVS, SVS e unidades de saúde do território das ações que lhe competem ou de dar apoio, quando necessário. Se for preciso, a URR da área de residência ou profissionais de outras URR poderão ser acionados para complementar/apoiar a investigação. Considerando a relevância da informação para ação, a URR deverá descrever todos os surtos investigados em pessoa, tempo e lugar de forma organizada e sistemática e enviar, em até 24 horas e pelo meio de comunicação mais rápido, ao CIEVS Rio.

Os diversos documentos técnicos de referência trazem orientações variadas no que tange às definições de surtos de algumas doenças e à sua investigação epidemiológica, sendo necessário o exercício de compilar e uniformizar as ações de vigilância em saúde dessas doenças e dos surtos nas rotinas já estabelecidas no MRJ. Assim, em geral, a investigação epidemiológica de um caso individual suspeito de uma doença de notificação compulsória será conduzida pela Vigilância em Saúde local, unidade de saúde notificante e unidade de saúde de

residência, conforme rotina. O profissional da URR deve apoiar a investigação, especialmente em doenças com potencial para surto e/ou Emergência em Saúde Pública (ESP). Nas doenças em que os documentos técnicos referem que um caso confirmado já é considerado surto, além do apoio na investigação, a URR realiza, em conjunto com os parceiros da investigação, orientações sobre as medidas de prevenção e controle, e inserção do surto no SINAN NET (Módulo Surto). Portanto, a cooperação e o intercâmbio de informações entre as áreas envolvidas são fatores essenciais para a boa qualidade da investigação.

O quadro a seguir lista as doenças/agravos que possuem orientação de serem digitados como surto e as orientações para inserção no SINAN NET (Quadro 1).

Quadro 1. Protocolo de digitação e período de monitoramento dos surtos no SINAN NET (Módulo Surto)

DOENÇA/AGRAVO	CID-10 SURTO	CID-10 DIAGNÓSTICO	MODO PROVÁVEL DE TRANSMISSÃO	DEFINIÇÃO DE SURTO	MONITORAMENTO
Botulismo	A05.1	N/A	Indireta	1 caso	30 dias
Brucelose humana (transmissão alimentar)	A23	N/A	Indireta	2 ou mais	30 dias
Caxumba	B26	B26	Direta	3 ou mais	25 dias
Caxumba (hospitalizado)	B26	B26	Direta	1 caso	25 dias
Cólera	A00.9	N/A	Indireta	1 caso	30 dias
Conjuntivite*	H10	H10	Direta	2 ou mais	15 dias
Coqueluche	A37.9	A37.9	Direta	2 ou mais	42 dias
Doença de Chagas aguda (transmissão alimentar)	B57.1	N/A	Indireta	2 ou mais	30 dias
Doença de Haff (transmissão alimentar)	R69.9	N/A	Indireta	2 ou mais	30 dias
Doença diarreica aguda	A08	N/A	Indireta	2 ou mais	14 dias
Doença mão-pé-boca*	R69.9	B08.4	Direta	2 ou mais	7 dias
Doença meningocócica (mesmo sorogrupo)	G03.9	G03.9	Direta	3 ou mais	30 dias
Eritema infeccioso*	R69.9	B08.3	Direta	2 ou mais	14 dias
Escabiose*	R69.9	B86	Direta	2 ou mais	42 dias
Escarlatina*	R69.9	A38	Direta	2 ou mais	10 dias
Esquistossomose**	B65.9	B65.9	Direta	2 ou mais	30 dias
Febre maculosa**	A77.9	A77.9	Direta	2 ou mais	30 dias
Febre Q*	R69.9	A78	Direta	2 ou mais	30 dias
Febre tifoide	A01.0	N/A	Indireta	2 ou mais	30 dias
Hepatite A**	B19	B15	Direta	2 ou mais	45 dias
Hepatite A**	B19	N/A	Indireta	2 ou mais	45 dias
Hepatite C**	B19	B17.1	Direta	2 ou mais	6 meses

DOENÇA/AGRAVO	CID-10 SURTO	CID-10 DIAGNÓSTICO	MODO PROVÁVEL DE TRANSMISSÃO	DEFINIÇÃO DE SURTO	MONITORAMENTO
Impetigo*	R69.9	L01.0	Direta	2 ou mais	10 dias
Infecção por coronavírus	B34.2	B34.2	Direta	3 ou mais	10 dias
Influenza	J06	J10	Direta	3 ou mais	10 dias
Intoxicação exógena**	T65.9	T65.9	Indireta	2 ou mais	14 dias
Intoxicação exógena (transmissão alimentar)	T65.9	N/A	Indireta	2 ou mais	14 dias
Poliovírus	A80.9	A80.9	Direta	1 caso	30 dias
Rotavírus	A08.0	N/A	Indireta	2 ou mais	14 dias
Rubéola	B09	B06	Direta	1 caso	30 dias
Sarampo	B09	B05	Direta	1 caso	30 dias
Síndrome gripal	J06	J06	Direta	3 ou mais	10 dias
Síndrome hemolítico-urêmica	R69.9	N/A	Indireta	1 caso	10 dias
Toxoplasmose (transmissão alimentar)	B58	N/A	Indireta	2 ou mais	30 dias
Varicela	B01	B01	Direta	2 ou mais	21 dias
Varicela (hospitalizado)	B01	B01	Direta	1 caso	21 dias

N/A: Não se aplica. *O caso individual da doença ou agravo não é de notificação compulsória e não possui definição de surto estabelecida pelo MS. **O caso individual da doença ou agravo é de notificação compulsória e não possui definição de surto estabelecida pelo MS. Para os surtos sem definição estabelecida pelo MS foi utilizado critério adotado pelo CIEVS Rio. Fontes: SINAN NET e CIEVS Rio.

Em situações em que o caso resida em área diferente da notificante, o nível local deverá comunicar a ocorrência do surto para as demais AP envolvidas, para investigação domiciliar. Se o caso residir em outro município, o nível local deverá comunicar ao CIEVS Rio, que repassará a notificação para a Secretaria de Estado de Saúde (SES).

A seguir serão descritas as orientações para notificação, investigação, monitoramento e adoção de medidas de prevenção e controle dos principais surtos de doenças ou agravos já notificados no MRJ nos últimos 10 anos, por ordem de maior ocorrência.

2.1 SÍNDROME GRIPAL POR COVID-19 (CID-10 B34.2), INFLUENZA (CID-10 J10) OU OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS (CID-10 J06)

A síndrome gripal (SG) é caracterizada por um 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 gustativos. Em crianças, além dos itens anteriores, considera-se, também, obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Nos idosos deve-se considerar, também, critérios específicos de agravamento, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Para mais informações sobre SG, como principais agentes virais envolvidos, abordagem terapêutica, tempo de afastamento e imunização, consulte a Nota Técnica no Ofício n.º SMS-O-FI-2023/17992, disponível também na Plataforma SUBPAV, e o "Guia de Vigilância Integrada da Covid-19, Influenza e Outros Vírus Respiratórios de Importância em Saúde Pública (2024)".

2.1.1 Definição de surto

A definição de surto de SG dependerá do agente etiológico.

- **Surto de síndrome gripal por covid-19:** Ocorrência de, pelo menos, três casos de SG, com vínculo epidemiológico em ambientes fechados/restritos, com intervalo de até sete dias entre as datas de início dos sintomas dos casos. Pelo menos um caso deve possuir confirmação laboratorial para SARS-CoV-2 por meio de Teste Rápido de Antígeno (TR-Ag) ou *Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction* (RT-PCR).
- **Surto de SG por influenza:** Ocorrência de, pelo menos, três casos de SG, com vínculo epidemiológico em ambientes fechados/restritos, com intervalo de até sete dias entre as datas de início dos sintomas dos casos. Pelo menos um caso deve possuir confirmação laboratorial (TR-Ag ou RT-PCR) para influenza.
- **Surto de SG por outros vírus respiratórios:** Ocorrência de, pelo menos, três casos de SG, com vínculo epidemiológico em ambientes fechados/restritos, com intervalo de até sete dias entre as datas de início dos sintomas dos casos. Os resultados laboratoriais das amostras coletadas devem apontar para a identificação de outros vírus respiratórios (em uma ou mais amostras) OU para a ausência de identificação viral (amostras com resultado não detectável). Deve-se considerar esta definição para surtos de SG em que não houve oportunidade para coleta de amostras.

Entende-se por ambientes fechados/restritos: asilos e clínicas de repouso; creches e demais unidades escolares; 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.

Em relação ao surto ocorrido em unidade hospitalar, deve-se observar se os casos iniciaram os sintomas durante o período da internação e, no mínimo, 72 horas após a admissão.

Em geral, os surtos dessas naturezas, quando ocorridos em ambiente domiciliar, não são de notificação compulsória. Na ocorrência de casos nesse ambiente, deve-se investigar se há vínculo epidemiológico com possíveis contatos sintomáticos ou assintomáticos com confirmação da doença em ambientes fechados/restritos.

2.1.2 Notificação

O surto de SG por covid-19, influenza ou outros vírus respiratórios se enquadra como um evento de saúde pública, conforme descrito na portaria de notificação vigente. Assim, o surto é um evento de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, que deve ser realizada pela rede assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção. Portanto, todas as suspeições e rumores de casos com vínculo epidemiológico devem ser informados à Vigilância em Saúde, para que iniciem a investigação de maneira oportuna.

Após investigação epidemiológica de um surto de SG, a "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) do módulo de surto do SINAN NET deverá ser completamente preenchida, conforme a identificação viral:

- **Surto de SG por covid-19:** assinalar no campo CID-10 da "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) do SINAN NET o código B34.2 (Infecção por coronavírus de localização não especificada) e manter o código B34.2 na "Planilha para Acompanhamento de Surto" (Anexo 2);
- **Surto de SG por influenza:** assinalar no campo CID-10 da "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) do SINAN NET o código J06 (Síndrome gripal) e utilizar o código J10 (Influenza devida a outro vírus da influenza [gripe] identificado), na "Planilha para Acompanhamento de Surto" (Anexo 2) do SINAN NET;
- **Surto de SG por outros vírus respiratórios:** assinalar no campo CID-10 da "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) do SINAN NET o código J06 (Síndrome gripal) e manter o código J06 na "Planilha para Acompanhamento de Surto" (Anexo 2). Acrescentar no campo "observação" da ficha de notificação os nomes dos vírus identificados nos resultados laboratoriais (p.ex.: Vírus Sincicial Respiratório).

Os casos individuais suspeitos ou confirmados de covid-19 vinculados ao surto de SG devem ser notificados e encerrados individualmente no sistema e-SUS Notifica, e os casos do surto de SG que evoluírem para forma grave, de acordo com a definição de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), devem ser notificados individualmente no SIVEP-Gripe. A unidade notificante é responsável por digitar os casos individuais nos sistemas, porém, as que não possuem acesso ao SIVEP-Gripe devem enviar a ficha de notificação individual preenchida ao SVS ou à DVS de referência.

2.1.3 Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de SG, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica (NHVE) (quando o surto for hospitalar) e o SVS da área de ocorrência e de residência (quando necessário), com matriciamento da DVS, por meio da URR, e acompanhamento do CIEVS Rio.

A rede assistencial do MRJ possui disponível em todas as Unidades de Atenção Primária (UAP) testes rápidos de antígeno para detecção de vírus respiratórios, sendo eles o TR-Ag SARS-CoV-2 ou TR-Ag COMBO (SARS-CoV-2, Influenza A e Influenza B). Para a adequada investigação laboratorial, visando à confirmação dos surtos de SG, deve-se realizar TR-Ag em todos os casos sintomáticos com até sete dias de início dos sintomas e, independentemente do resultado do TR-Ag, coletar até três amostras aleatórias para a realização da técnica RT-PCR (técnica considerada padrão ouro para o diagnóstico) no LACEN.

Se em um mesmo surto forem identificadas amostras detectáveis para vírus diferentes, deve-se avaliar a possibilidade da ocorrência de dois surtos concomitantemente. Não sendo

identificada a ocorrência de dois surtos, deve-se reforçar a investigação epidemiológica para classificar o surto por um agente viral único.

Algumas questões podem ser norteadoras para classificar um surto de SG quando há identificação de dois ou mais vírus respiratórios em amostras clínicas, como, por exemplo, avaliar:

- O número de amostras detectáveis para os diferentes vírus;
- As manifestações clínicas dos casos sintomáticos;
- A idade dos casos;
- A data de início dos sintomas dos casos sintomáticos e/ou a data da coleta das amostras;
- O contato próximo, direto e prolongado, e a última data de contato entre os casos envolvidos nos surtos;
- O cenário de circulação atual dos vírus respiratórios no município a partir das estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde, como a vigilância sentinela e a vigilância laboratorial universal.

Os casos com identificação de outros vírus respiratórios que não aqueles da classificação do surto ou casos sem identificação viral não devem ser excluídos do surto, visto que são casos de síndrome gripal. Nessas situações, o caso deve ser inserido na Planilha de Acompanhamento e utilizado o critério clínico epidemiológico para associá-lo ao surto.

Os resultados laboratoriais a partir do RT-PCR serão importantes para confirmar laboratorialmente o surto (nos casos com TR-Ag negativo) como também para fortalecer a vigilância laboratorial e epidemiológica de vírus respiratórios na cidade (identificação de subtipagem e linhagens de influenza ou vigilância genômica de SARS-CoV-2).

A coleta deverá ser feita, preferencialmente, antes do início do tratamento com antiviral. No entanto, a coleta deve ser realizada mesmo que o tratamento tenha sido iniciado ou terminado. As amostras deverão ser mantidas em temperatura adequada de refrigeração (entre +2°C e +8°C) e encaminhadas ao laboratório, se possível no mesmo dia da coleta ou, no máximo, até 72 horas após a coleta. Para os casos graves, nos quais o paciente encontra-se entubado, pode-se proceder à coleta de aspirado da secreção traqueal.

Para saber mais informações referentes à conduta laboratorial consulte o "Guia Rápido de Coleta, Armazenamento, Transporte e Entrega de Amostras Biológicas" do LACEN.

2.1.4 Encerramento

Considerando o período de incubação da covid-19, o monitoramento do surto de SG deve ser mantido por 10 dias, visando ao acompanhamento dos casos e contatos próximos, além da avaliação da efetividade das medidas de prevenção e controle estabelecidas. O surto deverá ser encerrado no SINAN NET 10 dias após a data de início dos sintomas do último caso confirmado (por critério laboratorial ou clínico epidemiológico). Se o último caso confirmado incluído no surto for assintomático, considerar a data da testagem em substituição à data de início dos sintomas.

2.1.5 Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de um surto de SG por covid-19, influenza ou outros vírus respiratórios, é importante executar ações que visem restringir a disseminação do vírus, reduzir a ocorrência de casos graves da doença e reduzir os números de internações, complicações e óbitos.

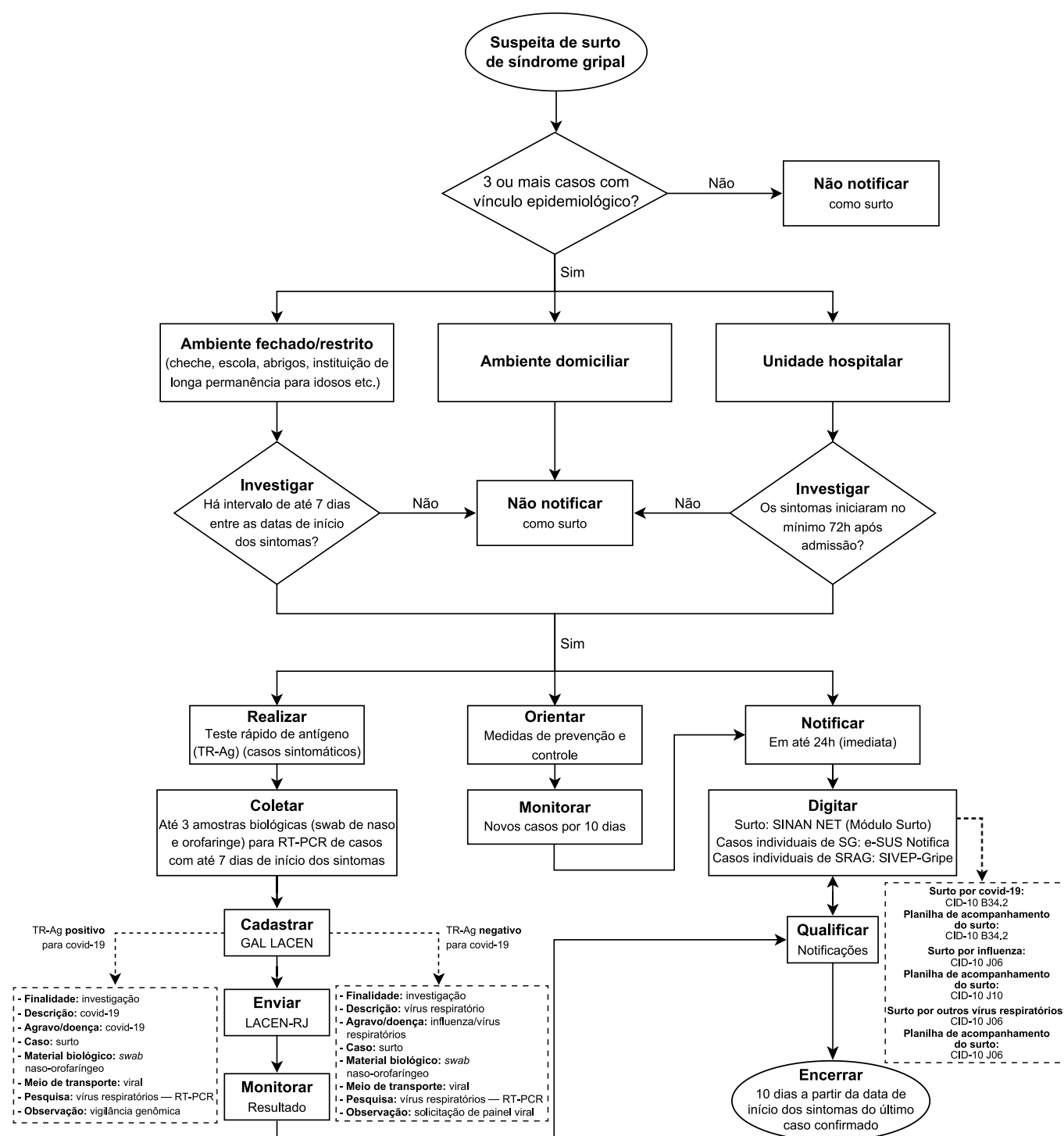
MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE PARA SURTOS DE SG POR COVID-19, INFLUENZA OU OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS

- Distanciamento físico: Limitar o contato próximo entre pessoas infectadas e outras pessoas, recomendando a manutenção de uma distância física mínima de, pelo menos, um (1) metro de outras pessoas em locais públicos, reduzindo a chance da infecção por gotículas de pessoas infectadas.
- Etiqueta respiratória: Promover um conjunto de medidas que devem ser adotadas para evitar e/ou reduzir a disseminação de pequenas gotículas oriundas do aparelho respiratório, buscando evitar possível contaminação de outras pessoas que estão em um mesmo ambiente. A etiqueta respiratória consiste nas seguintes ações:
 - Cobrir nariz e boca com lenço de papel ou com o antebraço, e nunca com as mãos, ao tossir ou espirrar — descartar adequadamente o lenço utilizado;
 - Evitar tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas, e se tocar, sempre higienizar as mãos, como já indicado;
 - Manter uma distância mínima de cerca de um (1) metro de qualquer pessoa tossindo ou espirrando;
 - Evitar abraços, beijos e apertos de mãos — adotar um comportamento amigável sem contato físico;
 - Higienizar com frequência os brinquedos das crianças e aparelhos celulares, e não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos;
 - Evitar aglomerações, principalmente em espaços fechados, e manter os ambientes limpos e bem ventilados.
- Higienização das mãos: Orientar que a higienização das mãos é a medida isolada mais efetiva na redução da disseminação de doenças de transmissão respiratória.
 - Reforçar, em unidades de saúde, a necessidade de lavatórios para higienização de mãos com o uso de sabonete líquido, papel-toalha e lixeira com tampa acionada por pedal em áreas administrativas, sala de procedimentos de enfermagem, consultórios, corredores de acesso a dormitórios, refeitórios, áreas de convivência, pátios e lavanderias.
 - Reforçar medidas de higiene das mãos com o uso do álcool em gel a 70% em local de circulação de pessoas que não disponibilizem lavatório para as mãos, como: entrada da instituição, hall dos elevadores de todos os andares, corredores e acessos específicos.
- Uso de máscaras: Reforçar que as máscaras podem ser usadas para a proteção de pessoas saudáveis (quando em contato com alguém infectado) ou para controle da fonte (quando usadas por alguém infectado para prevenir transmissão subsequente). O uso de máscaras

deve ser feito, no entanto, de maneira complementar a outras medidas nos âmbitos individual e comunitário, como higienização das mãos, distanciamento social, etiqueta respiratória e outras medidas de prevenção.

- Ventilação em ambientes: Reforçar a importância de uma boa ventilação em ambientes internos, para prevenir a transmissão em ambientes coletivos.
- Limpeza e desinfecção de ambientes: Orientar sobre a rotina de desinfecção dos ambientes e de utensílios, com a utilização de saneantes adequados e certificados, mantendo os registros das realizações (local, data e horário) em formulário próprio.
- Isolamento: Orientar quanto às medidas de isolamento, que podem ocorrer entre 5 e 10 dias, dependendo do vírus identificado e da sintomatologia no fim do período. Ver o Ofício n.º SMS-OFI-2023/17992.
- Vacinação: Verificar a situação vacinal para covid-19 e influenza conforme indicações do Calendário Nacional de Vacinação para todos os expostos, recomendando, segundo as normas vigentes, a vacinação pela UAP das pessoas assintomáticas elegíveis e as sintomáticas elegíveis 28 dias após o fim dos sintomas. Para mais informações sobre vacinação contra covid-19 e influenza, acesse o "Informe Técnico Operacional de Vacinação Contra a Covid-19" e o "Informe Técnico Operacional de Vacinação contra a Influenza".
- Tratamento covid-19: Verificar e encaminhar para possível tratamento com antiviral. É recomendado o uso de Nirmatrelvir/Ritonavir para pacientes imunossuprimidos com idade maior ou igual a 18 anos OU pessoas com idade maior ou igual a 65 anos que possuam sintomas leves a moderados (não graves) que não requeiram oxigênio suplementar, independentemente da condição vacinal, E com teste reagente/detectável para SARS-CoV-2, seja pelas metodologias de TR-Ag ou RT-PCR, E no prazo de cinco dias após o início dos sintomas. Acesse o "Guia para uso do Antiviral Nirmatrelvir/Ritonavir em Pacientes com Covid-19, não Hospitalizados e de Alto Risco" para posologia e outras orientações.
- Tratamento/quimioprofilaxia influenza: Verificar e encaminhar para possível tratamento e/ou quimioprofilaxia com antiviral. Além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação, está indicado o uso de fosfato de oseltamivir para todos os casos de SG que tenham condições e fatores de risco para complicações, independentemente da situação vacinal, mesmo em atendimento ambulatorial. Residentes de alto risco em Instituições de Longa Permanência (ILP), durante surtos na instituição, deverão receber quimioprofilaxia se tiverem comorbidades. A quimioprofilaxia para todos os residentes ou internos é recomendada para controlar surtos somente se a ILP for destino para pessoas com condições e fatores de risco para complicações. É recomendável a quimioprofilaxia com antiviral na instituição por, no mínimo, duas semanas e até, pelo menos, sete dias após a identificação do último caso. Acesse o "Guia de Vigilância em Saúde, 2024, volume 1" e o "Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública (2024)" para saber as condições e fatores de risco para complicações e a posologia para tratamento e quimioprofilaxia.

2.1.6 Fluxograma para investigação de surtos de SG por covid-19, influenza e outros vírus respiratórios



Definição de caso:

- **Definição de caso suspeito de síndrome gripal (SG):** 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; e distúrbios olfativos ou gustativos.
- **Definição de caso suspeito de síndrome respiratória aguda grave (SRAG):** SG que apresenta dispneia/desconforto respiratório, ou pressão persistente no tórax, ou saturação de O₂ < 95% em ar ambiente, ou coloração azulada de lábios/face.

Fonte: Elaborado pela equipe CIEVS Rio.

2.2 VARICELA (CID-10 B01)

A varicela é uma doença caracterizada por quadro discreto de febre moderada, de início súbito, que dura de dois a três dias, e sintomas generalizados inespecíficos (mal-estar, adinamia, anorexia, cefaleia e outros) e erupção cutânea pápulo-vesicular, que se inicia na face, no couro cabeludo ou no tronco (distribuição centrípeta — cabeça e tronco).

Para saber mais informações sobre a doença, consulte as páginas 347 a 362 do "Guia de Vigilância em Saúde, 2024, volume 1", e as páginas 68 e 69 do "Guia Rápido de Vigilância em Saúde — Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis Agudas".

2.2.1 Definição de surto

É considerado surto de varicela a ocorrência de dois casos ou mais com vínculo epidemiológico em ILPI, hospitais, creches, escolas, locais com população privada de liberdade, entre outros. Um contato de caso de varicela é caracterizado pela associação do indivíduo com uma pessoa infectada de forma íntima e prolongada, por período igual ou superior a uma hora, e/ou dividindo o mesmo ambiente (hospitalar, creches/escolas, ambiente de trabalho, entre outros), tendo criado, assim, a possibilidade de contrair a infecção.

Define-se surto em ambiente hospitalar a ocorrência de um único caso confirmado de varicela cujo aparecimento do exantema ocorreu, no mínimo, 48 horas após a admissão. Em geral, os surtos em ambiente domiciliar não são de notificação compulsória. Na ocorrência de casos nesse ambiente, investigar vínculo epidemiológico com possíveis contatos sintomáticos em ambientes institucionais (escolas, creches, hospitais, entre outros).

2.2.2 Notificação

O surto de varicela se enquadra como um evento de saúde pública, conforme descrito na portaria de notificação vigente. Assim, o surto é um evento de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, que deve ser realizada pela rede assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção. Portanto, todas as suspeições e rumores de casos com vínculo epidemiológico devem ser informados à Vigilância em Saúde, para que iniciem a investigação de maneira oportuna.

Após a investigação epidemiológica de um surto de varicela, a ficha de investigação do Módulo de Surto do SINAN NET deverá ser completamente preenchida. Deve-se assinalar no campo CID-10 da "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) do SINAN NET o código B01 (Varicela) e o modo provável de transmissão "DIRETA" (campo 25 — opção 1). Deve-se manter a utilização do código B01 para todos os casos inseridos na "Planilha para Acompanhamento de Surto" (Anexo 2) no SINAN NET.

Os casos individuais vinculados ao surto de varicela, segundo a Resolução SES n.º 2.485, de 18 de outubro de 2021, deverão ser notificados e registrados semanalmente no SINAN NET, por meio da "Ficha de Notificação/Conclusão". Os casos graves e óbitos são de notificação compulsória imediata (em até 24 horas). A unidade notificante é responsável por digitar os casos individuais no sistema ou enviar a ficha para o SVS e/ou DVS, conforme o fluxo local.

2.2.3 Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de varicela, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o NHVE (quando o surto for hospitalar) e o SVS da área de ocorrência e de residência (quando necessário), com matriciamento da DVS, por meio da URR, e acompanhamento do CIEVS Rio.

Para caracterizar os casos de varicela envolvidos em um surto, os profissionais de saúde devem avaliar se o quadro clínico é compatível com a doença e se estão evoluindo com a forma grave (que pode exigir hospitalização e aumentar o risco de morte). E se a infecção ocorreu em pessoas pertencentes a grupos de risco, como gestantes, recém-nascidos e indivíduos com o sistema imunológico enfraquecido. Essa investigação possibilitará a implementação de medidas de controle de forma rápida e eficaz.

Após a caracterização dos casos (independentemente da gravidade da doença), deve-se avaliar se as pessoas com sintomas clínicos da doença tiveram contato com pessoas não doentes, seja por meio de deslocamento ou convívio pessoal. A partir da identificação desses contatos, deve-se verificar a situação vacinal dos mesmos e avaliar a necessidade de realização de vacinação de bloqueio contra varicela, conforme recomendado pelo Programa Nacional de Imunizações por meio da Instrução Normativa referente ao Calendário Nacional de Vacinação — 2025.

Os exames laboratoriais não são utilizados para confirmação ou descarte dos casos de varicela, exceto quando é necessário fazer o diagnóstico diferencial em casos graves e óbitos, ou quando há apresentações clínicas menos típicas, como em pessoas com sistema imunológico suprimido que podem manifestar herpes-zoster disseminado. A Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN), não realiza exame de rotina para esse diagnóstico.

2.2.4 Encerramento

O monitoramento do surto deve ser feito por 21 dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no SINAN NET.

2.2.5 Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de um surto de varicela, é importante executar ações que visem restringir a disseminação do vírus, reduzir a ocorrência de casos graves da doença e reduzir os números de internações, complicações e óbitos.

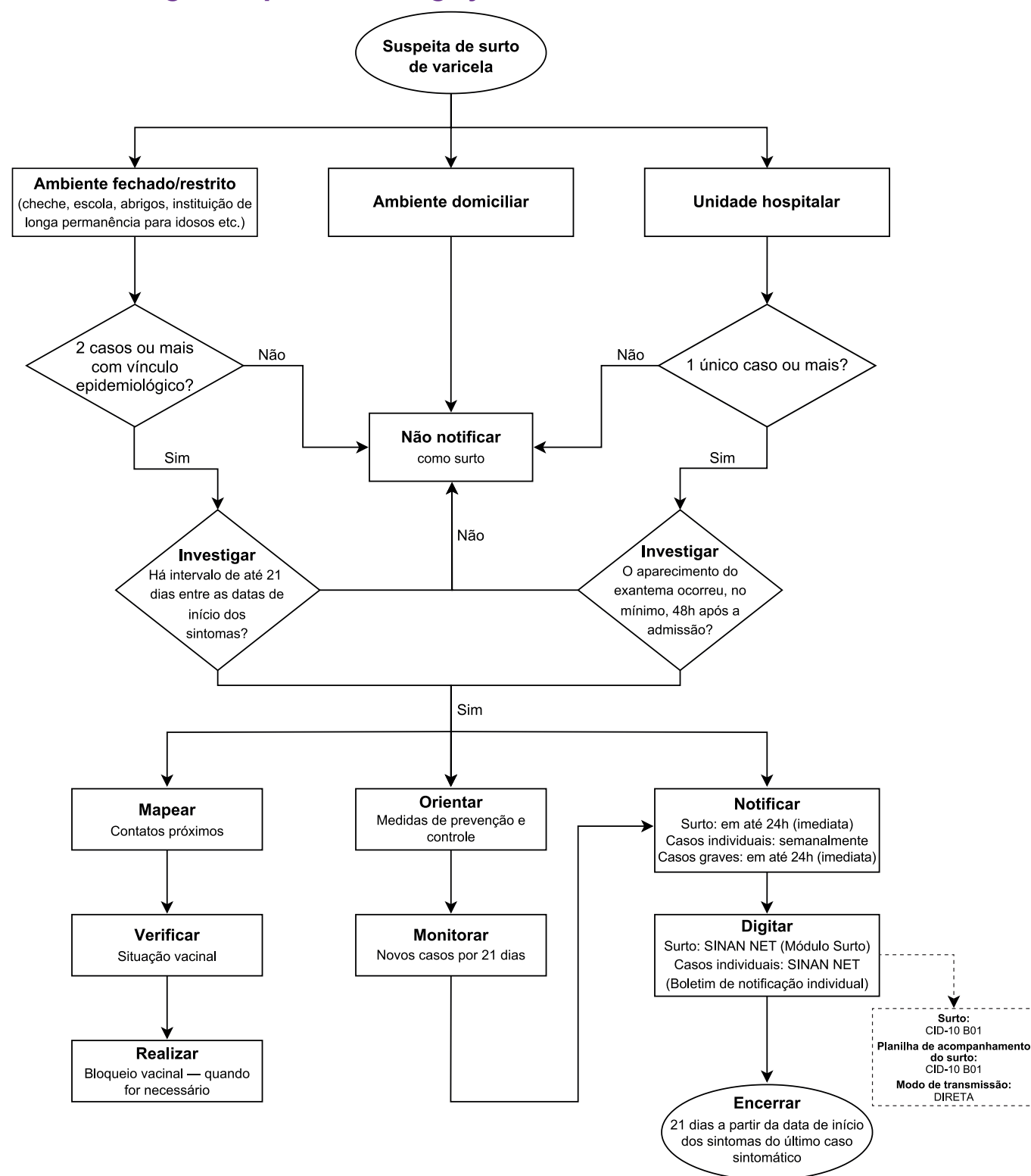
MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE EM SURTOS DE VARICELA

- Em ambiente hospitalar, creches, escolas e outras instituições (presídios, asilos, abrigos, entre outros), deve-se identificar o número de pessoas que são contatos dos casos da

doença para verificar o quantitativo necessário de doses de vacina e de Imunoglobulina Humana Antivaricela-zóster (IGHAV), para a realização do bloqueio. A vacinação deve ser realizada de forma seletiva e de acordo com as indicações do Calendário Nacional de Vacinação e da Coordenação do Programa de Imunização (CPI) municipal. A vacinação de bloqueio segue normativas do MS.

- Após o contato com caso suspeito ou confirmado de varicela, recomenda-se a realização da vacina em suscetíveis (indivíduos sem história bem definida da doença ou de vacinação anterior) no período de 120 horas (cinco dias) ou a administração da IGHAV em 96 horas (quatro dias).
- É importante ainda, na admissão de novas crianças em ambiente escolar/creche, verificar se a situação vacinal contra varicela está atualizada, conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação.
- Reforçar medidas de higiene das mãos após tocar nas lesões da doença e em objetos contaminados com secreções nasofaríngeas.
- Orientar medidas de isolamento:
 - Afastamento das atividades habituais (trabalho, escola, entre outras) até todas as lesões terem evoluído para crostas;
 - Crianças que são imunodeprimidas ou que apresentam quadro clínico prolongado só deverão retornar às atividades após o término da erupção vesicular;
 - Casos de varicela internados devem ser mantidos em isolamento de contato e respiratório até a fase de crosta.
- Orientar quanto a imunização diante de surtos em ambiente hospitalar.
- Tratamento: De acordo com o "Guia de Vigilância em Saúde, 2024, volume 1 ", o tratamento para varicela em indivíduos sem risco de agravamento é principalmente sintomático, seguindo as orientações médicas. Este tratamento inclui a administração de antitérmicos, analgésicos não salicilatos e anti-histamínicos sistêmicos para aliviar o prurido. Por outro lado, para pessoas com risco de agravamento da varicela, é recomendada a utilização do antiviral aciclovir, conforme indicado pelo MS do Brasil em 2020. Este medicamento específico é parte do tratamento destinado a prevenir complicações em pacientes com maior susceptibilidade.

2.2.6 Fluxograma para investigação de surtos de varicela



Definição de caso:

- **Definição de caso suspeito de varicela (catapora):** paciente com quadro discreto de febre moderada, de início súbito, que dura de dois a três dias, sintomas generalizados inespecíficos (mal-estar, adinamia, anorexia, cefaleia e outros) e erupção cutânea pápulo-vesicular, que se inicia na face, no couro cabeludo ou no tronco (distribuição centrípeta — cabeça e tronco).
- **Definição de caso suspeito de varicela grave:** caso que atenda à definição de caso suspeito de varicela e que necessite ser hospitalizado ou tenha evoluído para óbito.

Fonte: Elaborado pela equipe CIEVS Rio.

2.3 DOENÇA DIARREICA AGUDA (CID-10 A08)

As doenças diarreicas agudas (DDA) correspondem a um grupo de doenças infecciosas gastrointestinais caracterizadas por uma síndrome, na qual ocorre a diminuição da consistência das fezes, o aumento do número de evacuações (mínimo de três episódios em 24 horas) e, em alguns casos, há presença de muco e sangue (disenteria). São autolimitadas, com duração de até 14 dias. O quadro clínico pode evoluir para desidratação leve à grave. Quando tratadas incorretamente ou não tratadas, podem levar à desidratação grave e ao distúrbio hidroeletrólítico, podendo ocorrer óbito, principalmente quando associadas à desnutrição. Os agentes etiológicos de origem infecciosa são bactérias, vírus, parasitas e toxinas e o modo de transmissão ocorre principalmente por via fecal-oral tanto na forma direta (pessoa a pessoa), quanto na forma indireta (por meio do consumo de alimentos e/ou água contaminados).

Para mais informações sobre DDA, consulte as páginas 389 a 405 do "Guia de Vigilância em Saúde, 2024, volume 1".

2.3.1 Definição de surto

É considerado surto de DDA a ocorrência de dois ou mais casos com diminuição da consistência das fezes e aumento do número de evacuações (mínimo de três episódios em 24 horas), com vínculo epidemiológico e intervalo de até 14 dias entre as datas de início dos sintomas.

Em virtude das muitas possíveis etiologias e fontes de transmissão, os surtos de DDA são também chamados de surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e/ou Alimentar (DTHA). Para as DTHA consideradas raras, como botulismo e cólera, a ocorrência de apenas um caso é considerada surto, segundo o MS.

2.3.2 Notificação

O surto de DDA se enquadra como um evento de saúde pública, conforme descrito na portaria de notificação vigente. Assim, o surto é um evento de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, que deve ser realizada pela rede assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção. Portanto, todas as suspeições e rumores de casos com vínculo epidemiológico devem ser informados à Vigilância em Saúde, para que iniciem a investigação de maneira oportuna.

Após a investigação epidemiológica de um surto de DDA, a ficha de investigação do Módulo de Surto do SINAN NET deverá ser completamente preenchida. Deve-se assinalar no campo CID-10 da "Ficha de Investigação de Surto — DTA" (Anexo 3) o código A08 (síndrome diarreica aguda) e o modo provável de transmissão "INDIRETA" (campo 25 — opção 2), mesmo que o modo de transmissão seja direto (pessoa a pessoa). É imprescindível o preenchimento do campo 57 da "Ficha de Investigação de Surto — DTA" (Anexo 3), indicando se o surto foi causado por água (especificar a fonte, p.ex.: água de galão, água do bebedouro da copa), alimento (especificar o alimento, p.ex.: carne assada) ou pessoa a pessoa. Os casos individuais de DDA não são de notificação compulsória, portanto, não deverão ser digitados no SINAN NET (exceto as DTHA consideradas raras: Síndrome Hemolítico-Urêmica — SHU, botulismo e cólera).

2.3.3 Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de DDA, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o NHVE (quando o surto for hospitalar) e o SVS da área de ocorrência e de residência (quando necessário), com matriciamento da DVS, por meio da URR, e acompanhamento do CIEVS Rio.

O profissional de saúde deverá buscar informações sobre as atividades desenvolvidas pelos casos nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas, como o histórico de deslocamentos (incluindo o tempo de permanência), a participação em eventos, os locais de consumo de água, bem como as técnicas, local e horário de preparo e/ou aquisição e armazenamento dos alimentos. Além disso, deve-se realizar o levantamento sobre o uso de medicamentos, comorbidades e condições de saneamento, como fontes de abastecimento de água e o tratamento dispensado, situação do manuseio, acondicionamento e dispensação de resíduos sólidos/lixo nos ambientes domiciliar, de trabalho, escola e em qualquer outro em que haja a suspeita da transmissão. É importante coletar a data, o horário de início dos sintomas e seus respectivos tempos de duração. A "Planilha para Investigação de Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA)" (Anexo 4) pode apoiar na coleta de dados.

Na ocorrência de um surto de DDA em que há exposição a uma fonte comum (p.ex.: ingestão de alimento ou água da mesma origem), deve-se entrevistar o maior número possível de comensais expostos, doentes e não doentes. Se a refeição suspeita ocorreu em evento especial, como casamento, aniversário, confraternizações e outros, deve-se entrar em contato com a pessoa encarregada de sua organização, para a obtenção da relação dos participantes, com seus respectivos endereços e locais de produção dos alimentos para serem incluídos no processo de investigação.

Recomenda-se obter o cardápio ofertado para realização do cálculo da taxa de ataque (Figura 1), para determinar qual é a refeição relacionada ao surto. Para isso, usa-se também a "Planilha para Investigação de Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA)" (Anexo 4), na qual se registram as informações sobre as últimas refeições em comum entre os comensais, antes da data dos primeiros sintomas do primeiro caso. Para cada refeição oferecida, identificam-se os que a consumiram (expostos) e os que não a consumiram (não expostos).

O diagnóstico das etiologias das DDA é laboratorial, por meio de exames parasitológicos, cultura de bactérias e pesquisa de vírus em amostras de fezes. A coleta de material biológico deverá ser realizada, preferencialmente, antes do uso de antibióticos. Para a coleta, utiliza-se o swab retal em meio de transporte Cary-Blair; todavia, na ausência deste material, deve-se coletar fezes frescas em recipiente estéril. O material biológico coletado pode ser armazenado em temperatura adequada (entre +2°C e +8°C) por até 24 horas (fezes frescas) ou 72 horas (swab em Cary-Blair) até o envio ao LACEN.

Critérios recomendados para definir o quantitativo mínimo de amostras biológicas a serem coletadas por surto:

- Até 5 casos — coletar amostras de todos os doentes;
- De 6 a 30 casos — coletar, no mínimo, 5 amostras;
- Mais de 30 casos — coletar, no mínimo, 6 amostras ou amostras de 15% a 20% dos doentes.

Só devem ser coletadas amostras biológicas dos casos sintomáticos vinculados ao surto.

Em surtos de DDA, deve-se orientar a reserva e o armazenamento sob refrigeração (não congelar) de sobras dos alimentos consumidos, para análise bromatológica. A coleta de amostras bromatológicas (água e alimentos) é de responsabilidade do Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária (IVISA-Rio), que será comunicado sobre o surto pelo CIEVS Rio, para a adoção das medidas sanitárias cabíveis.

2.3.4 Encerramento

O encerramento do surto deve ser realizado criteriosamente, a partir dos resultados obtidos na investigação epidemiológica e análises laboratoriais. O preenchimento do campo 58 (critério de confirmação do surto) na "Ficha de Investigação de Surto — DTA" (Anexo 3) deverá ser realizado conforme descrito no Quadro 2.

O agente etiológico do surto (campo 56 da "Ficha de Investigação de Surto — DTA") deverá ser preenchido considerando as seguintes especificações:

- Quando o(s) mesmo(s) agente(s) etiológico(s) patogênico for(em) identificado(s) em, no mínimo, duas amostras clínicas, deve-se registrar o(s) nome(s) do(s) agente(s) detectado(s) (não utilizar abreviações, acentos ou cedilha);
- Quando o agente etiológico for identificado em uma amostra de água ou alimento, e não houver identificação do mesmo agente em, no mínimo, duas amostras clínicas, deve-se registrar o nome do agente identificado na amostra bromatológica (não utilizar abreviações, acentos ou cedilha);
- Quando forem identificados agentes etiológicos distintos nas amostras clínicas e não tiverem sido coletadas amostras bromatológicas, o campo 56 deverá ser preenchido com "inconclusivo".

Quadro 2. Cenários com critérios para preenchimento do campo 58 (critério de confirmação) da "Ficha de Investigação de Surto — DTA" no SINAN NET

CENÁRIO	QUANTIDADE MÍNIMA DE AMOSTRAS ASSOCIADAS EPIDEMIOLOGICAMENTE AO SURTO COM IDENTIFICAÇÃO DO MESMO AGENTE ETIOLÓGICO PATOGENICO		PREENCHIMENTO DO CAMPO 58 (CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO)
	CLÍNICA	BROMATOLÓGICA	
1	2	1	4. Laboratorial Clínico Bromatológico
2	2	0	2. Laboratorial Clínico
3	1	1	4. Laboratorial Clínico Bromatológico

CENÁRIO	QUANTIDADE MÍNIMA DE AMOSTRAS ASSOCIADAS EPIDEMIOLOGICAMENTE AO SURTO COM IDENTIFICAÇÃO DO MESMO AGENTE ETIOLÓGICO PATOGENICO		PREENCHIMENTO DO CAMPO 58 (CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO)
	CLÍNICA	BROMATOLÓGICA	
4	1	0	1. Clínico Epidemiológico
5	0	1	3. Laboratorial Bromatológico
6	0	0	5. Inconclusivo

Fonte: CGZV/DEIDT/SVS/MS.

O monitoramento do surto deve ser feito por 14 dias a partir da data de início dos sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no SINAN NET.

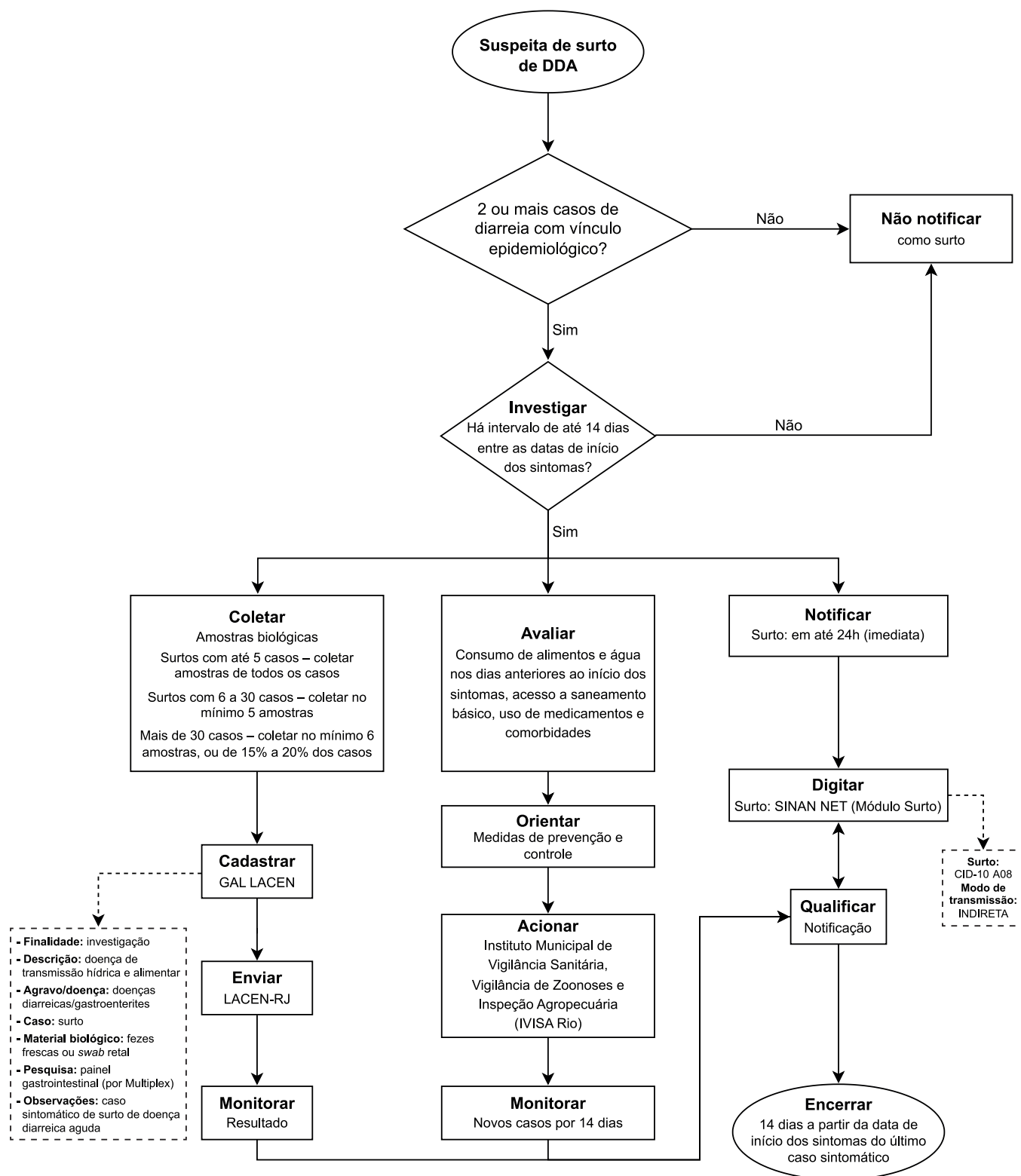
2.3.5 Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de surtos de DDA, é importante executar ações que interrompam a cadeia de transmissão e minimizem a ocorrência de novos casos, casos graves e óbitos.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE EM SURTOS DE DDA

- Orientar quanto à forma de transmissão da doença.
- Verificar se nos locais frequentados pelo caso suspeito há outros sintomáticos.
- Estabelecer medidas de cuidado com a água de consumo, a manipulação de alimentos, as condições de higiene, o acondicionamento e a coleta de lixo, e saneamento básico junto à comunidade e aos familiares.
- Eliminar a permanência da fonte de transmissão por meio da interrupção do seu consumo, bem como da interrupção da produção, distribuição e comercialização dos alimentos suspeitos.
- Orientar sobre as medidas adequadas de higiene (desinfecção de objetos, bancadas e chão, lavagem dos alimentos consumidos crus com hipoclorito de sódio), especialmente em ambientes institucionais (creches, escolas, ILP, entre outros).
- Para evitar a transmissão fecal-oral por relação sexual, recomenda-se higienização corporal e íntima antes e após as relações sexuais, bem como higienização de materiais utilizados durante a relação.
- Afastar o paciente, se possível, das atividades de rotina. Reavaliar e prolongar o afastamento em surtos em instituições que abriguem indivíduos sem o controle esfinteriano (uso de fraldas), onde a exposição e o risco de transmissão são maiores.
- Tratamento: consiste no manejo do paciente de acordo com o estado de hidratação, além da antibioticoterapia para os casos em que é identificada disenteria e/ou outras patologias associadas à diarreia e comprometimento do estado geral do paciente. O manejo do paciente com diarreia está disponível no site do MS, na publicação "Manejo do Paciente com Diarreia: Avaliação do Estado de Hidratação do Paciente" (2023).

2.3.6 Fluxograma para investigação de surtos da doença diarreica aguda



Informações adicionais:

- **Caracterização da doença:** as doenças diarreicas agudas (DDA) correspondem a um conjunto de doenças infecciosas gastrointestinais caracterizadas por uma síndrome na qual ocorre a redução da consistência das fezes (que se tornam líquidas ou semilíquidas) associada ao aumento da quantidade de evacuações (mínimo de três episódios em 24 horas), acompanhadas ou não de sangue, muco e sintomas como dor abdominal, febre, náusea e/ou vômito.

Fonte: Elaborado pela equipe CIEVS Rio.

2.4 CAXUMBA — PAROTIDITE EPIDÊMICA (CID-10 B26)

Um caso suspeito é uma pessoa com início agudo de sensibilidade unilateral ou bilateral, edema da parótida ou outra glândula salivar que dura dois ou mais dias, sem outra causa aparente (vírus parainfluenza, vírus Epstein-Barr, vírus influenza A, HIV e causas não infecciosas), ou suspeita clínica de caxumba por causa de outros sintomas associados a essa doença (meningite, encefalite, perda auditiva, orquite, ooforite, mastite, pancreatite) e não relacionados a outro diagnóstico.

Para mais informações sobre a doença, consulte as páginas 251 a 259 do "Guia de Vigilância em Saúde, 2024, volume 1", e as páginas 41 a 43 do "Guia Rápido de Vigilância em Saúde — Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis Agudas".

2.4.1 Definição de surto

É considerado surto de caxumba a ocorrência de três casos ou mais com vínculo epidemiológico em ILPI, hospitais, creches, escolas, locais com população privada de liberdade, entre outros. Um contato de caso de caxumba é caracterizado pela associação do indivíduo com uma pessoa infectada de forma íntima e prolongada, por período igual ou superior a uma hora, e/ou dividindo o mesmo ambiente (hospitalar, creches/escolas, entre outros), tendo criado, assim, a possibilidade de contrair a infecção.

Define-se surto em ambiente hospitalar a ocorrência de um único caso confirmado de caxumba cujo início dos sintomas ocorreu, no mínimo, 48 horas após a admissão. Em geral, os surtos em ambiente domiciliar não são de notificação compulsória. Na ocorrência de casos nesse ambiente, deve-se investigar se há vínculo epidemiológico com possíveis contatos sintomáticos em ambientes institucionais (escolas, creches, hospitais, entre outros).

2.4.2 Notificação

O surto de caxumba se enquadra como um evento de saúde pública conforme descrito na portaria de notificação vigente. Assim, o surto é um evento de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, que deve ser realizada pela rede assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção. Portanto, todas as suspeições e rumores de casos com vínculo epidemiológico devem ser informados à Vigilância em Saúde, para que iniciem a investigação de maneira oportuna.

Após a investigação epidemiológica de um surto de caxumba, a ficha de investigação do Módulo de Surto do SINAN NET deverá ser completamente preenchida. Deve-se assinalar no campo CID-10 da "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) do SINAN NET o código B26 (Caxumba [Parotidite epidêmica]) e o modo provável de transmissão "DIRETA" (campo 25 — opção 1). Deve-se manter a utilização do código B26 para todos os casos inseridos na "Planilha para Acompanhamento de Surto" (Anexo 2) no SINAN NET.

Os casos individuais vinculados ao surto de caxumba, segundo a Resolução da SES n.º 2.485, de 18 de outubro de 2021, deverão ser notificados e registrados, semanalmente, no SINAN NET, por meio da Ficha de Notificação/Conclusão. A unidade notificante é responsável por digitar os casos individuais no sistema.

2.4.3 Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de caxumba, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o NHVE (quando o surto for hospitalar) e o SVS da área de ocorrência e de residência (quando necessário), com matriciamento da DVS, por meio da URR, e acompanhamento do CIEVS Rio.

Após a caracterização dos casos, deve-se avaliar se as pessoas com sintomas clínicos da doença tiveram contato com pessoas não doentes, seja por meio de deslocamento ou convívio pessoal. A partir da identificação desses contatos, deve-se verificar se estes foram vacinados contra caxumba (vacinas Tríplice ou Tetraviral) e avaliar a necessidade de realização de vacinação conforme recomendado pelo Programa Nacional de Imunizações por meio da "Instrução Normativa referente ao Calendário Nacional de Vacinação — 2025".

O diagnóstico da doença é eminentemente clínico-epidemiológico. Os testes para detecção de anticorpos e/ou RNA viral não são utilizados de rotina no serviço público de saúde, não sendo realizado pela Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN), mas o vírus pode ser detectado por sorologia ou RT-PCR em tempo real. Durante a investigação, pode ser necessário consultar o prontuário e entrevistar o médico-assistente, para completar as informações clínicas sobre os casos.

2.4.4 Encerramento

O monitoramento do surto deve ser feito por 25 dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no SINAN NET.

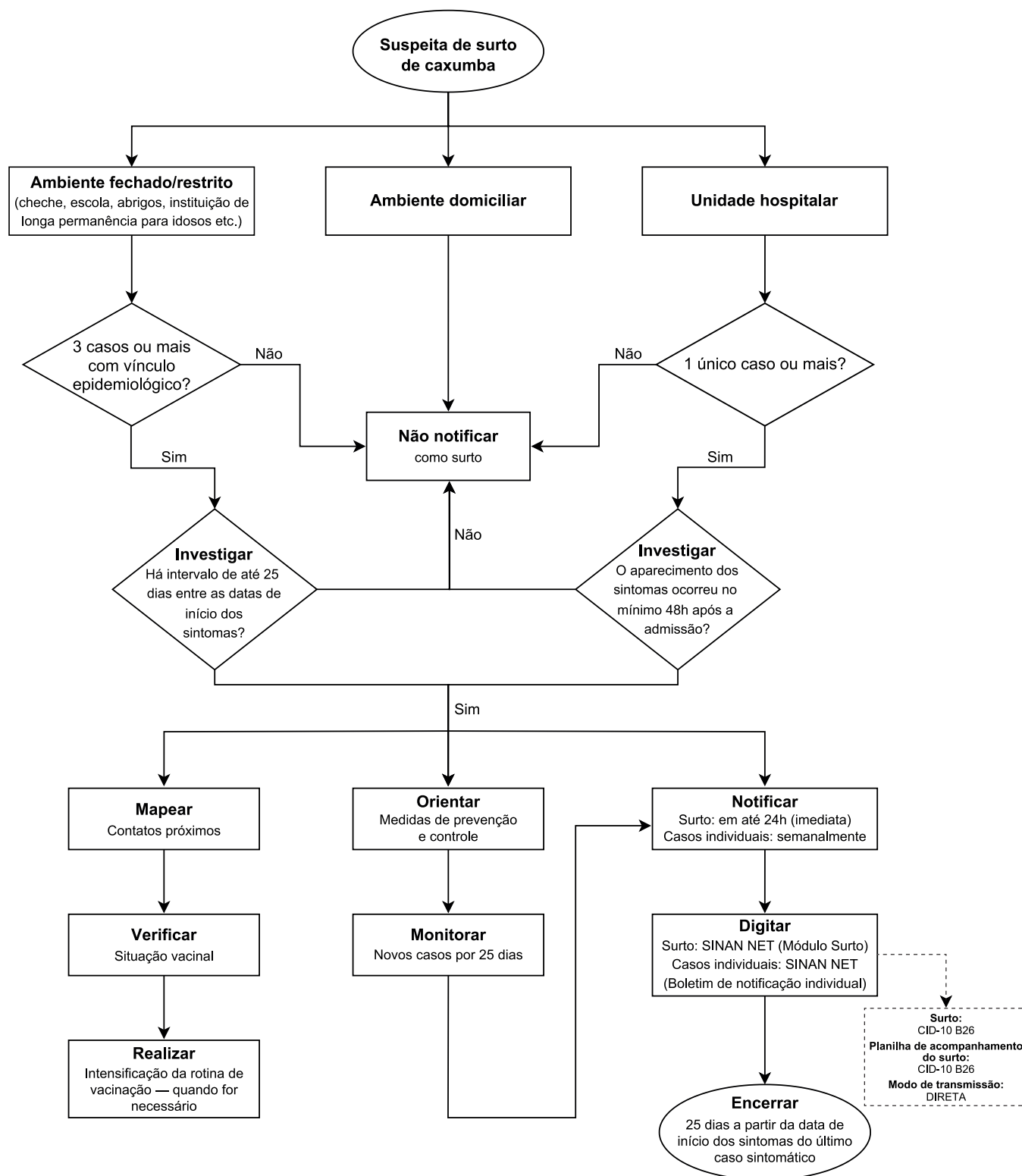
2.4.5 Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de um surto de caxumba, é importante executar ações que visem restringir a disseminação do vírus, reduzir a ocorrência de casos graves da doença e reduzir os números de internações e complicações.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE PARA SURTOS DE CAXUMBA

- Em ambiente hospitalar, creches, escolas e outras instituições (presídios, asilos, abrigos, entre outros), deve-se identificar o número de pessoas que são contatos dos casos da doença, para verificar o quantitativo necessário de doses de vacina para a realização da intensificação da rotina de vacinação. A vacinação deve ser realizada de forma seletiva e de acordo com as indicações do Calendário Nacional de Vacinação e da CPI municipal, com busca ativa de pessoas de 12 meses a 59 anos não vacinadas ou com esquema incompleto que sejam contatos de casos suspeitos ou confirmados.
- É importante, ainda, na admissão de novas crianças em ambiente escolar/creche, verificar se a situação vacinal contra a caxumba está atualizada, conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação.
- Reforçar medidas de higiene das mãos.
- Orientar medidas de isolamento:
 - Indivíduos com caxumba devem permanecer no seu domicílio desde o momento do diagnóstico e só retornar às atividades diárias (escola, trabalho ou a outros lugares públicos) cinco dias após o início da parotidite;
 - Casos de caxumba devem ser mantidos em isolamento respiratório.
- Orientar quanto à imunização diante de surtos em ambiente hospitalar.
- Tratamento: De acordo com o "Guia de Vigilância em Saúde, 2024, volume 1", não existe terapia específica para caxumba. Ela é, geralmente, uma doença benigna, e o tratamento consiste em cuidados de suporte para cada sintoma apresentado. Medicamentos analgésicos e compressas frias ou quentes para o edema da parótida são benéficos.

2.4.6 Fluxograma para investigação de surtos de caxumba



Definição de Caso:

- **Definição de caso suspeito de caxumba (parotidite epidêmica):** pessoa com início agudo de sensibilidade unilateral ou bilateral, edema da parótida ou outra glândula salivar que dura dois ou mais dias, sem outra causa aparente (vírus parainfluenza, vírus Epstein-Barr, vírus influenza A, vírus da imunodeficiência humana e causas não infecciosas), ou suspeita clínica de caxumba por causa de outros sintomas associados à doença (meningite, encefalite, perda auditiva, orquite, ooforite, mastite, pancreatite) inexplicada por outro mais provável diagnóstico.

Fonte: Elaborado pela equipe CIEVS Rio.

2.5 HEPATITE A (CID-10 B15)

A Hepatite A é uma infecção causada pelo vírus A (HAV) e faz parte do grupo das hepatites virais, sendo também conhecida como "hepatite infecciosa". O vírus da hepatite A (HAV) é transmitido pela via fecal-oral e está relacionado especialmente com a falta de saneamento básico, consumo de água e alimentos contaminados, relação sexual desprotegida (contato boca-ânus) e higiene pessoal.

A evolução da hepatite A acontece em três períodos, sendo denominados prodrômico ou pré-ictérico, fase ictérica e fase de convalescença. No período pré-ictérico os sintomas são inespecíficos, como perda de apetite, náuseas, vômitos e diarreia. Na fase ictérica a cor da pele, olhos e mucosa desenvolve aspecto amarelado e há aumento do tamanho do fígado e do baço. Já na fase de convalescença o paciente evolui para a recuperação completa do quadro da doença.

Para saber mais informações sobre as hepatites virais, consulte as páginas 483 a 498 do "Guia de Vigilância em Saúde, 2024, volume 2", e as páginas 19 a 21 do "Guia Rápido de Vigilância em Saúde — Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis Agudas".

2.5.1 Definição de surto

É considerado surto de hepatite A a ocorrência de dois ou mais casos da doença, relacionados entre si, após exposição comum (p.ex.: ingestão de alimento ou água da mesma origem) ou com vínculo epidemiológico (contato pessoal próximo/intradomiciliar ou contato sexual).

Para a confirmação de um surto de hepatite A é necessário que, pelo menos, um dos casos possua confirmação laboratorial (IgM anti-HAV reagente) para a doença. Assim sendo, os demais casos suspeitos de hepatite A, que possuírem vínculo epidemiológico com o caso confirmado por critério laboratorial, poderão ser confirmados por critério clínico-epidemiológico.

2.5.2 Notificação

O surto de hepatite A se enquadra como um evento de saúde pública, conforme descrito na portaria de notificação vigente. Assim, o surto é um evento de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, que deve ser realizada pela rede assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção. Portanto, todas as suspeições e rumores de casos com vínculo epidemiológico devem ser informados à Vigilância em Saúde, para que iniciem a investigação de maneira oportuna.

Apos a investigação epidemiológica de um surto de hepatite A, a ficha de investigação do Módulo de Surto do SINAN NET deverá ser completamente preenchida. Deve-se assinalar no campo CID-10 da "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) o código B19 (Hepatites Virais). O preenchimento de alguns critérios referentes à "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) dependerão da origem do surto e estão listados a seguir.

- **Surto de hepatite A de origem não hídrica ou alimentar:** O campo 25 (modo provável de transmissão) deverá ser preenchido com a opção 1 "DIRETA", e o campo 26 (veículo de transmissão) não deverá ser preenchido. Deve-se manter a utilização do código B15 para todos os casos

inseridos na "Planilha para Acompanhamento de Surto" (Anexo 2) no SINAN NET, e acrescentar no campo "observação" da ficha de notificação a suspeita de transmissão do surto.

- **Surto de hepatite A de origem hídrica ou alimentar:** O campo 25 deverá ser preenchido com a opção 2 "INDIRETA", e o campo 26 deverá ser preenchido com a opção "ÁGUA/ALIMENTO". Para o preenchimento dos campos 34 (período de incubação mínimo), 35 (período de incubação máximo) e 36 (mediana do período de incubação) é necessário conhecer o horário da ingestão do alimento e o horário de início dos sintomas. O campo 58 (critério de confirmação) deverá ser preenchido com a opção 1 "CRITÉRIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO".

Conforme a portaria de notificação compulsória vigente, todo caso individual confirmado de hepatite A é de notificação semanal no SINAN NET. Assim, no campo de observações da notificação do surto, deve-se inserir o número do SINAN individual dos casos envolvidos. Todas as áreas envolvidas (residência e ocorrência) podem complementar os dados na ficha de investigação.

2.5.3 Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de hepatite A, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o NHVE (para casos hospitalizados) e o SVS da área de ocorrência e de residência (quando necessário), com matriciamento da DVS, por meio da URR, e acompanhamento do CIEVS Rio.

Na investigação de casos de transmissão pessoa a pessoa ou de transmissão fecal-oral, deve-se investigar se os pacientes se expuseram a possíveis fontes de contaminação, particularmente água de uso comum e refeições coletivas, mas também se ocorreram relações sexuais desprotegidas no período que antecedeu o início dos sintomas. Deve-se coletar informações sobre a fonte, distribuição, tratamento e armazenamento da água de consumo; local e condições de preparo/manipulação dos alimentos; condições de saneamento básico; higiene pessoal, incluindo as práticas sexuais com a higienização das mãos, genitália, objetos sexuais antes e após as relações sexuais e uso de barreiras de látex durante o sexo oral-anal. É importante investigar a história de comunicantes e outros casos suspeitos e/ou confirmados de hepatite A, bem como a situação vacinal no grupo elegível.

A vacina contra hepatite A está inserida no calendário básico de vacinação, com recomendação para administração em crianças na faixa etária de 15 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Em situações de surto, deverá ser feita a comunicação da situação vacinal dos envolvidos à CPI, Coordenação de Vigilância Epidemiológica (CVE), CIEVS Rio e SVS, para análise do caso e avaliação da necessidade de ação de bloqueio em indivíduos suscetíveis.

É preconizado o diagnóstico laboratorial da hepatite A, por meio de sorologia anti-HAV IgM reagente. Também é possível o diagnóstico clínico-epidemiológico, em situações em que o caso suspeito apresente vínculo com caso confirmado por critério laboratorial. A Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN) não realiza exame de rotina para esse diagnóstico.

2.5.4 Encerramento

O monitoramento do surto deve ser feito por 45 dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no SINAN NET.

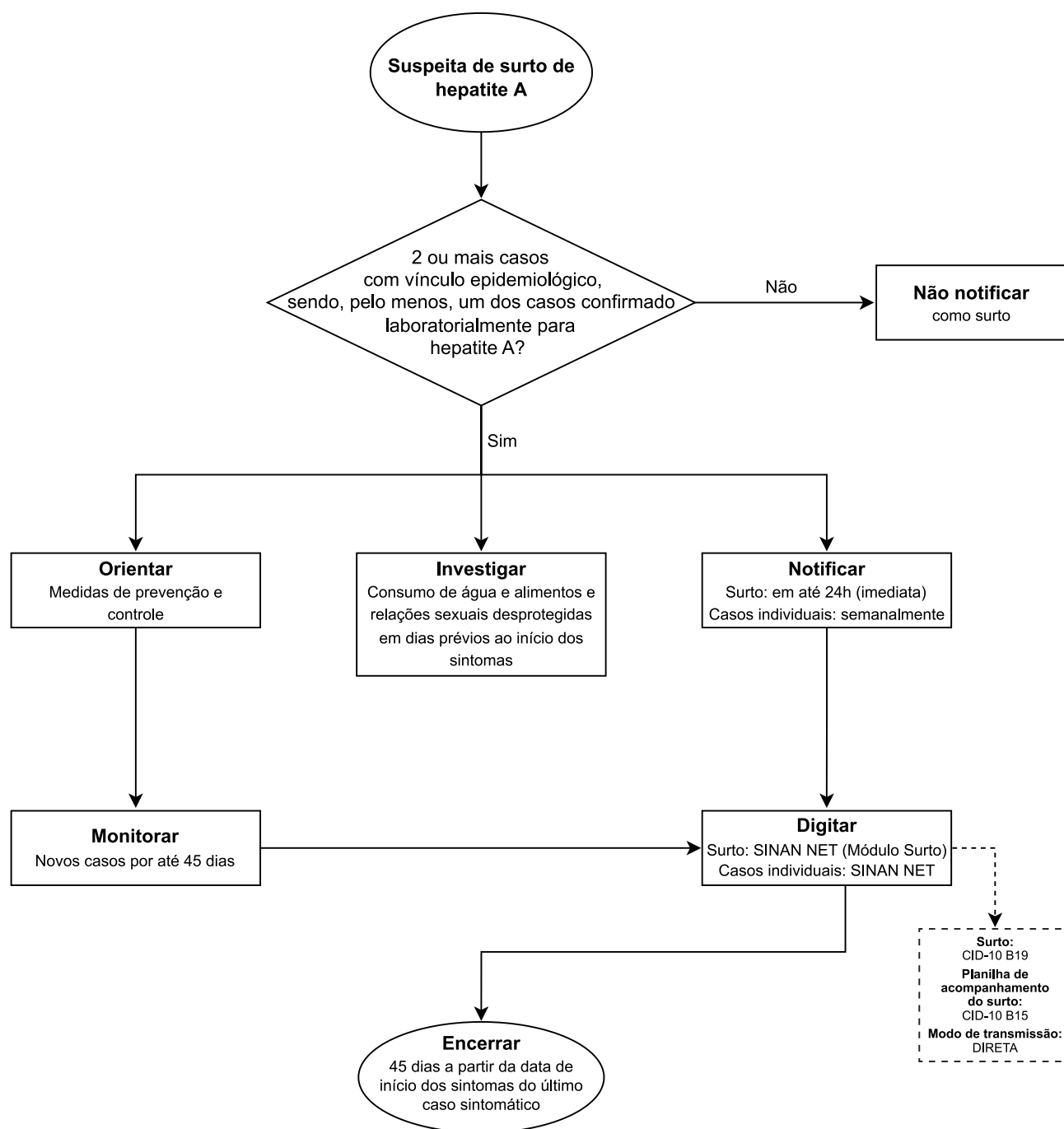
2.5.5 Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de surtos de hepatite A, é importante executar ações que interrompam a cadeia de transmissão e minimizem a ocorrência de novos casos, casos graves e óbitos.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE EM SURTOS DE HEPATITE A

- Orientar quanto à forma de transmissão da doença.
- Verificar se nos locais frequentados pelo caso suspeito há outros sintomáticos.
- Estabelecer medidas de cuidado com a água de consumo, a manipulação de alimentos, as condições de higiene, acondicionamento e coleta de lixo, e saneamento básico junto à comunidade e aos familiares.
- Eliminar a permanência da fonte de transmissão por meio da interrupção do seu consumo, bem como da interrupção da produção, distribuição e comercialização dos alimentos suspeitos.
- Orientar sobre as medidas adequadas de higiene (desinfecção de objetos, bancadas e chão, lavagem dos alimentos consumidos crus com hipoclorito de sódio), especialmente em ambientes institucionais (creches, escolas, ILP, entre outros).
- Para evitar a transmissão fecal-oral por relação sexual, recomenda-se a higienização corporal e íntima antes e após as relações sexuais, bem como a higienização de materiais utilizados durante a relação.
- Afastar o paciente, se possível, das atividades de rotina. Reavaliar e prolongar o afastamento em surtos em instituições que abriguem indivíduos sem o controle esfinteriano (uso de fraldas), onde a exposição e o risco de transmissão são maiores.
- Em casos de surto de hepatite A, é feita análise criteriosa pela CPI, CVE, CIEVS Rio e SVS sobre a necessidade da vacinação de bloqueio, para definição da faixa etária e grupo-alvo a ser vacinado em cada situação, conforme disponibilidade do imunobiológico. A vacina utilizada nos bloqueios para surtos de hepatite A corresponde aos lotes recomendados pela SMS-Rio para este fim. Recomenda-se vacinar como bloqueio, preferencialmente, no prazo máximo de 14 dias após a exposição, ou seja, antes do período de incubação (15 a 45 dias, média de 30 dias).
- Tratamento: Não existe tratamento específico para hepatite A. Se necessário, faz-se apenas tratamento sintomático para náuseas, vômitos e prurido. Como norma geral, recomenda-se repouso relativo até a normalização das aminotransferases. Para mais orientações, consulte o "Guia de Vigilância em Saúde, 2024, volume 2".

2.5.6 Fluxograma para investigação de surtos de hepatite A



Informações adicionais:

- **Caracterização da doença:** a hepatite A faz parte do grupo das hepatites virais, provocadas por diferentes vírus, com tropismo pelo fígado. A manifestação dos sintomas irá depender da fase da doença. No período pré-ictérico os sintomas são inespecíficos, como perda de apetite, náuseas, vômitos e diarreia. Na fase icterica, a cor da pele, olhos e mucosa desenvolve aspecto amarelado e há aumento do tamanho do fígado e do baço. Já na fase de convalescença, o paciente evolui para a recuperação completa da doença.
- **Definição de caso confirmado de hepatite A:** indivíduo que apresente IgM antívirus da hepatite A (anti-HAV IgM) reagente; ou indivíduo com suspeita clínica que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A.

Fonte: Elaborado pela equipe CIEVS Rio.

2.6 DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA (CID-10 B08.4)

A doença mão-pé-boca ou estomatite vesicular enteroviral é uma enfermidade contagiosa causada pelo vírus *Coxsackie* da família dos enterovírus que habitam normalmente o sistema digestivo e também podem provocar estomatites (espécie de afta que afeta a mucosa da boca). Embora possa acometer também os adultos, ela é mais comum na infância, antes dos cinco anos de idade. O nome da doença se deve ao fato de que as lesões aparecem mais comumente em mãos, pés e boca.

Para mais informações sobre a doença, consulte a Biblioteca Virtual em Saúde, do MS, e Nota Técnica n.º 16/2023-CGCIEVS/DEMSP/SVSA/MS.

2.6.1 Definição de surto

É considerado surto da doença mão-pé-boca ou estomatite vesicular enteroviral a ocorrência de dois casos ou mais, com vínculo epidemiológico, em ILPI, hospitais, creches, escolas, locais com população privada de liberdade, entre outros. Em geral, os surtos em ambiente domiciliar não são de notificação compulsória. Na ocorrência de casos nesse ambiente, investigar vínculo com possíveis contatos sintomáticos em ambientes institucionais.

2.6.2 Notificação

Apesar da doença mão-pé-boca não ser de notificação compulsória, os surtos devem ser comunicados à Vigilância em Saúde, para que se inicie a investigação em tempo oportuno. A digitação do surto é realizada no nível local, de forma imediata a partir do conhecimento do evento, no Módulo de Surto do SINAN NET. Deve-se assinalar no campo CID-10 da "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) o código R69.9 (Outras Síndromes) e o modo provável de transmissão "DIRETA" (campo 25 — opção 1). Deve-se utilizar o código B08.4 (Estomatite Vesicular devida a enterovírus com exantema) para todos os casos inseridos na "Planilha para Acompanhamento de Surto" (Anexo 2) no SINAN NET. Os casos individuais da doença mão-pé-boca não são de notificação compulsória, portanto, não deverão ser digitados no SINAN NET.

2.6.3 Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto da doença mão-pé-boca, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o SVS da área de ocorrência e de residência (quando necessário), com matriciamento da DVS, por meio da URR, e acompanhamento do CIEVS Rio.

Deve-se preencher todos os campos dos itens da ficha de notificação, consultar o prontuário e entrevistar o médico-assistente, para completar as informações clínicas sobre os pacientes. Sugere-se fazer uma cópia da anamnese, do exame físico e da evolução dos doentes. Deve-se

acompanhar a evolução dos pacientes e recomenda-se verificar se outros casos estão ocorrendo na residência, creche, escola ou instituição de saúde.

O diagnóstico da doença é eminentemente clínico-epidemiológico, não sendo realizados exames laboratoriais pela Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN).

2.6.4 Encerramento

Deve-se considerar que cada doença ou agravo que compõe os surtos de outras síndromes apresenta períodos de exposição distintos. O monitoramento do surto deve ser feito por sete dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no SINAN NET.

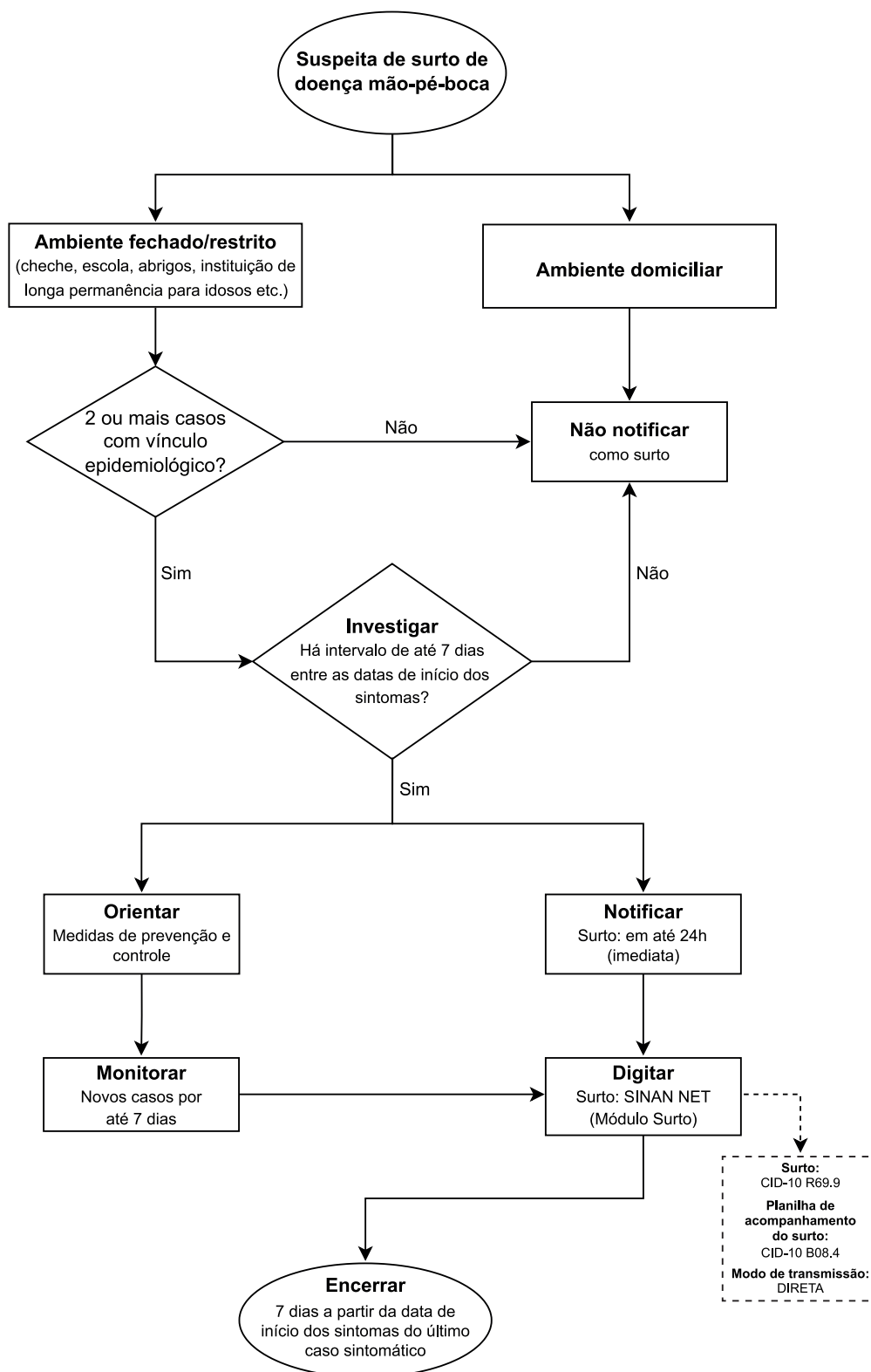
2.6.5 Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de surtos da doença mão-pé-boca, é importante executar ações de controle, para interromper a cadeia de transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE EM SURTOS DA DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA

- Orientar quanto à forma de transmissão da doença.
- Indivíduos com sinais e/ou sintomas não deverão frequentar os espaços coletivos (escola, trabalho ou a outros lugares públicos) até a recomendação médica para o retorno, mantendo-se em isolamento domiciliar.
- Encaminhar ao serviço de saúde todo caso suspeito, para diagnóstico e tratamento.
- Orientar a lavagem frequente das mãos com sabão e água.
- Orientar a desinfecção das áreas comuns. É importante que os espaços (casa, creche, escola, entre outros) sejam higienizados com frequência. Itens compartilhados, como brinquedos, também devem ser limpos.
- Orientar os casos a evitarem o contato próximo com outros indivíduos, como beijar, abraçar ou compartilhar utensílios ou xícaras (uso de utensílios individuais).
- Monitorar locais de maior risco, buscando possíveis casos, para evitar a disseminação da doença (escolas, creches, clubes, entre outros).
- Em casos de paciente hospitalizado, recomenda-se o isolamento, a fim de evitar surtos em enfermarias, tanto para outros doentes como para os profissionais de saúde.
- Tratamento: Ainda não existe vacina contra a doença mão-pé-boca. Em geral, como ocorre com outras infecções por vírus, ela regride espontaneamente depois de alguns dias. Por isso, na maior parte dos casos, apenas tratam-se os sintomas. Medicamentos antivirais ficam reservados para os casos mais graves. O ideal é que o paciente permaneça em repouso, tome bastante líquido e alimente-se bem.

2.6.6 Fluxograma para investigação de surtos da doença mão-pé-boca



Informações adicionais:

- **Caracterização da doença:** a mão-pé-boca é uma doença contagiosa causada pelo vírus Coxsackie, da família dos enterovírus, que habita normalmente o sistema digestivo e também pode provocar estomatite (espécie de afta que afeta a mucosa da boca). Embora possa acometer também nos adultos, ela é mais comum na infância, antes dos 5 anos de idade. O nome da doença se deve ao fato de que as lesões aparecem mais comumente em mãos, pés e boca.

Fonte: Elaborado pela equipe CIEVS Rio.

2.7 ESCARLATINA (CID-10 A38)

A escarlatina é uma doença infecciosa e contagiosa, causada pela bactéria estreptococo beta hemolítico do grupo A, por meio de uma reação à toxina pirogênica produzida pela bactéria. O estreptococo também causa outras doenças, como amigdalite, artrite, pneumonia, endocardite, impetigo e erisipela. A maioria das pessoas que têm uma infecção provocada pela bactéria não desenvolve escarlatina. Porém, cerca de 10% são sensíveis às toxinas liberadas por ela e podem desenvolver a doença, que provoca pequenas manchas vermelhas que se misturam na pele. A escarlatina costuma ocorrer em crianças em idade escolar, durante a primavera.

Para saber mais sobre a doença, consulte a Biblioteca Virtual em Saúde, do MS.

2.7.1 Definição de surto

É considerado surto de escarlatina a ocorrência de dois ou mais casos que atendam à definição de caso suspeito de escarlatina em instituições fechadas (escolas, creches, hospitais, entre outros) e relacionados no tempo e espaço. Em geral, os surtos em ambiente domiciliar não são de notificação compulsória. Na ocorrência de casos nesse ambiente, investigar vínculo epidemiológico com possíveis contatos sintomáticos em ambientes institucionais.

2.7.2 Notificação

Apesar da escarlatina não ser de notificação compulsória, os surtos devem ser comunicados à Vigilância em Saúde, para que se inicie a investigação em tempo oportuno. A digitação do surto é realizada no nível local, de forma imediata a partir do conhecimento do evento, no Módulo de Surto do SINAN NET. Deve-se assinalar no campo CID-10 da "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) o código R69.9 (Outras Síndromes) e o modo provável de transmissão "DIRETA" (campo 25 — opção 1). Deve-se utilizar o código A38 (Escarlatina) para todos os casos inseridos na "Planilha para Acompanhamento de Surto" (Anexo 2) no SINAN NET. Os casos individuais de escarlatina não são de notificação compulsória, portanto, não deverão ser digitados no SINAN NET.

2.7.3 Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de escarlatina, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o SVS da área de ocorrência e de residência (quando necessário), com matriciamento da DVS, por meio da URR, e acompanhamento do CIEVS Rio.

Deve-se consultar o prontuário e entrevistar o médico-assistente, para completar as informações clínicas sobre os pacientes. Sugere-se fazer uma cópia da anamnese, do exame físico e da evolução dos doentes. Deve-se acompanhar a evolução dos pacientes e verificar se outros casos estão ocorrendo nos locais frequentados pelo caso.

O diagnóstico da doença é eminentemente clínico-epidemiológico, não sendo realizados exames laboratoriais pela Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN).

2.7.4 Encerramento

Deve-se considerar que cada doença ou agravo que compõe os surtos de outras síndromes apresenta períodos de exposição distintos. O monitoramento do surto deve ser feito por 10 dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no SINAN NET.

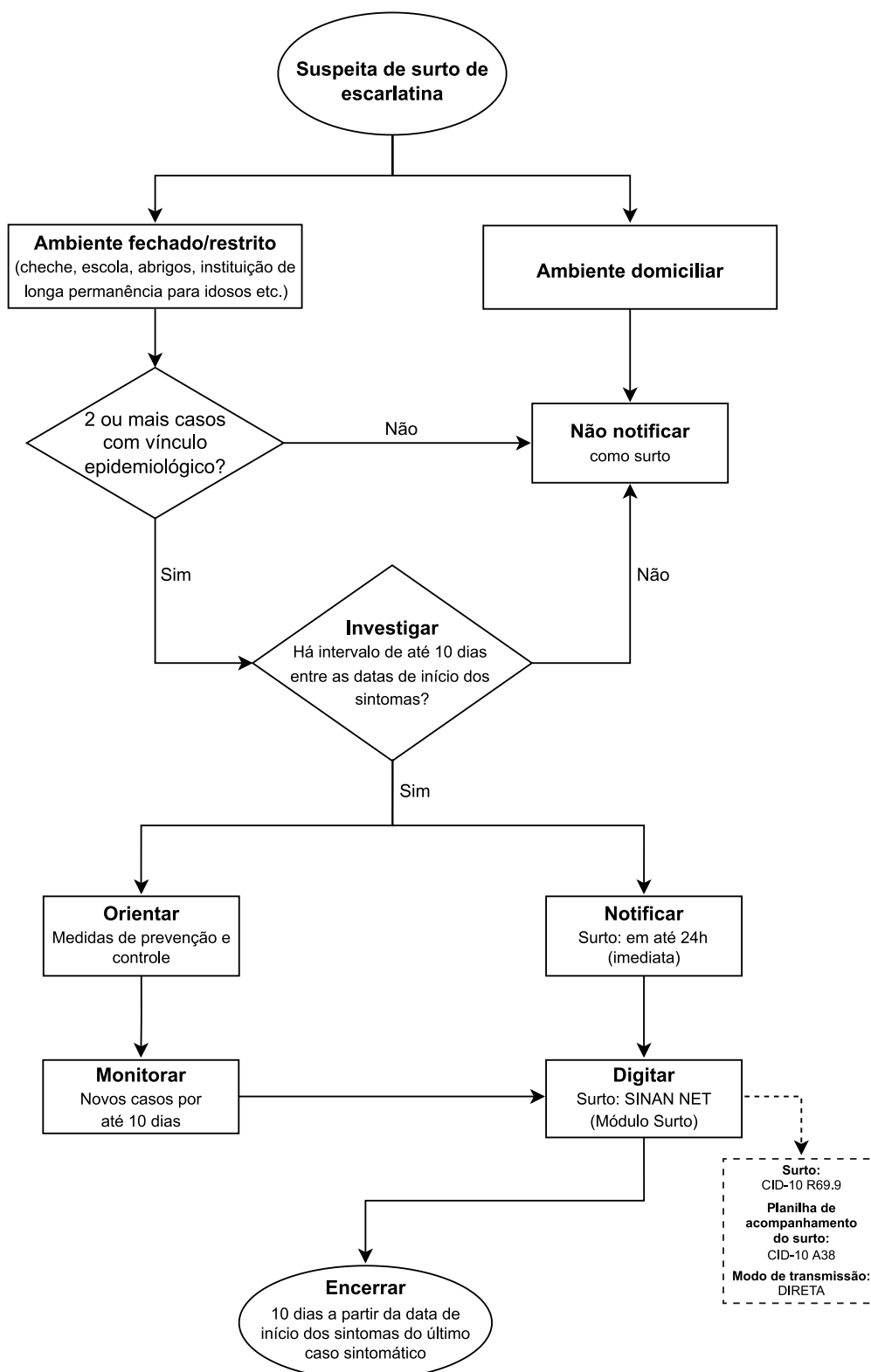
2.7.5 Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de surtos de escarlatina, é importante executar ações de controle, para interromper a cadeia de transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE EM SURTOS DE ESCARLATINA

- Orientar quanto à forma de transmissão da doença.
- Indivíduos com sinais e/ou sintomas não deverão frequentar os espaços coletivos (escola, trabalho ou a outros lugares públicos) até recomendação médica para o retorno, mantendo-se em isolamento domiciliar.
- Encaminhar ao serviço de saúde todo caso suspeito, para diagnóstico e tratamento.
- Orientar a lavagem frequente das mãos com sabão e água.
- Orientar a desinfecção das áreas comuns. É importante que os espaços (casa, creche, escola, entre outros) sejam higienizados com frequência. Itens compartilhados, como brinquedos, também devem ser limpos.
- Orientar os casos a evitarem o contato próximo com outros indivíduos, como beijar, abraçar ou compartilhar utensílios ou xícaras (uso de utensílios individuais).
- Monitorar locais de maior risco, buscando possíveis casos, para evitar a disseminação da doença (escolas, creches, clubes, entre outros).
- Em casos de paciente hospitalizado, recomenda-se o isolamento, a fim de evitar surtos em enfermarias, tanto para outros doentes como para os profissionais de saúde.
- Nos casos de escarlatina, a quimioprofilaxia, segundo orientação médica, está indicada somente para os casos de febre reumática e glomerulonefrite. Não se deve orientar quanto ao tratamento dos comunicantes assintomáticos.
- Tratamento: O tratamento da escarlatina é individualizado, seguindo a orientação do médico assistencial. Geralmente, inclui o uso de antibióticos e medidas para alívio da dor e da febre.

2.7.6 Fluxograma para investigação de surtos de escarlatina



Informações adicionais:

- **Caracterização da doença:** a escarlatina é uma doença infecciosa e contagiosa transmitida pela mesma bactéria que causa amigdalite, artrite, pneumonia, endocardite, impetigo e erisipela, por meio de contato direto com a saliva ou a secreção nasal de pessoas doentes. Os principais sintomas são: calafrios e febre alta nos primeiros dias; dor de garganta; pequenas manchas ásperas na pele e de cor vermelho-escarlate; caroços avermelhados na língua recobertos com uma película branco amarelada com aspecto de framboesa; náuseas; vômito; dor no corpo; dor de barriga; e dor de cabeça.

Fonte: Elaborado pela equipe CIEVS Rio.

2.8 INTOXICAÇÃO EXÓGENA (CID-10 T65.9)

A intoxicação exógena pode ser compreendida como um conjunto de efeitos nocivos ao organismo, que se manifestam por meio de alterações clínicas ou laboratoriais, em decorrência da exposição a agentes tóxicos. São considerados agentes tóxicos as substâncias ou compostos químicos capazes de causar dano à saúde mediante certas condições de exposição. Exemplos desses agentes: medicamentos, agrotóxicos, raticidas, produtos veterinários, produtos de uso domiciliar, cosméticos, produtos químicos de uso industrial, metais, drogas de abuso, plantas tóxicas, alimentos e bebidas.

Um caso suspeito de intoxicação exógena é um indivíduo com provável ou conhecida história pregressa ou atual de exposição a agentes tóxicos que apresenta ou não algum sinal ou sintoma clínico ou alterações laboratoriais decorrentes dessa exposição.

Para saber mais informações sobre o agravo, consulte as páginas 1.181 a 1.193 do "Guia de Vigilância em Saúde, 2024, volume 3".

2.8.1 Definição de surto

É considerado como surto de intoxicação exógena o episódio no qual duas ou mais pessoas apresentem quadro clínico compatível com intoxicação, num mesmo lugar ou zona geográfica, onde se comprove a exposição efetiva ao agente causal e se identifiquem fatores de risco associados.

2.8.2 Notificação

O surto de intoxicação exógena se enquadra como um evento de saúde pública, conforme descrito na portaria de notificação vigente. Assim, o surto é um evento de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, que deve ser realizada pela rede assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção. Portanto, todas as suspeições e rumores de casos com vínculo epidemiológico devem ser informados à Vigilância em Saúde, para que iniciem a investigação de maneira oportuna.

Após a investigação epidemiológica de um surto de intoxicação exógena, a ficha de investigação do Módulo de Surto do SINAN NET deverá ser completamente preenchida. O preenchimento de alguns critérios referentes à "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) e à "Ficha de Investigação de Surto — DTA" (Anexo 3) do SINAN NET dependerão da origem do surto e estão listados a seguir.

- Surto de intoxicação exógena de origem não alimentar (causado por produtos químicos, inalação de fumaça e/ou outras substâncias químicas, entre outros): o campo 25 ("modo provável de transmissão") deverá ser preenchido com a opção 2 "INDIRETA", e o campo 26 ("veículo de transmissão") deverá ser preenchido com a opção 6 "OUTROS" e especificar qual agente (p.ex.: fumaça, spray). Deve-se manter a utilização do código T65.9 para todos os casos inseridos na "Planilha para Acompanhamento do Surto (Anexo 2)" no SINAN NET, e acrescentar na observação da notificação o nome do agente tóxico envolvido no surto.

- Surto de intoxicação exógena de origem alimentar: o campo 25 deverá ser preenchido com a opção 2 "INDIRETA", e o campo 26 deverá ser preenchido com a opção "ÁGUA/ALIMENTO". Para o preenchimento dos campos 34 (período de incubação mínimo), 35 (período de incubação máximo) e 36 (mediana do período de incubação) é necessário conhecer o horário da ingestão do alimento e o horário de início dos sintomas. O campo 58 (critério de confirmação) deverá ser preenchido com a opção 1 "CRITÉRIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO".

Conforme a portaria de notificação compulsória vigente, todo caso individual de intoxicação exógena é de notificação semanal no SINAN NET. Assim, no campo de observações da notificação do surto, deve-se inserir o número do SINAN individual dos casos envolvidos. Todas as áreas envolvidas (residência e ocorrência) podem complementar os dados na "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1).

2.8.3 Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de intoxicação exógena, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o SVS da área de ocorrência e de residência (quando necessário), com matriciamento da DVS, por meio da URR, e acompanhamento do CIEVS Rio.

Deve-se caracterizar o surto quanto ao número de pessoas afetadas, período, local de ocorrência e circunstâncias da exposição e descrever os dados de saúde relacionados à exposição, desde que possuam compatibilidade com o quadro clínico-epidemiológico.

O diagnóstico do agravo é eminentemente clínico-epidemiológico, não sendo realizados exames laboratoriais toxicológicos pela Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN). Nos surtos de intoxicação exógena de origem alimentar, deve-se orientar a reserva e o armazenamento sob refrigeração (não congelar) de sobras dos alimentos consumidos, para análise bromatológica, quando possível. A coleta de amostras bromatológicas (água e alimentos) é de responsabilidade do IVISA-Rio, que será comunicado sobre o surto pelo CIEVS Rio, para a adoção das medidas cabíveis.

2.8.4 Encerramento

O monitoramento do surto deve ser feito por 14 dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no SINAN NET.

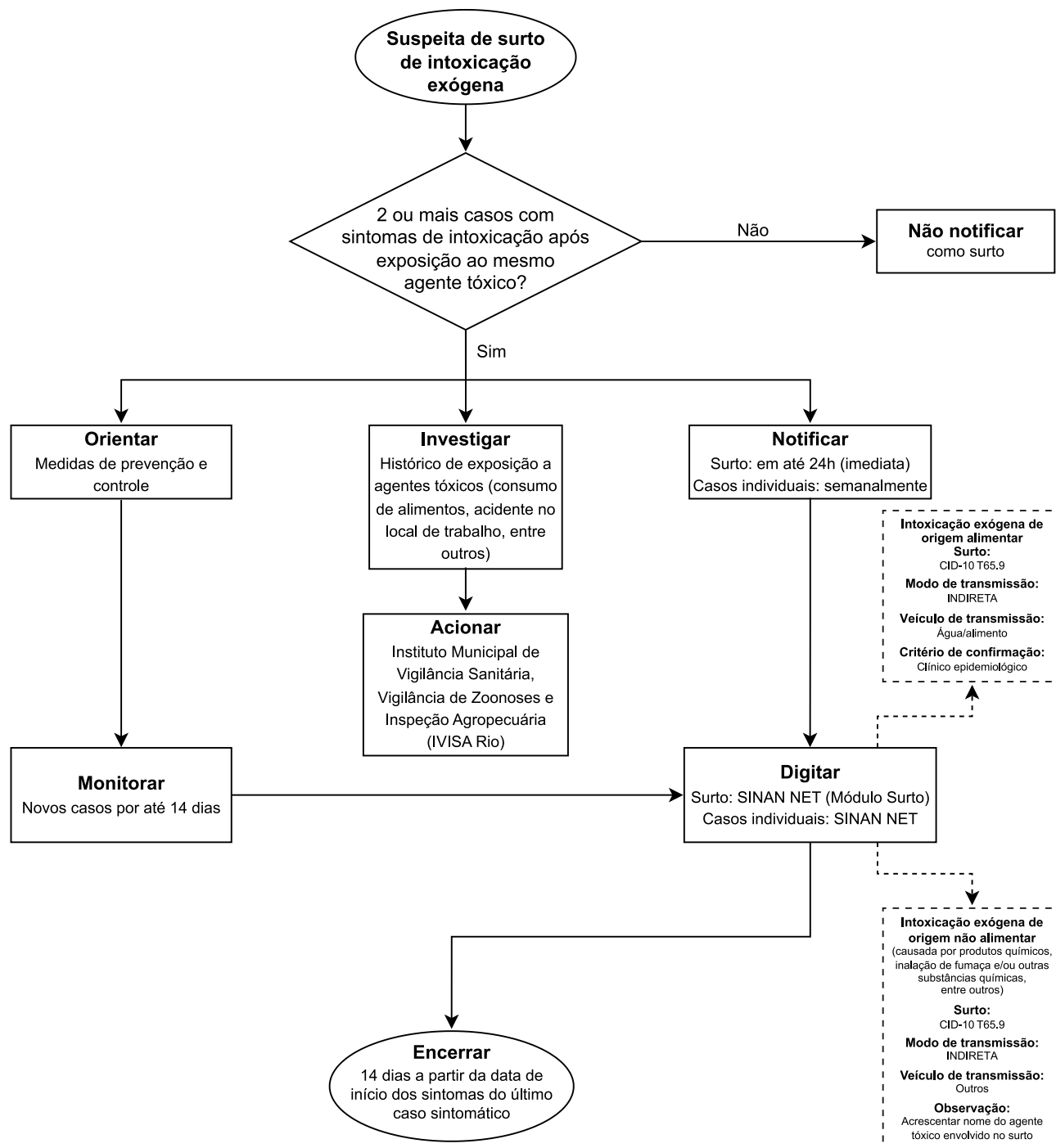
2.8.5 Medidas de prevenção e controle

Mediante uma suspeita de surto de intoxicação exógena, deve-se identificar e analisar as atividades e situações que apresentem risco de exposição a substâncias ou compostos tóxicos (químicos, físicos ou biológicos), a fim de mitigar os efeitos e evitar novos casos de intoxicação.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE EM SURTOS DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA

- Realizar ações de vigilância de forma participativa, com o objetivo de aprimorar a informação para a ação e buscar a prevenção, a promoção e a proteção da saúde da população sob risco de exposição.
- Realizar o reconhecimento do território, para a identificação dos locais onde pode ocorrer exposição humana a agentes tóxicos.
- Capacitar os profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e dos sintomas agudos e crônicos relacionados às intoxicações exógenas por potenciais agentes tóxicos identificados no território.
- Orientar quanto ao uso de EPI caso os indivíduos se exponham a agentes tóxicos durante atividades laborais ou cotidianas.
- Orientar medidas de prevenção e de proteção de indivíduos expostos a substâncias ou compostos tóxicos, especialmente àqueles expostos nos ambientes de trabalho.
- Tratamento: O tratamento das intoxicações exógenas requer uma abordagem personalizada, considerando o agente tóxico em questão e os sinais/sintomas manifestados, a fim de determinar a conduta clínica mais apropriada. Recomenda-se buscar informações adicionais sobre intoxicações junto ao Centro de Informação e Assistência Toxicológica de sua região.

2.8.6 Fluxograma para investigação de surto de intoxicação exógena



Informações adicionais:

- **Caracterização do agravo:** a intoxicação exógena pode ser compreendida como um conjunto de efeitos nocivos ao organismo, que se manifestam por meio de alterações clínicas ou laboratoriais, em decorrência da exposição a agentes tóxicos. São considerados agentes tóxicos as substâncias ou compostos químicos capazes de causar dano à saúde mediante certas condições de exposição, como: medicamentos; agrotóxicos; raticidas; produtos veterinários; produtos de uso domiciliar; cosméticos; produtos químicos de uso industrial; metais; drogas de abuso; plantas tóxicas; alimentos; e bebidas.
- **Definição de caso suspeito de intoxicação exógena:** indivíduo com provável ou conhecida história pregressa ou atual de exposição a agentes tóxicos, que apresenta, ou não, algum sinal ou sintoma clínico ou alterações laboratoriais decorrentes dessa exposição.

Fonte: Elaborado pela equipe CIEVS Rio.

2.9 SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA (CID-10 D59.3)

A síndrome hemolítico-urêmica (SHU) é uma doença grave caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que são manifestados por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal aguda, chamada de tríade, podendo acontecer ou não após episódios de diarreia com sangue. A SHU pode ocorrer como agravamento de uma DTHA, e a causa pode ser não infecciosa ou infecciosa, sendo esta última a de maior interesse epidemiológico, causada pela bactéria *Escherichia coli* produtora da toxina Shiga (STEC).

Para mais informações sobre a síndrome, consulte o site do MS e a Nota Técnica n.º 31/2025-CGVZ/DEDT/SVSA/MS.

2.9.1 Definição de surto

É considerado surto de SHU a ocorrência de um caso confirmado da doença, desde que seja comprovado que seja por causa infecciosa e que a fonte de contaminação seja de origem hídrica e/ou alimentar.

2.9.2 Notificação

O surto de SHU se enquadra como um evento de saúde pública, conforme descrito na portaria de notificação vigente. Assim, o surto é um evento de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, que deve ser realizada pela rede assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção.

Após a investigação epidemiológica, a ficha de investigação do Módulo de Surto do SINAN NET deverá ser completamente preenchida. Deve-se preencher o campo CID-10 com o código R69.9 (Outras Síndromes). A variável modo provável de transmissão (campo 25) deve ser preenchida com a opção 2 "INDIRETA". Todo surto deve ser digitado inserindo a ficha de investigação (Anexo 3). Deve-se acrescentar na observação da notificação que se trata de caso de SHU e informações pertinentes como o local de internação, data da alta, resultados de exames, entre outros. Tanto a área de internação como a de residência podem complementar dados na Ficha de Investigação.

A digitação do surto não exclui a necessidade da notificação do caso individual de SHU de forma imediata, a partir do conhecimento do caso, no módulo individual do SINAN NET (CID-10: D59.3) por meio da Ficha de Notificação Individual de SHU. Os casos graves e óbitos deverão ter prioridade na digitação.

2.9.3 Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de SHU, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção

primária, mas também o SVS da área de ocorrência e de residência (quando necessário), com matriciamento da DVS, por meio da URR, e acompanhamento do CIEVS Rio.

O caso suspeito deve ser imediatamente investigado, a fim de se garantir a coleta oportuna de material (fezes frescas ou *swab* retal/fecal) para pesquisa de *Escherichia coli* enterohemorrágica. A coleta de material deve ser preferencialmente realizada antes do início da antibioticoterapia específica, por meio do uso de *swab* retal em meio de transporte Cary-Blair. Após a coleta, este material pode ser armazenado em refrigeração (entre +2°C e +8°C) por até 72 horas. Na ausência do *swab* Cary-Blair, deve-se coletar fezes frescas em recipiente estéril, podendo ser armazenadas em refrigeração por até 24 horas. Além do rastreio laboratorial, deve-se analisar o quadro clínico, exames hematológicos e avaliar a função renal.

Durante a investigação, é importante coletar informações detalhadas do próprio paciente (quando possível), dos familiares e da equipe médica quanto à evolução dos sinais e sintomas, principalmente da ocorrência da diarreia (com ou sem sangue). Ademais, deve-se coletar a história de consumo de água e alimentos do caso nos últimos 10 dias, incluindo o tipo, a procedência, a manipulação e o local de consumo. As informações do tempo decorrido entre a ingestão e o aparecimento da doença, a existência de outros casos sintomáticos e potenciais fontes comuns de exposição também devem ser coletadas.

Deve-se orientar a reserva e armazenamento sob refrigeração (não congelar) de sobras dos alimentos consumidos, para análise bromatológica. A coleta de amostras bromatológicas (água e alimentos) é de responsabilidade do IVISA-Rio, que será comunicado sobre o surto pelo CIEVS Rio, para a adoção das medidas cabíveis.

2.9.4 Encerramento

O monitoramento do surto deve ser feito por 10 dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no SINAN NET.

2.9.5 Medidas de prevenção e controle

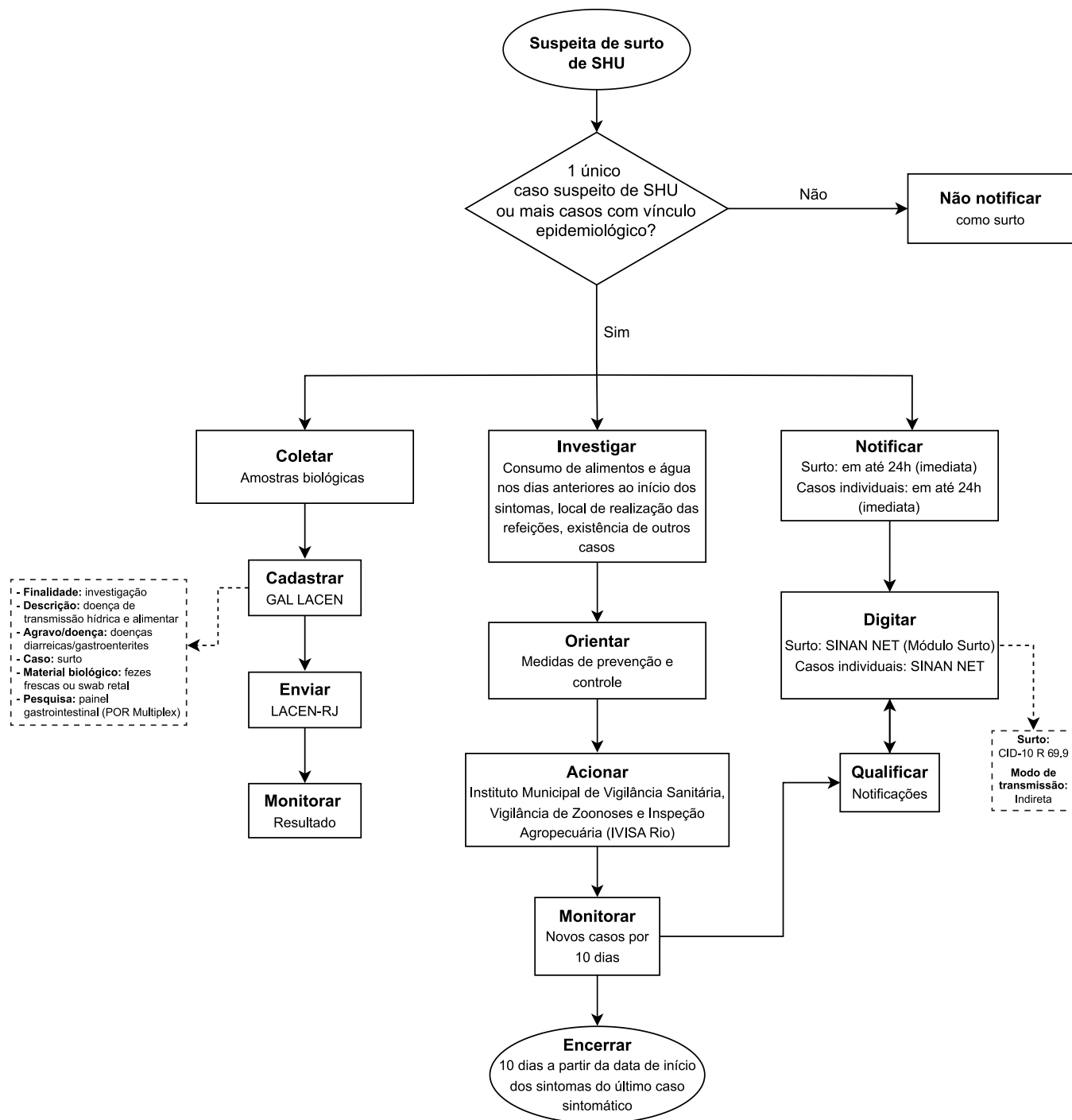
Mediante a ocorrência de surtos de SHU, é importante executar ações que interrompam a cadeia de transmissão e minimizem a ocorrência de novos casos, casos graves e óbitos.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE EM SURTOS DE SHU

- Orientar quanto à forma de transmissão da doença.
- Verificar se nos locais frequentados pelo caso suspeito há outros sintomáticos.
- Estabelecer medidas de cuidado com a água de consumo, a manipulação de alimentos, as condições de higiene, o acondicionamento e a coleta de lixo, e saneamento básico junto à comunidade e aos familiares.
- Eliminar a permanência da fonte de transmissão por meio da interrupção do seu consumo, bem como da interrupção da produção, distribuição e comercialização dos alimentos suspeitos.

- Orientar sobre as medidas adequadas de higiene (desinfecção de objetos, bancadas e chão, lavagem dos alimentos consumidos crus com hipoclorito de sódio), especialmente em ambientes institucionais (creches, escolas, ILP, entre outros).
- Para evitar a transmissão fecal-oral por relação sexual, recomenda-se higienização corporal e íntima antes e após as relações sexuais, bem como higienização de materiais utilizados durante a relação.
- Afastar o paciente, se possível, das atividades de rotina. Reavaliar e prolongar o afastamento em surtos em instituições que abriguem indivíduos sem o controle esfinteriano (uso de fraldas), onde a exposição e o risco de transmissão são maiores.
- Tratamento: O manejo da SHU requer uma abordagem abrangente de suporte, geralmente conduzida em ambiente de terapia intensiva (UTI), com cuidados especializados visando aliviar sintomas e conter a progressão da gravidade da doença.

2.9.6 Fluxograma para investigação de surtos de SHU



Informações adicionais:

- **Caracterização da doença:** a síndrome hemolítico-urêmica (SHU) é uma doença grave caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, denominado tríade, que são manifestados por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal aguda. Além da tríade, podem ocorrer episódios de diarreia com sangue. A SHU pode surgir como agravamento de uma doença de transmissão hídrica e alimentar de causa não infecciosa ou infecciosa. Esta última é a de maior interesse epidemiológico, pois é causada pela bactéria *Escherichia coli* produtora da toxina Shiga (STEC).

Fonte: Elaborado pela equipe CIEVS Rio.

2.10 CONJUNTIVITE (CID-10 H10)

A conjuntivite se caracteriza pela inflamação da mucosa conjuntival, com dilatação vascular, infiltrado celular e exsudação. Geralmente, acomete os dois olhos, podendo durar de uma a duas semanas. A conjuntivite pode ser hiperaguda, aguda, crônica ou recorrente; afetar um ou os dois olhos; e também pode ser infecciosa (causada por vírus ou bactérias) ou não infecciosa, alérgica ou não alérgica. Para saber mais sobre a doença, consulte a Biblioteca Virtual em Saúde, do MS.

2.10.1 Definição de surto

É considerado surto de conjuntivite a ocorrência de dois ou mais casos com vínculo epidemiológico em instituições fechadas (escolas, creches, hospitais, entre outros) ou em indivíduos institucionalizados. Em geral, os surtos em ambiente domiciliar não são de notificação compulsória. Na ocorrência de casos nesse ambiente, investigar vínculo epidemiológico com possíveis contatos sintomáticos em ambientes institucionais.

2.10.2 Notificação

Apesar da conjuntivite não ser de notificação compulsória, os surtos devem ser comunicados à Vigilância em Saúde, para que se inicie a investigação em tempo oportuno. A digitação do surto é realizada no nível local, pelo SVS da área de referência, de forma imediata a partir do conhecimento do evento, no Módulo de Surto do SINAN NET. Deve-se assinalar no campo CID-10 da "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) o código H10 (Conjuntivite) e o modo provável de transmissão "DIRETA" (campo 25 — opção 1). Deve-se manter a utilização do código H10 para todos os casos inseridos na "Planilha para Acompanhamento de Surto" (Anexo 2) no SINAN NET. Os casos individuais de Conjuntivite não são de notificação compulsória, portanto, não deverão ser digitados no SINAN NET.

2.10.3 Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de conjuntivite, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o SVS da área de ocorrência e de residência (quando necessário), com matriciamento da DVS, por meio da URR, e acompanhamento do CIEVS Rio.

Durante a investigação epidemiológica, deve-se entrevistar os casos para coleta de informações sobre contatos sintomáticos na residência, local de trabalho, escola e demais locais frequentados. Para o adequado levantamento das informações, deve-se mapear os deslocamentos dos casos, locais frequentados e atividades realizadas nos últimos cinco a doze dias antes do início dos sintomas. Pode ser necessário consultar o prontuário e entrevistar o médico-assistente, para completar as informações clínicas sobre os pacientes. Sugere-se fazer uma cópia da anamnese, do exame físico e da evolução dos doentes.

O diagnóstico da doença é eminentemente clínico-epidemiológico, não sendo realizados exames laboratoriais pela Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN).

2.10.4 Encerramento

O monitoramento do surto deve ser feito por 15 dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no SINAN NET.

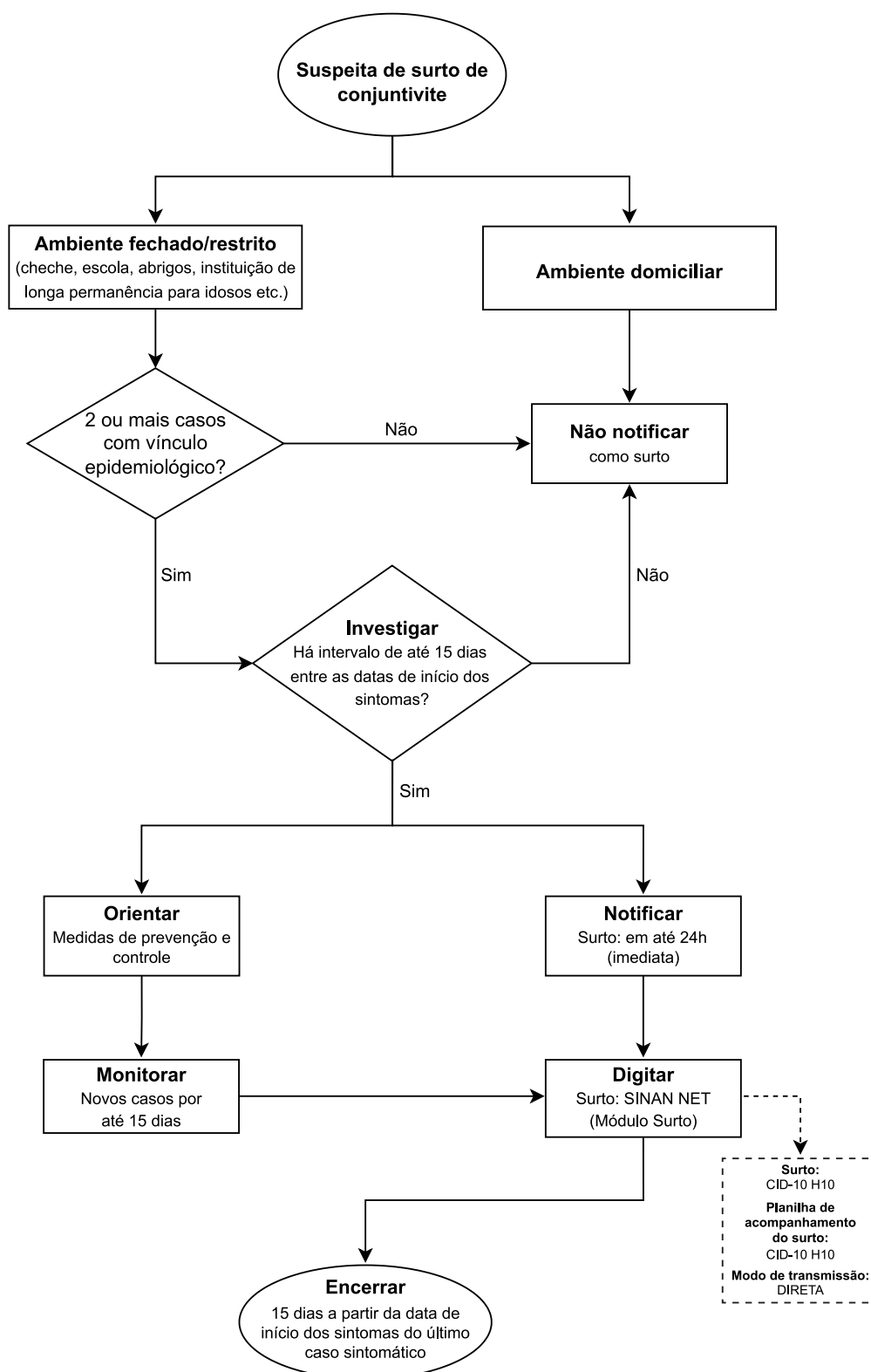
2.10.5 Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de surtos de conjuntivite, é importante executar ações de controle que visem interromper a cadeia de transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE EM SURTOS DE CONJUNTIVITE

- Orientar quanto à forma de transmissão da doença.
- Indivíduos com sinais e/ou sintomas não deverão frequentar os espaços coletivos (escola, trabalho ou a outros lugares públicos) até a recomendação médica para o retorno, mantendo-se em isolamento domiciliar.
- Encaminhar ao serviço de saúde todo caso suspeito, para diagnóstico e tratamento.
- Orientar a lavagem frequente das mãos com sabão e água.
- Orientar evitar tocar os olhos.
- Orientar a desinfecção das áreas comuns. É importante que os espaços (casa, creche, escola, entre outros) sejam higienizados com frequência. Itens compartilhados, como brinquedos, também devem ser limpos.
- Orientar os casos a evitarem o contato próximo com outros indivíduos, como beijar, abraçar ou compartilhar utensílios ou xícaras (uso de utensílios individuais).
- Monitorar locais de maior risco, buscando possíveis casos, para evitar a disseminação da doença (escolas, creches, clubes, entre outros).
- Em casos de paciente hospitalizado, recomenda-se o isolamento, a fim de evitar surtos em enfermarias, tanto para outros doentes como para os profissionais de saúde.
- Tratamento: A abordagem terapêutica da conjuntivite é realizada de acordo com o agente causador da doença, conforme as recomendações médicas.

2.10.6 Fluxograma para investigação de surtos de conjuntivite



Informações adicionais:

- **Caracterização da doença:** a conjuntivite é a inflamação da conjuntiva, membrana transparente e fina que reveste a parte da frente do globo ocular (o branco dos olhos) e o interior das pálpebras. Pode ser causada por reações alérgicas, vírus e bactérias. Os principais sintomas da doença são olhos vermelhos e lacrimejantes; pálpebras inchadas; sensação de areia ou de ciscos nos olhos; secreção purulenta (conjuntivite bacteriana); secreção esbranquiçada (conjuntivite viral); coceira; dor ao olhar para a luz; visão borrada; e pálpebras grudadas quando a pessoa acorda.

Fonte: Elaborado pela equipe CIEVS Rio.

2.11 ESCABIOSE (CID-10 B86)

Conhecida como sarna, a escabiose é uma parasitose da pele causada por um ácaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos.

Para saber mais sobre a doença, consulte as páginas 169 a 170 do livro do MS "Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso".

2.11.1 Definição de surto

É considerado surto de escabiose a ocorrência de dois ou mais casos com vínculo epidemiológico em instituições fechadas (escolas, creches, hospitais, entre outros) ou em indivíduos institucionalizados. Em geral, os surtos em ambiente domiciliar não são de notificação compulsória. Na ocorrência de casos nesse ambiente, investigar vínculo epidemiológico com possíveis contatos sintomáticos em ambientes institucionais.

2.11.2 Notificação

Apesar da escabiose não ser de notificação compulsória, os surtos devem ser comunicados à Vigilância em Saúde, para que se inicie a investigação em tempo oportuno. A digitação do surto é realizada no nível local, de forma imediata a partir do conhecimento do evento, no Módulo de Surto do SINAN NET. Deve-se assinalar no campo CID-10 da "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) o código R69.9 (Outras Síndromes) e o modo provável de transmissão "DIRETA" (campo 25 — opção 1). Deve-se utilizar o código B86 (Escabiose) para todos os casos inseridos na "Planilha para Acompanhamento de Surto" (Anexo 2) no SINAN NET. Os casos individuais de escabiose não são de notificação compulsória, portanto, não deverão ser digitados no SINAN NET.

2.11.3 Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de escabiose, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o SVS da área de ocorrência e de residência (quando necessário), com matriciamento da DVS, por meio da URR, e acompanhamento do CIEVS Rio.

Deve-se preencher todos os campos dos itens da ficha de notificação, consultar o prontuário e entrevistar o médico-assistente para completar as informações clínicas sobre os pacientes. Sugere-se fazer uma cópia da anamnese, do exame físico e da evolução dos doentes, além de acompanhar a evolução dos pacientes até o encerramento dos sintomas. É recomendado verificar se estão ocorrendo outros casos na residência, local de trabalho, instituição de saúde ou outros ambientes de convivência do paciente.

O diagnóstico da doença é eminentemente clínico-epidemiológico, não sendo realizados exames laboratoriais pela Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN).

2.11.4 Encerramento

Deve-se considerar que cada doença ou agravo que compõe os surtos de outras síndromes apresenta períodos de exposição distintos. O monitoramento do surto deve ser feito por 42 dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no SINAN NET.

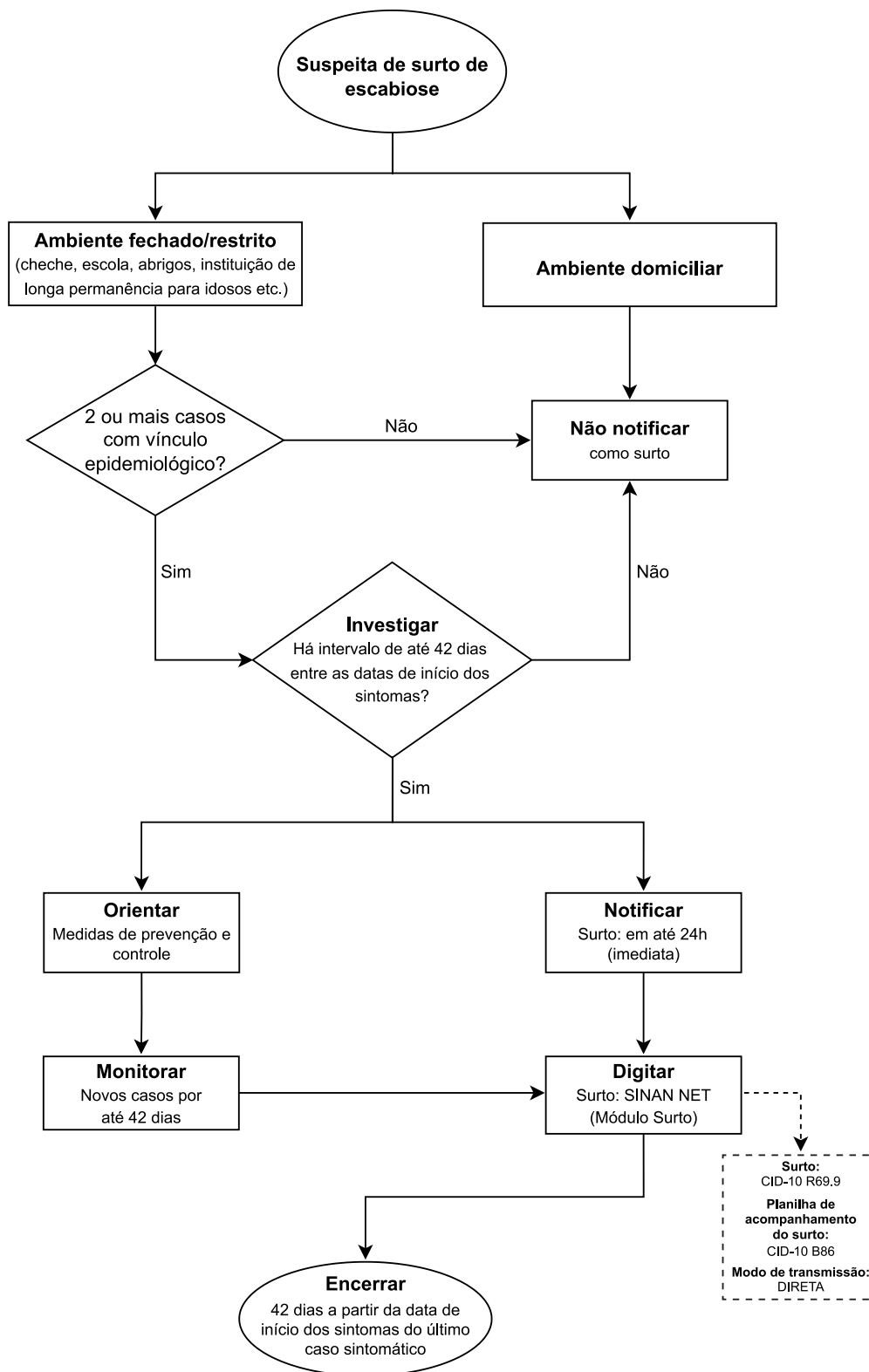
2.11.5 Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de surtos de escabiose, é importante executar ações de controle que visem interromper a cadeia de transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE EM SURTOS DE ESCABIOSE

- Orientar quanto à forma de transmissão da doença.
- Indivíduos com sinais e/ou sintomas não deverão frequentar os espaços coletivos (escola, trabalho ou a outros lugares públicos), mantendo-se em isolamento domiciliar. O afastamento deve ocorrer até 24 horas após o término do tratamento.
- Encaminhar ao serviço de saúde todo caso suspeito, para diagnóstico e tratamento.
- Orientar a lavagem frequente das mãos com sabão e água.
- Orientar a desinfecção das áreas comuns. É importante que os espaços (casa, creche, escola, entre outros) sejam higienizados com frequência. Itens compartilhados, como brinquedos, também devem ser limpos. Lavar com água quente todos os fômites dos casos suspeitos.
- Orientar os casos a evitarem o contato próximo com outros indivíduos, como beijar, abraçar ou compartilhar utensílios, xícaras (uso de utensílios individuais), roupas de cama e banho, entre outros.
- Monitorar locais de maior risco, buscando possíveis casos, para evitar a disseminação da doença (escolas, creches, clubes, entre outros).
- Em casos de paciente hospitalizado, recomenda-se o isolamento, a fim de evitar surtos em enfermarias, tanto para outros doentes como para os profissionais de saúde.
- Tratamento: Segundo o livro "Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso", a abordagem para escabiose é de acordo com a conduta médica, podendo incluir administração oral ou aplicação tópica de escabicidas medicamentos. Anti-histamínicos podem ser prescritos para alívio do prurido, e em casos de infecção secundária, é recomendada antibioticoterapia.

2.11.6 Fluxograma para investigação de surtos de escabiose



Informações adicionais:

- **Caracterização da doença:** também conhecida como sarna, a escabiose é uma parasitose da pele causada por um ácaro que penetra na pele formando lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nas quais ele deposita seus ovos. A deposição dos produtos metabólicos do ácaro na pele gera uma reação alérgica e coceira.

Fonte: Elaborado pela equipe CIEVS Rio.



2.12 COQUELUCHE (CID A37.9)

A coqueluche é uma doença infecciosa aguda causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. A doença compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. O modo de transmissão ocorre, principalmente, pelo contato direto entre a pessoa doente e a pessoa suscetível, por meio de gotículas de secreção da orofaringe eliminadas ao tossir, falar ou espirrar.

Para saber mais sobre a doença, consulte as páginas 201 a 216 do "Guia de Vigilância em Saúde, 2024, volume 1", e as páginas 23 a 28 do "Guia Rápido de Vigilância em Saúde — Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis Agudas".

2.12.1 Definição de surto

É considerado surto de coqueluche a ocorrência de dois ou mais casos, com vínculo epidemiológico, em ambiente domiciliar ou ambientes fechados/restritos, com intervalo de até 42 dias entre as datas de início dos sintomas dos casos. Entende-se por ambientes fechados/restritos: os asilos e 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.

Para a confirmação de um surto de coqueluche é necessário que, pelo menos, um dos casos possua confirmação laboratorial (RT-PCR detectável para *Bordetella pertussis*) para a doença. Assim sendo, os demais casos suspeitos de coqueluche, que possuírem vínculo epidemiológico com o caso confirmado por critério laboratorial, poderão ser confirmados por critério clínico-epidemiológico.

2.12.2 Notificação

O surto de coqueluche se enquadra como um evento de saúde pública, conforme descrito na portaria de notificação vigente. Assim, o surto é um evento de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, que deve ser realizada pela rede assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção. Portanto, todas as suspeições e rumores de casos com vínculo epidemiológico devem ser informados à Vigilância em Saúde, para que iniciem a investigação de maneira oportuna.

Após a investigação epidemiológica de um surto de coqueluche, a ficha de investigação do Módulo de Surto do SINAN NET deverá ser completamente preenchida. Deve-se assinalar no campo CID-10 da "Ficha de Investigação de Surto" (Anexo 1) do SINAN NET o código A37.9 (Coqueluche não especificada) e o modo provável de transmissão "DIRETA" (campo 25 — opção 1). Deve-se manter a utilização do código A37.9 para todos os casos inseridos na "Planilha para Acompanhamento de Surto" (Anexo 2) no SINAN NET.

Os casos individuais suspeitos vinculados ao surto também são de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, e deverão ser notificados e registrados no SINAN NET por meio da "Ficha de Investigação de Coqueluche". A unidade notificante é responsável por digitar os casos individuais no sistema ou enviar a ficha para o SVS e/ou DVS, conforme o fluxo local.

2.12.3 Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de coqueluche, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos "Dez passos para a investigação de surtos" (página 7). Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o NHVE (quando o surto for hospitalar) e o SVS da área de ocorrência e de residência (quando necessário), com matriciamento da DVS, por meio da URR, e acompanhamento do CIEVS Rio.

Deve-se avaliar o perfil do caso confirmado laboratorialmente (data de início dos sintomas, local de moradia, locais de estudo/trabalho, deslocamentos/viagens realizadas), verificando a existência de vínculo epidemiológico com os possíveis comunicantes que atendam aos critérios de definição de caso suspeito.

O diagnóstico da coqueluche poderá ser por critério laboratorial ou clínico epidemiológico. A confirmação laboratorial é realizada mediante o isolamento da bactéria *Bordetella pertussis* pelo RT-PCR de material colhido de nasofaringe (swab alginatado ou de Dacron em meio de transporte *Regan Lowe*). Este kit faz parte do estoque estratégico da DVS do território de abrangência da unidade de saúde. Na ausência de swab alginatado ou de Dacron, é recomendado o uso de swab de poliéster, *rayon* ou *nylon* para coleta de material de casos suspeitos e comunicantes de coqueluche. A coleta de amostra deve ser realizada antes da antibioticoterapia ou, no máximo, até três dias após seu início.

O quadro clínico da coqueluche é, em alguns casos, semelhante ao de síndrome gripal, com manifestações de febre pouco intensa, mal-estar geral, coriza e tosse seca. Nessas situações, deve-se realizar o diagnóstico diferencial para as infecções respiratórias agudas, como traqueobronquites, bronquiolites, adenovirose, laringites e as síndromes respiratórias agudas por vírus respiratórios.

2.12.4 Encerramento

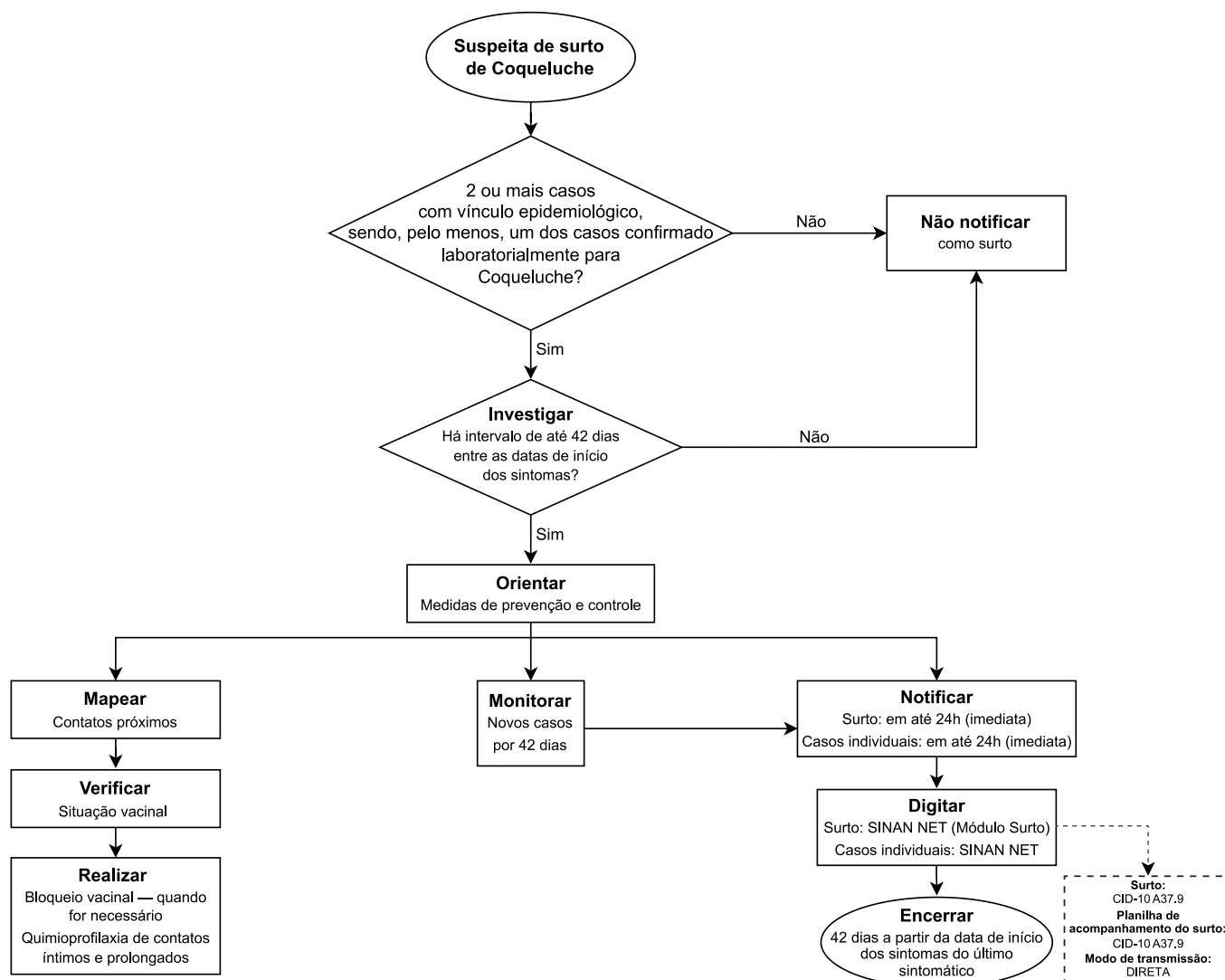
O monitoramento do surto de coqueluche deverá ser realizado durante 42 dias a partir da data de início dos sintomas do último caso inserido no surto. Na ausência da identificação de novos casos, o monitoramento deverá ser encerrado.

2.12.5 Medidas de prevenção e controle

- Em ambiente hospitalar, creches, escolas e outras instituições (presídios, asilos, abrigos, entre outros), deve-se identificar o número de pessoas que são contatos dos casos da doença, para verificar o quantitativo necessário de doses de vacina para a realização do bloqueio vacinal. A vacinação deve ser realizada de forma seletiva e de acordo com as indicações do Calendário Nacional de Vacinação e da Coordenação do Programa de Imunização (CPI) municipal. A vacinação de bloqueio segue as normativas do MS.

- Após o contato com caso suspeito ou confirmado de coqueluche, recomenda-se a realização do bloqueio vacinal em suscetíveis até 5 dias da data de notificação do caso. Se não houver viabilidade de vacinação dentro deste período, manter a ação vacinal dentro das recomendações, adotando conceito de intensificação para os menores de 7 anos e grupos prioritários, conforme rotina.
- É importante, ainda, na admissão de novas crianças em ambiente escolar/creche, verificar se a situação vacinal contra coqueluche está atualizada, conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação.
- Orientar medidas de isolamento:
 - Casos suspeitos que forem confirmados (por critério laboratorial, clínico epidemiológico e clínico) e fizeram o tratamento apropriado com antibióticos: retornar às atividades após o fim do tratamento;
 - Casos suspeitos ou confirmados de coqueluche, que não realizaram a terapia medicamentosa recomendada, deverão ficar afastados por até 21 dias após o início da tosse — a liberação para o retorno às atividades deverá ocorrer a critério médico;
 - Comunicantes (contatos próximos e rotineiros) de casos suspeitos ou confirmados, em uso da Quimioprofilaxia Pós-Exposição (QPE) ou que finalizaram o esquema prescrito, não necessitam ser afastados das suas atividades cotidianas (p.ex.: creches, escolas, trabalho).
- O tratamento da coqueluche é realizado com antibióticos da classe dos macrolídeos (azitromicina, claritromicina e eritromicina). Nos casos de contraindicação ao uso desses macrolídeos, recomenda-se o sulfametoxazol associado ao trimetoprim.
- Se o paciente com coqueluche for hospitalizado, ele deve ficar em quarto individual, com a porta fechada. Todas as pessoas que circulam no quarto devem usar máscara comum e lavar as mãos após o contato com o paciente, após a retirada das luvas e máscaras ou após o contato com materiais utilizados pelo paciente.
- Etiqueta respiratória — promover um conjunto de medidas que devem ser adotadas para evitar e/ou reduzir a disseminação de pequenas gotículas oriundas do aparelho respiratório, buscando evitar possível contaminação de outras pessoas que estão em um mesmo ambiente;
- A QPE deve ser realizada o mais rápido possível, no período de até 21 dias após a exposição a casos suspeitos ou confirmados que estejam apresentando tosse.

2.12.6 Fluxograma para investigação de surtos de coqueluche



Informações adicionais:

- **Caracterização da doença:** a coqueluche é uma infecção aguda causada pela bactéria *Bordetella pertussis*, que compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca.
- **Definição de caso suspeito de coqueluche:** 1) indivíduo com menos de 6 meses de idade, independentemente do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo, há dez dias ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas — 5 a 10 — em uma única expiração); guincho inspiratório, vômitos pós-tosse, cianose; apneia ou engasgo; 2) indivíduo com idade igual ou superior a 6 meses, independentemente do estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo, há 14 dias ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas — 5 a 10 — em uma única expiração; guincho inspiratório ou vômitos pós-tosse; e 3) todo indivíduo que apresente tosse, em qualquer período, com história de contato próximo com caso confirmado de coqueluche pelo critério laboratorial.
- **Caso confirmado de coqueluche:** Todo caso que atenda à definição de caso suspeito de coqueluche e que tenha isolamento por cultura ou identificação por PCR de *Bordetella pertussis*; ou todo caso que atenda à definição de caso suspeito e que teve contato com caso confirmado de coqueluche pelo critério laboratorial, entre o início do período catarral e até três semanas após o início do período paroxístico da doença.

Fonte: Elaborado pela equipe CIEVS Rio.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto Legislativo n.º 395, de 9 de julho de 2009.** Aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005. Diário Oficial da União, 10 jul. 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Nota Técnica n.º 4/2024/COS/CGCAP/DIRPP/SENAPPEN/MJ.** Orienta e uniformiza as condutas de saúde frente aos casos de afecções dermatológicas, como escabiose, dermatofitose e furúnculo, a fim de assegurar a qualidade na assistência prestada e mitigar surtos recorrentes que tais enfermidades vêm causando na população privada de liberdade no sistema prisional. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-tecnicas/assistencia/direito-a-saude-no-sistema-prisional/enfermidades-dermatologicas.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conjuntivite** — Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/conjuntivite/#:~:text=Conjuntivite%20%C3%A9%20a%20inflama%C3%A7%C3%A3o%20da,e%20n%C3%A3o%20costuma%20deixar%20seq%C3%BCela>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução MS/CNS n.º 588, de 12 de julho de 2018.** Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença Mão-Pé-Boca** — Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/doenca-mao-pe-boca/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Escabiose** — Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/decs/escabiose/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Escarlatina** — Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/escarlatina/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. **Portaria n.º 3.148, de 6 de fevereiro de 2024.** Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.148-de-6-de-fevereiro-de-2024-542935418>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para uso do Antiviral Nirmatrelvir/Ritonavir em Pacientes com Covid-19, não Hospitalizados e de Alto Risco — 2ª edição.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_nirmatrelvir_ritonavir_covid19.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe Técnico Operacional de Vacinação Contra a Covid-19 — 2024**. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/content/Default/Informe%20vacinacao%20covid%202024_final_29dez23.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe Técnico Operacional — Vacinação contra a Influenza — 2025**. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/influenza/estrategia-de-vacinacao-contr-a-influenza-na-regiao-nordeste-centro-oeste-sul-e-sudeste-2025>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo do paciente com diarreia: avaliação do estado de hidratação do paciente, 2024**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-diarreicas-agudas/manejo-do-paciente-com-diarreia-avaliacao-do-estado-de-hidratacao-do-paciente-arquivo-com-marcas-de-corte/view>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n.º 16/2023-CGCIEVS/DEMSP/SVSA/MS**. Orienta sobre a doença de mão-pé-boca. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/sei_ms-0033506310-nota-tecnica.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n.º 31/2025-CGZV/DEDT/SVSA/MS**. Orienta e recomenda acerca da vigilância epidemiológica da síndrome hemolítico-urêmica de transmissão hídrica e/ou alimentar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-31-2025-cgzv-dedt-svsa-ms.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n.º 43/2025-CGLAB/SVSA/MS**. Orienta sobre o fluxo de amostras para o diagnóstico laboratorial das enteroinfecções bacterianas e síndrome hemolítica urêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-43-2025-cglab-svsa-ms.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plataforma Eletrônica de Notificação para Síndrome Gripal — e-SUS Notifica**. Disponível em: <https://notifica.saude.gov.br/login>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico**: atualizações sobre notificação de surto de DTHA no Sinan-Net. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 51, n. 31, ago. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/toxoplasmose/arquivos/boletim-epidemiologico-svs-31-paginas-22-30.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. **Vigilância epidemiológica das doenças de transmissão hídrica e alimentar: manual de treinamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Diretriz para atuação em situações de surtos de doenças e agravos de veiculação hídrica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual integrado de vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância integrada da Covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/guia-vigilancia-integrada-da-covid-19-influenza-e-outros-virus-respiratorios-de-importancia-em-saude-publica>. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de investigação de surtos e epidemias** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/episus/guia-para-investigacoes-de-surtos-ou-epidemias/view>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde: volume 1**. 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde: volume 2**. 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/view>. Acesso em: 15 ago. 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde: volume 3**. 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-3-6a-edicao/view>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. **Instrução normativa referente ao Calendário Nacional de Vacinação — 2025**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-instrui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2025.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síndrome hemolítico-urêmica (SHU)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/shu>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe — SIVEP-Gripe**. Disponível em: <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/login.html?0.html?0>. Acesso em: 15 ago. 2025.

CDC. **The CDC Field Investigation**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/field-epi-manual/php/chapters/field-investigation.html>. Acesso em: 15 ago. 2025.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado. **Guia rápido de coleta, armazenamento, transporte e entrega de amostras biológicas**. Fundação Saúde. Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDY2MTk%2C>. Acesso em: 15 ago. 2025.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução n.º 2.485, de 18 de outubro de 2021**. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/12138042/4355403/DNCSES RJ.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2025.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia rápido de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis agudas**. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde, 2024. Disponível em: https://epirio.svs.rio.br/wp-content/uploads/2024/06/Livro_DoencasTransmissiveisAgudas_PDFDigital_20240621.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Ofício n.º SMS-OFI-2023/17992**. Nota Técnica conjunta S/SUBPAV/SAP e S/SUBPAV/SVS. Abordagem no atendimento da síndrome gripal na Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://acesso.processo.rio/sigaex/public/app/autenticar>. Acesso em: 15 ago. 2025.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Ofício n.º SMS-OFI-2023/36992**. Nota Técnica conjunta S/SUBPAV/SAP e S/SUBPAV/SVS. Definições para notificação/investigação de casos de surto de síndrome gripal em ambiente hospitalar. Disponível em: <https://coronavirus.rio/orientacoes-tecnicas/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

ANEXOS

ANEXO 1. FICHA DE 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		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 1 ^{os} Sintomas do 1 ^o Caso Suspeito			
	8 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação						
Notificação de Surto	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				
26 Se indireta, qual o veículo de transmissão provável 1- Alimento/Água 2- Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reservatório de água) 3- Vetor 4- Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.) 5- Fômite (faca, lençóis, agulhas, etc.) 6- Outro Especificar _____ 9- Ignorado							
Observações							
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura		

Surto

Sinan NET

SVS 29/05/2006

ANEXO 2. PLANILHA PARA ACOMPANHAMENTO DE SURTO

PLANILHA PARA ACOMPANHAMENTO DE SURTO

[illegible]

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-Clinico-Epidemiológico 3-Clinico

Planilha Surto

Sinan NET

SVS 09/06/2006



ANEXO 3. FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO — DTA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 3 - Surto		2 Agravo/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 1 ^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito		
	8 N° de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação					
Notificação de Surto	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)	
	24 Data da Investigação					
Situação Inicial	25 Modo Provável da Transmissão 1- Direta (pessoa a pessoa) 2- Indireta (Veículo comum ou Vetor) 9- Ignorado		26 Veículo de Transmissão 1- Alimento/Água			

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)																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Faixa Etária</th> <th colspan="3">Sexo</th> <th rowspan="2">Total</th> </tr> <tr> <th>Masculino</th> <th>Feminino</th> <th>Ign</th> </tr> <tr> <th>Número</th> <th>Número</th> <th>Número</th> <th>Número</th> <th>Número</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>< 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1 a 4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5 a 9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10 a 19</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20 a 49</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50 e +</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ignorada</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Faixa Etária	Sexo			Total	Masculino	Feminino	Ign	Número	Número	Número	Número	Número	< 1					1 a 4					5 a 9					10 a 19					20 a 49					50 e +					Ignorada					Total					<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sinais e Sintomas</th> <th>Doentes</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Número</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Náuseas</td><td></td></tr> <tr><td>Vômitos</td><td></td></tr> <tr><td>Diarréia</td><td></td></tr> <tr><td>Cefaléia</td><td></td></tr> <tr><td>Dor Abdominal</td><td></td></tr> <tr><td>Neurológicos</td><td></td></tr> <tr><td>Outros</td><td></td></tr> <tr><td>Febre</td><td></td></tr> </tbody> </table>		Sinais e Sintomas	Doentes		Número	Náuseas		Vômitos		Diarréia		Cefaléia		Dor Abdominal		Neurológicos		Outros		Febre		35 Período de Incubação Máximo (em horas ou dias) 1 - Horas 2 - Dias
Faixa Etária	Sexo			Total																																																																									
	Masculino	Feminino	Ign																																																																										
Número	Número	Número	Número	Número																																																																									
< 1																																																																													
1 a 4																																																																													
5 a 9																																																																													
10 a 19																																																																													
20 a 49																																																																													
50 e +																																																																													
Ignorada																																																																													
Total																																																																													
Sinais e Sintomas	Doentes																																																																												
	Número																																																																												
Náuseas																																																																													
Vômitos																																																																													
Diarréia																																																																													
Cefaléia																																																																													
Dor Abdominal																																																																													
Neurológicos																																																																													
Outros																																																																													
Febre																																																																													
37 Local de Produção/Preparação		36 Mediana do Período de Incubação (em horas ou dias)																																																																											
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		36 Mediana do Período de Incubação (em horas ou dias) 1 - Horas 2 - Dias																																																																											
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

☐ Matéria-prima Imprópria☐ Manipulação/Preparação Inadequada☐ Conservação Inadequada☐ Outros Especificar _____

Amostras Clínicas

Amostras Bromatológicas

40 Coletadas Amostras Clínicas

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐41 Se SIM, nº de Amostras ☐

48 Coletadas Amostras de Alimentos

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐49 Se SIM, nº de Amostras ☐

42 Resultado 1 (Principal Achado)

43 Nº de Positivas ☐

50 Resultado 1 (Principal Achado)

51 Nº de Positivas ☐

44 Resultado 2 (Outro Achado)

45 Nº de Positivas ☐

52 Resultado 2 (Outro Achado)

53 Nº de Positivas ☐

46 Resultado 3 (Outro Achado)

47 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

--	--	--	--	--	--	--	--

60 Medidas Adotadas / Recomendadas

Observações - descrever ingredientes, modo de preparo e conservação do alimento suspeito. Informar a origem de cada ingrediente (caseiro/industrializado)

Município/Unidade de Saúde

Código da Unid. de Saúde

Investigador

Nome

Função

Assinatura

Surto - DTA

Sinan NET

SVS 08/06/2006

70

Arte: Ascom/SMS-Rio • Atualizado em abril de 2024



Saúde

