



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRISTINO CASTRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) – Vigilância Epidemiológica –
Cristino Castro/PI.

Cristino Castro-PI.
2026-2028

FOLHA DE APROVAÇÃO

Este **MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**, Versão 1-2026-2028, foi desenvolvido para padronizar as ações de notificação, investigação e controle de agravos no município de Cristino Castro/PI. O presente documento foi elaborado, revisado e homologado pelos profissionais abaixo designados:

Cristino Castro - PI, ____ de _____ 2026.

1. ELABORAÇÃO E COORDENAÇÃO (VIGILÂNCIA):

KELMA VIRGINIA DE SOUSA MARTINS *Enfermeira – Coord. de Vigilância Epidemiológica*

2. COLABORAÇÃO E PADRONIZAÇÃO NORMATIVA (QUALIDADE):

CRISTIANE DE ARAÚJO SANTOS *Enfermeira – Coord. de Gestão da Qualidade em Saúde*

3. EQUIPE TÉCNICA DE REVISÃO E INTERFACE ASSISTENCIAL:

RICHARLANDIA RIBEIRO DE SOUSA LIMA *Enfermeira – Coord. da Atenção Primária à Saúde*

LUZIANE DE SOUSA FALCÃO *Enfermeira – Coord. de Imunização*

4. HOMOLOGAÇÃO E GESTÃO MUNICIPAL:

MARISA FERREIRA ROCHA *Secretária Municipal de Saúde*

TERMO DE RECEBIMENTO, CIÊNCIA E COMPROMISSO – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

UNIDADE RECEBORA: UBS _____

DATA: / /2026

Pelo presente instrumento, eu, _____,
na qualidade de Responsável pela Unidade acima citada, confirmo o recebimento do **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) – Vigilância Epidemiológica (Versão 1-2026-2028)**.

Declaro estar ciente e comprometo-me a disseminar junto à **Equipe Multidisciplinar** que:

1. **Responsabilidade Compartilhada:** A notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública é **obrigatória e comum a todos os profissionais de saúde** (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, entre outros) em exercício na unidade;
2. **Fluxo e Prazos:** Toda a equipe deve observar rigorosamente os fluxos de encaminhamento das fichas de notificação (SINAN) e os prazos para agravos de notificação imediata (até 24 horas);
3. **Sigilo e Ética:** As informações epidemiológicas devem ser tratadas com o devido sigilo ético, sendo utilizadas exclusivamente para fins de controle de surtos e planejamento de ações de saúde;
4. **Treinamento:** É dever desta coordenação local garantir que todos os profissionais, independentemente da categoria, tenham acesso a este manual para consulta e aplicação prática.

Assinatura e Carimbo do Responsável na Unidade Ciente em: / /2026

Assinatura do Agente Entregador (SMS) Secretaria Municipal de Saúde de Cristino Castro/PI

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1. Identificação Geral

- **Razão Social:** Secretaria Municipal de Saúde de Cristino Castro
- **Nome Fantasia:** SMS
- **Entidade Mantenedora:** Prefeitura Municipal de Cristino Castro
- **CNPJ:** 00.922.402/0001-43
- **Natureza Jurídica:** 103-1 - Órgão Público do Poder Executivo Municipal (Sistema Único de Saúde - SUS)

2. Localização e Contato

- **Endereço:** Av. Marcos Parente, 1071, Centro – Cristino Castro/PI
- **CEP:** 64890-000
- **E-mail:** saudepmcc2021@gmail.com

3. Atendimento e Estrutura

- **Convênios Atendidos:** SUS (Sistema Único de Saúde)
- **Unidades com Atividades de Enfermagem:**
 - Unidade Mista de Saúde (UMS)
 - Unidades Básicas de Saúde (UBS)
 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
 - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/PMC)
 - Centro de Reabilitação (CR)
 - Equipe eMulti (Estratégia Multiprofissional)

© 2026. Secretaria Municipal de Saúde de Cristino Castro/PI. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. 1ª edição – 2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P685p Piauí. Prefeitura Municipal de Cristino Castro. Secretaria Municipal de Saúde.

" Procedimento Operacional Padrão - POP: Vigilância Epidemiológica / Secretaria Municipal de Saúde; organização de Kelma Virginia de Sousa Martins, Cristiane de Araújo Santos [et al.]. – 1. ed. – Cristino Castro, PI: SMS, 2025."

164 p.: il.

" 1. Saúde Pública - Cristino Castro (PI). 2. Vigilância Epidemiológica. 3. Gestão da Qualidade em Saúde. 4. Atenção Primária. I. Martins, Kelma Virginia de Sousa. II. Santos, Cristiane de Araújo. III. Título."

CDU: 614(812.2)

ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRISTINO CASTRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS)

CNPJ: 12.925.942/0001-60 | **CEP:** 64.920-000

Gestão Municipal

* **Marisa Ferreira Rocha** – Secretária Municipal de Saúde

Responsável pela Elaboração e Padronização Normativa

* **Kelma Virginia de Sousa Martins** – Enfermeira (Coord. de Vigilância Epidemiológica)

Equipe Técnica de Colaboração, Revisão e Padronização Normativa

- **Cristiane de Araújo Santos** – Enfermeira (Coord. de Gestão da Qualidade em Saúde)
- **Giovanna Jacobina Alencar** – Enfermeira (Assistente da Gestão da Qualidade em Saúde)

Equipe Técnica de Revisão

- **Richarlandia Ribeiro de Sousa Lima** – Enfermeira (Coord. da Atenção Primária à Saúde)
- **Luziane de Sousa Falcão** - Enfermeira (Coord. de Imunização)

Distribuição e Informações

Secretaria Municipal de Saúde

Coordenação de Vigilância Epidemiológica

Cristino Castro / PI

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVO	10
3. CAMPO DE APLICAÇÃO	10
4. SIGLAS E DEFINIÇÕES	10
15. RESPONSABILIDADES	11
6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	12
6.1. Monitoramento de Casos	12
6.2. Investigação Epidemiológica	12
6.3. Notificação	12
6.4. Comunicação Interna	13
6.5. Encaminhamento de Amostras (Se Aplicável)	13
7. REGISTROS / ANEXOS	13
8. REFERÊNCIAS	13
9. POP. VE. 001 NOTIFICAÇÃO DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO.	15
10. POP. VE. 002 NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS	20
11. POP. VE. 003 NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO	25
12. POP. VE. 004 NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO	30
13. POP. VE. 005 NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE COVID-19	37
14. POP. VE. 006 NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE DENGUE	42
15. POP. VE. 007 NOTIFICAÇÃO DE CASOS CHIKUNGUNYA E ZIKA VIRUS	46
16. POP. VE. 008 NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE	50
17. POP. VE. 009 NOTIFICAÇÃO DE HEPATITES VIRAIS	54
18 POP. VE. 010 NOTIFICAÇÃO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA	58
19. POP. VE. 011 NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE LEISHMANIOSE	61
20. POP. VE. 012 NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA	65
21. POP. VE. 013 NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE	69
22. POP. VE. 014 NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS ADQUIRIDA	73

23. POP. VE. 015 NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE (TB)	77
24. POP. VE. 016 NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA	81
25. POP. VE. 017 NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	85
26. POP. VE. 018 NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO EM MULHER EM IDADE FÉRTIL....	89
27. POP. VE. 019 NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO	93
28. POP. VE. 020 NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E ÓBITO FETAL	97
29. POP. VE. 021 NOTIFICAÇÃO DE HIV/AIDS	101
30. POP. VE. 022 NOTIFICAÇÃO DE MENINGITES	107
31. POP. VE. 023 NOTIFICAÇÃO DE DOENÇA DE CHAGAS	111
ANEXOS.....	115

1. INTRODUÇÃO

A Vigilância Epidemiológica (VE) constitui um conjunto essencial de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de quaisquer mudanças nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) tem como finalidade guiar a equipe de saúde do município de Cristino Castro – PI na correta execução dos processos de notificação, investigação e monitoramento de agravos de Notificação Compulsória (NNC), garantindo a uniformidade e a qualidade das informações essenciais para o planejamento, a execução e a avaliação das ações de saúde pública municipal. A padronização é fundamental para a conformidade com as exigências do Sistema Único de Saúde (SUS) e das normas sanitárias vigentes.

2. OBJETIVO

Estabelecer os procedimentos operacionais padrão para a vigilância epidemiológica municipal, visando o **monitoramento, registro, investigação e notificação** de agravos de notificação compulsória, surtos e eventos de interesse em saúde pública, garantindo a qualidade e a agilidade nas ações de controle.

3. CAMPO DE APLICAÇÃO

Este procedimento se aplica a **todos os profissionais** da equipe de vigilância epidemiológica municipal e aos demais colaboradores (equipes de Atenção Básica, hospitalar, laboratorial e de saúde suplementar) envolvidos na identificação e comunicação de agravos de notificação compulsória no município de Cristino Castro – PI.

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

Explicação de termos técnicos e siglas utilizados neste documento para garantir o entendimento uniforme das diretrizes.

SIGLA/TERMO	DEFINIÇÃO
Vigilância Epidemiológica (VE)	Conjunto de ações que fornecem dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde pública.
Notificação Compulsória (NC)	Comunicação obrigatória à autoridade sanitária, realizada por profissional de saúde ou responsável pelo estabelecimento de saúde, sobre a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos ou eventos de saúde pública.
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Principal sistema nacional utilizado para a coleta, processamento e análise de dados sobre as NC.
eSUS notifica	Plataforma eletrônica utilizada para a notificação de diversos agravos, incluindo casos de COVID-19, Influenza e outros eventos de saúde pública de resposta rápida.
Comitê de Óbitos	Instância multidisciplinar responsável pela análise e investigação de mortalidade (infantil, fetal, materna) para identificar causas evitáveis e propor intervenções.

5. RESPONSABILIDADES

A responsabilidade pela execução e garantia do cumprimento deste POP é compartilhada por diversos setores.

Tabela 1 – Responsabilidades no Processo de Vigilância Epidemiológica

CARGO/SETOR	RESPONSABILIDADE
Equipe do Setor de Epidemiologia	Coletar, analisar e consolidar os dados epidemiológicos; investigar os casos; realizar o lançamento e o envio de dados às instâncias

CARGO/SETOR	RESPONSABILIDADE
	superiores (regional, estadual e federal) nos prazos estabelecidos.
Setores Assistenciais (Unidades de Saúde)	Comunicar imediatamente (em até 24 horas, ou prontamente, conforme a urgência do agravo) os casos suspeitos ou confirmados de doenças de notificação compulsória ao Setor de Epidemiologia.
Coordenação de Enfermagem/Coordenação de Epidemiologia/Coordenação de Atenção Básica	Garantir que todos os profissionais de enfermagem e equipe assistencial sob sua gestão conheçam e cumpram integralmente o fluxo e o protocolo de notificação e investigação estabelecido neste POP.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

6.1. Monitoramento de Casos

- Acompanhamento Diário:** A Equipe de Epidemiologia deve acompanhar diariamente os registros de prontuários, os sistemas eletrônicos (SINAN, e-SUS Notifica, SIM, SINASC) e os relatórios laboratoriais.
- Identificação:** Identificar ativamente possíveis casos suspeitos de doenças de notificação compulsória para dar início ao processo de investigação.

6.2. Investigação Epidemiológica

- Entrevista:** Realizar entrevista com paciente, familiares e/ou responsáveis, de forma padronizada.
- Coleta de Dados:** Coletar informações clínicas, epidemiológicas e laboratoriais.
- Preenchimento da Ficha:** Preencher a ficha de investigação epidemiológica específica para o agravo (conforme padrão MS/SINAN) de forma completa e legível.

6.3. Notificação

1. **Notificação Imediata:** Realizar a notificação imediata (em até 24 horas) via sistema SINAN ou outros sistemas específicos (eSUS Notifica) para casos que exijam resposta urgente.
2. **Notificação Semanal:** Realizar o lançamento dos demais agravos (NC semanal) dentro do prazo estabelecido pela Vigilância Estadual.

6.4. Comunicação Interna

1. **Informação à Gestão:** Informar a Coordenação de Epidemiologia, Comitê de Óbitos, e demais setores (Imunização, Atenção Básica) conforme a necessidade do agravo.
2. **Articulação em Caso de Surto:** Articular ações e medidas de controle com a equipe assistencial e demais setores envolvidos em caso de surto ou evento de saúde pública.

6.5. Encaminhamento de Amostras (Se Aplicável)

1. **Coleta e Envio:** Coordenar a coleta e o envio de material biológico ao laboratório de referência (LACEN) ou de apoio.
2. **Preenchimento:** Garantir o correto preenchimento dos formulários de solicitação de exame e envio de amostras, garantindo a conservação e o transporte adequados (cadeia de frio e acondicionamento).

7. REGISTROS / ANEXOS

Os seguintes registros são obrigatórios para documentar a execução do procedimento:

- Fichas de Notificação Compulsória (padrão MS, físicas ou eletrônicas).
- Livro ou relatório eletrônico de registro de casos investigados e acompanhados (Diário de Bordo da VE).
- Cópias de e-mails ou protocolos de envio de amostras ao laboratório de referência.
- Relatórios de investigação epidemiológica e de campo.

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: 5ª Edição Revisada e Atualizada (2022). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/GUIA%20DE%20VIGILANCIA%202022.pdf>. Acesso em 08 dez 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a Doença de Chagas crônica na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 275, de 21 de outubro de 2002. Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) aplicados aos Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos.

Nota: A Portaria nº 1.061/2020 é mantida, pois altera a lista de NNC, e a Portaria nº 204/2016 é a principal que a define.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 001	Versão	01-2026-2028
	NOTIFICAÇÃO DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO	Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4

1 DEFINIÇÃO

- Raiva:** Doença viral aguda, com letalidade de aproximadamente 100%, transmitida principalmente por cães, gatos e morcegos.
- Notificação compulsória:** Obrigatoriedade de comunicação imediata às autoridades de saúde sobre casos suspeitos de exposição ao vírus da raiva.
- Exposição:** Todo contato que envolva mordedura, arranhadura, lambedura em mucosa ou ferida, com animal passível de transmissão.

2 OBJETIVO

Padronizar o procedimento de notificação dos casos de exposição humana ao vírus da raiva, garantindo o registro correto, oportuno e a comunicação adequada à vigilância epidemiológica municipal e estadual.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Este POP aplica-se aos profissionais de saúde das unidades da atenção básica, hospital e setor de epidemiologia envolvidos no atendimento a pacientes vítimas de acidentes com animais potencialmente transmissores da raiva.

4 RESPONSABILIDADE

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Profissionais de Saúde (Geral)	Identificar o agravo e realizar a primeira notificação (ficha padrão e/ou comunicação verbal/telefônica). Médico: Avaliar o risco da exposição, prescrever profilaxia e preencher a ficha. Enfermeiro/Técnico Enfermagem: Realizar limpeza da ferida, aplicar vacina, registrar no prontuário, preencher a ficha. Encerramento em tempo hábil as informações, deverão ser enviadas aos profissionais responsáveis pelo sistema que farão a conclusão do caso. Agente de combate a Endemias: Realizar busca ativa e monitoramento do animal agressor quando indicado.
Coordenador de Vigilância Epidemiológica	Receber, verificar a consistência da notificação e lançar no SINAN Imediato em até 24 horas após o conhecimento.
Secretário Municipal de Saúde	Aprovar as ações de intervenção imediata e garantir os recursos para a investigação epidemiológica.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. **Suspeita/Identificação:** O profissional de saúde na unidade (médico, enfermeiro) identifica o agravo de Notificação Compulsória Imediata.
2. **Notificação Inicial:** Preenchimento da ficha de notificação compulsória padrão (ou equivalente) e comunicação verbal/telefônica **IMEDIATA** ao Coordenador de Vigilância Epidemiológica (VE).

3. **Lançamento no SINAN:** O Coordenador de VE registra os dados no **SINAN Imediato** em até 24 horas.
4. **Investigação Inicial:** O Coordenador de VE inicia a investigação epidemiológica de campo imediatamente para coleta de informações adicionais, buscando a confirmação do caso.
5. **Monitoramento:** Acompanhamento do caso e atualização contínua no sistema SINAN.

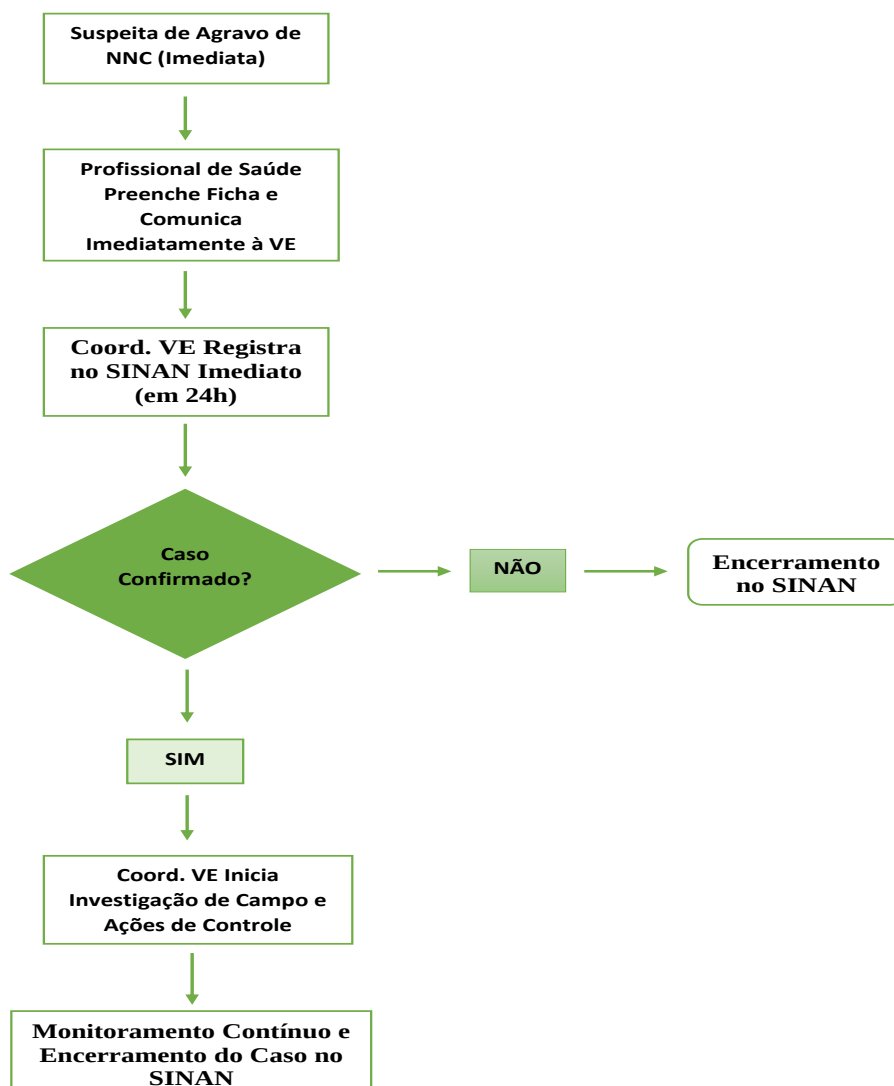
6 REGISTRO

- Ficha de Notificação Compulsória (padrão MS).
- Prontuário do paciente (registro clínico).
- Registro no Sistema **SINAN**.

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Exemplo: Óbito fetal ou infantil → Registro na DO → Notificação...

Figura 1 – Fluxo da Notificação Compulsória Imediata



Fonte: Elaboração própria – Gestão da Qualidade em Saúde, 2026.

8 OBSERVAÇÕES

Paciente exposto a animal potencialmente transmissor → Avaliação médica (classificação do risco). → Preenchimento da ficha de notificação/investigação (SINAN) → Aplicação da vacina/soro (conforme protocolo) → Notificação no sistema (SINAN) → Encaminhamentos e monitoramento (acompanhamento das doses e do animal agressor).

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Profilaxia da Raiva Humana*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_profilaxia_raiva_humana.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 34, p. 38, 18 fev. 2016. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.734-de-18-de-marco-de-2025-620767223>. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde: volume único*. 5. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao>. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). *Fichas de Notificação e Sistemas de Informação*. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso em: 8 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 002 NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 5

1 DEFINIÇÃO

- **Animal Peçonhento:** Aquele que possui glândulas de veneno e aparelho inoculador, como serpentes (cobras), aranhas, escorpiões e lagartas, de importância médica.
- **Acidente Peçonhento:** Contato com animal venenoso que resulta na inoculação de veneno, provocando efeitos locais ou sistêmicos, e que pode evoluir com complicações.

2 OBJETIVO

Padronizar o procedimento de identificação, atendimento, tratamento e notificação dos casos de acidentes com animais peçonhentos, garantindo o correto preenchimento das informações, o tratamento soroterápico oportuno e o envio dos dados aos sistemas oficiais de vigilância em saúde.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplicável aos profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência, da atenção básica, e do setor de epidemiologia envolvidos no atendimento, tratamento e vigilância dos acidentes com animais peçonhentos no município.

4 RESPONSABILIDADE:

CARGO/SETOR	RESPONSABILIDADE
Médico (Urgência/Emergência)	Avaliar a gravidade, classificar o acidente, prescrever o soro específico (se indicado), realizar o tratamento clínico e iniciar o preenchimento da Ficha de Investigação.
Enfermeiro	Avaliar a gravidade inicial, prestar assistência ao paciente, administrar soro (sob prescrição médica), registrar o caso no

	prontuário e encaminhar a Ficha de Investigação preenchida para a Epidemiologia.
Epidemiologia	Coletar e conferir as Fichas de Investigação; notificar o caso no sistema oficial (SINAN) em até 24 horas; monitorar o encerramento dos casos no prazo máximo de 60 dias.
Vigilância Municipal (Geral)	Investigar o local do acidente, orientar medidas preventivas e de manejo ambiental na área de ocorrência.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1. Identificação e Atendimento Imediato

1. Verificar qual animal esteve envolvido no acidente (Serpente, Aranha, Escorpião, etc.) e o tempo transcorrido desde a agressão.
2. O profissional de saúde deve classificar o acidente em **leve, moderado ou grave**, conforme os sinais e sintomas clínicos do paciente e as diretrizes do Manual do Ministério da Saúde.
3. Prescrever e administrar o soro antiveneno específico, se necessário, o mais precocemente possível, seguindo a dose e a via indicadas.

5.2. Preenchimento da Ficha de Notificação

1. Preencher a **Ficha de Investigação de Acidente por Animal Peçonhento (SINAN)** com os dados completos do paciente, as informações clínicas, a espécie do animal (se identificada), o local, a hora do acidente e o tratamento soroterápico administrado.
2. Informações Essenciais: Tipo de animal, classificação da gravidade, tempo entre o acidente e o soro, e evolução clínica.

5.3. Notificação e Encaminhamento

1. O Enfermeiro deve encaminhar a Ficha de Investigação preenchida ao setor de **Epidemiologia em até 24 horas** após o atendimento.

2. A Equipe de Epidemiologia realiza o lançamento dos dados no sistema **SINAN** (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

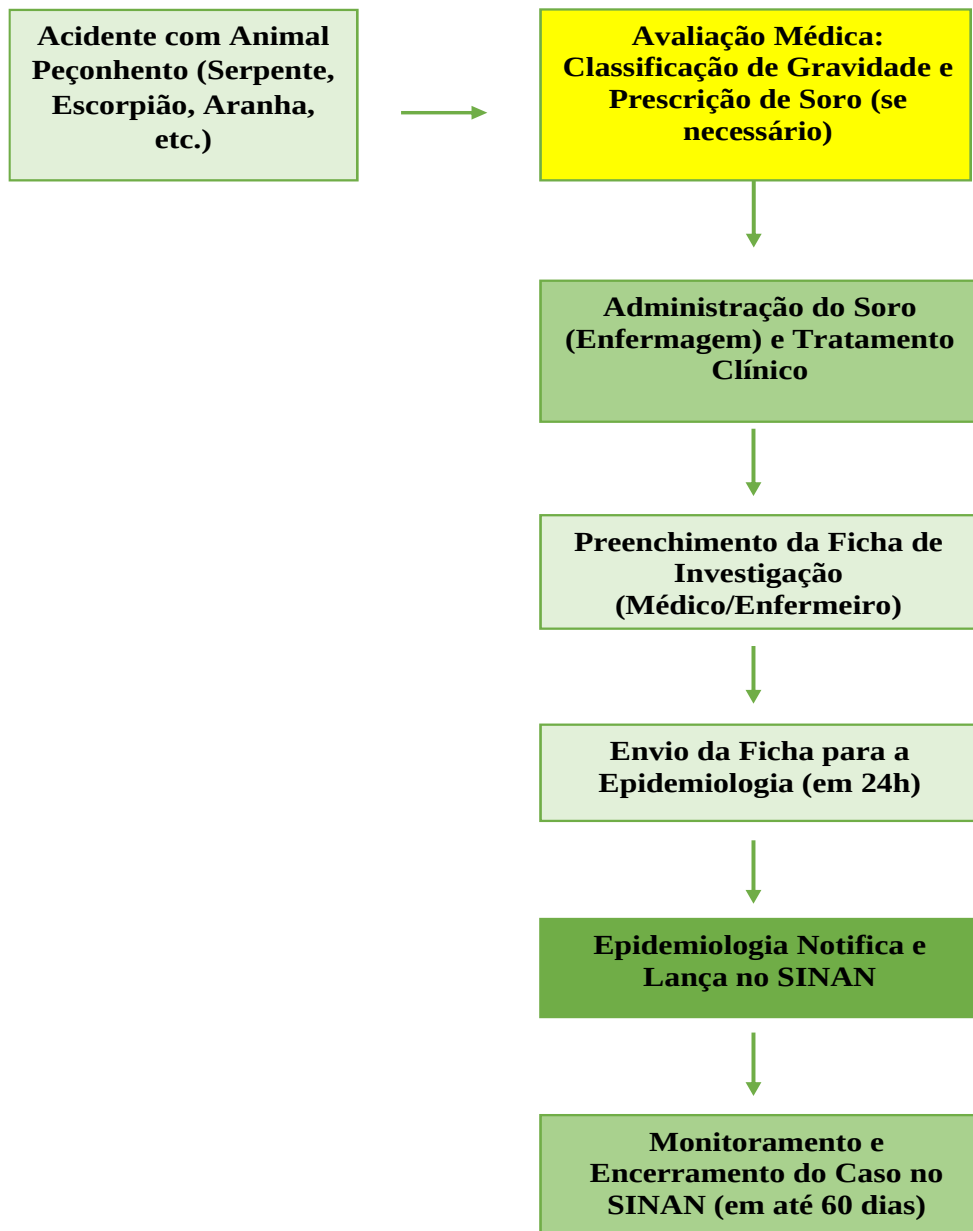
5.4. Encerramento do Caso

1. O caso deve ser acompanhado pela Equipe de Epidemiologia até a sua conclusão (cura ou óbito).
2. O prazo máximo para o encerramento da notificação no SINAN é de **60 dias** após a data da notificação.

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação/Investigação Individual (FNI) de Acidente por Animais Peçonhentos (padrão SINAN).
- Prontuário do paciente (com registro de prescrição e administração de soro).
- Livro de Registro de Soroterapia (se aplicável).
- Registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (**SINAN**).

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Figura 2 – Fluxo de Notificação de Acidente por Animais Peçonhentos

Fonte: Elaboração própria – Gestão da Qualidade em Saúde, 2026.

8 OBSERVAÇÕES

Paciente com acidente peçonhento → Avaliação médica (classificação do risco) → Preenchimento da ficha de notificação/investigação (SINAN) → Administração do soro (se prescrito → Envio da ficha à Epidemiologia → Notificação no SINAN → Encaminhamentos/alta e monitoramento

9 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 34, p. 38, 18 fev. 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos. 3. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-de-diagnostico-e-tratamento-de-acidentes-por-animais-peconhentos.pdf/view>. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Fichas de Notificação e Sistemas de Informação. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sinan>. Acesso em: 8 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 003 NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 5

1 DEFINIÇÃO

- **Acidente de Trabalho:** todo evento que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal, perturbação funcional, perda ou redução da capacidade laboral (temporária ou permanente) ou morte.
- **Notificação Compulsória:** Obrigatoriedade legal de comunicar o agravo (incluindo acidentes de trabalho graves, fatais e em crianças/adolescentes) aos sistemas oficiais de vigilância.
- **CAT:** Comunicação de Acidente de Trabalho – documento obrigatório emitido pela empresa, pelo médico, sindicato ou autoridade pública (ex.: serviços de saúde) para fins de previdência social.
- **VISAT:** Vigilância em Saúde do Trabalhador.

2 OBJETIVO

Estabelecer o fluxo e os procedimentos para a identificação, o registro e a notificação obrigatória dos acidentes de trabalho, garantindo o correto preenchimento das informações e a comunicação às autoridades competentes (Vigilância e Previdência Social), conforme a legislação vigente.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplicável a todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e equipe administrativa) que prestam atendimento a vítimas de acidentes de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV) e ao setor de Epidemiologia/Vigilância em Saúde do Trabalhador.

4 RESPONSABILIDADE:

CARGO/SETOR	RESPONSABILIDADE
Médico (Atendimento)	Realizar o diagnóstico, classificar a lesão e o acidente (incluindo CID), prescrever o tratamento, orientar sobre a CAT e iniciar o preenchimento da Ficha de Investigação.
Enfermeiro (Assistência)	Preencher informações complementares da ficha, realizar os registros em prontuário e garantir o encaminhamento da Ficha de Investigação ao setor de Epidemiologia em tempo hábil.
Vigilância Epidemiologia (VE) OU Vigilância do Trabalhador (VISAT)	Receber e conferir as fichas, realizar a notificação online no SINAN ou eSUS Notifica (em até 24 horas para casos graves/fatais) e conduzir a investigação epidemiológica.
Empresa / RH (quando aplicável)	É a principal responsável pela emissão da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1. Identificação do Acidente e Atendimento Inicial

1. No primeiro contato, verificar se a lesão ocorreu durante atividade laboral (formal ou informal), caracterizando um acidente de trabalho.
2. Obter informações detalhadas sobre a dinâmica do acidente: local, hora, tipo de lesão, atividade no momento e uso de EPIs (Equipamentos de Proteção Individual).
3. O profissional médico deve realizar a avaliação clínica completa, incluindo a gravidade da lesão, a necessidade de afastamento e o código CID relacionado.

5.2. Preenchimento da Ficha de Notificação e CAT

1. Utilizar a **Ficha de Investigação de Acidente de Trabalho** (SINAN), que deve ser preenchida com o máximo de detalhes.
2. Dados obrigatórios: Identificação do paciente, dados da empresa (CNPJ, atividade econômica), ocupação (CBO), tipo e dinâmica do acidente, parte do corpo atingida, natureza da lesão e conduta adotada.
3. **Emissão da CAT:** O paciente deve ser orientado a procurar o empregador para a emissão da CAT. Caso a empresa se omita, o serviço de saúde pode (e deve) emitir o documento como "autoridade pública", conforme a legislação.

5.3. Encaminhamento e Notificação Compulsória

1. A Ficha de Investigação deve ser encaminhada ao setor de Epidemiologia ou Vigilância do Trabalhador (**VISAT**) em até **24 horas** após o atendimento para os casos graves, fatais ou em menores de 18 anos.
2. A Equipe de Epidemiologia/VISAT realiza a notificação online no **SINAN** ou sistema local, garantindo a comunicação ao nível estadual e federal.
3. A VISAT pode iniciar uma investigação de campo para o caso, visando a prevenção de novos acidentes no local de trabalho.

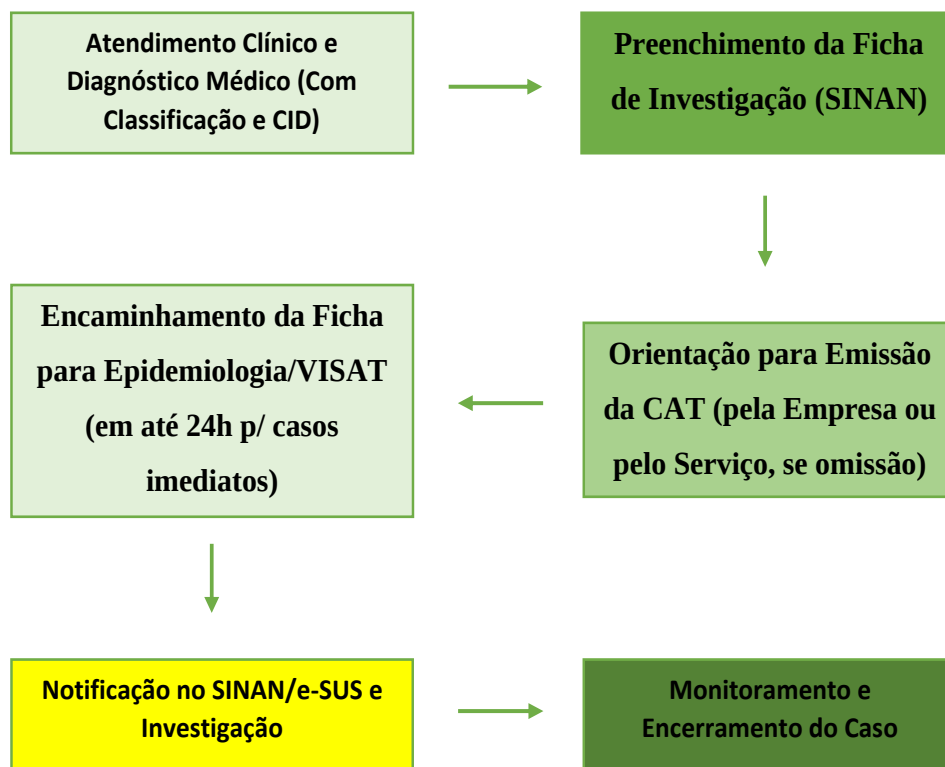
6 REGISTRO

- Ficha de Notificação Individual (FNI) – Acidente de Trabalho (SINAN).
- Ficha de Investigação Individual completa.
- Prontuário do paciente (com detalhamento do atendimento, diagnóstico e CID).
- Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (**CAT**) (se emitida pelo serviço).
- Registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (**SINAN**).

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Figura 3 – Fluxo de Notificação de Acidente de Trabalho (Saúde)

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRABALHO



Fonte: Elaboração própria – Gestão da Qualidade em Saúde, 2026.

8 OBSERVAÇÕES

FLUXO RESUMIDO DO ACIDENTE DE TRABALHO

Paciente vítima de acidente de trabalho → Avaliação médica e diagnóstico → Preenchimento da Ficha de Notificação → Encaminhamento à Epidemiologia (24h p/ graves) → Notificação no SINAN →

Emissão da CAT (responsabilidade primária da empresa) → Investigação da VISAT e acompanhamento.

9 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 34, p. 38, 18 fev. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras (NRs). Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-nrs>. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). *Ficha de Investigação Acidente de Trabalho Grave/Fatal/Em Crianças.* Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/drt-acidente-de-trabalho-grave>. Acesso em: 8 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 004 NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 7

1 DEFINIÇÃO

Acidente com Material Biológico (ou Exposição Ocupacional a Material Biológico - EOMB) é todo evento acidental em que um profissional, no exercício de sua atividade de trabalho, entra em contato com sangue ou outros líquidos orgânicos potencialmente infectantes através de:

- **Exposição Percutânea:** Picadas ou cortes por materiais perfurocortantes contaminados (agulhas, bisturis, vidros).
- **Exposição em Mucosas:** Contato direto de sangue ou material biológico com olhos, boca ou nariz.
- **Exposição em Pele Não Íntegra:** Contato com pele com lesões, rachaduras, dermatites ou feridas abertas.

O evento é um agravo de notificação compulsória individual imediata (Portaria MS nº 204/2016 e suas atualizações), sendo obrigatória a notificação, a avaliação de risco e a indicação de profilaxia pós-exposição (PEP).

2 OBJETIVO

Estabelecer o fluxo e as responsabilidades para a condução clínica, notificação e vigilância dos casos de acidentes de trabalho com exposição a material biológico, garantindo o registro adequado, o início imediato das medidas de prevenção de infecções (Profilaxia Pós-Exposição - PEP) e o acompanhamento sorológico do trabalhador.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplicável a todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência, vigilância e gestão de acidentes ocupacionais com exposição a sangue, fluidos corporais ou outros materiais biológicos em unidades hospitalares, ambulatorios, Unidades Básicas de Saúde, laboratórios e clínicas.

4 RESPONSABILIDADE:

CARGO/SETOR	RESPONSABILIDADE
Profissional Acidentado	Realizar a conduta imediata (lavagem), comunicar o acidente imediatamente ao superior e buscar o serviço de referência para atendimento clínico.
Responsável do Setor / Enfermeiro	Preencher a Ficha de Notificação Preliminar, realizar o acolhimento, e iniciar o processo de encaminhamento para o serviço de referência (Pronto Atendimento/Infectologia).
Médico Plantonista / Infectologista	Avaliar o risco da exposição (tipo, quantidade, status sorológico da fonte), solicitar exames, prescrever e iniciar a Quimioprofilaxia Pós-Exposição (PEP) em até 72h.
Setor de Epidemiologia / Vigilância	Receber a ficha, realizar a digitação e notificação oficial no SINAN (em até 24 horas), e monitorar o seguimento sorológico do caso junto à Saúde do Trabalhador.
CCIH / Saúde do Trabalhador	Gerenciar o protocolo de seguimento, coordenar a realização das sorologias de controle e providenciar o encaminhamento para apoio psicológico, se necessário.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1. Conduta Imediata (Primeiros 60 Minutos)

1. Lavagem do Local:

- **Pele Íntegra/Lesionada:** Lavar abundantemente com água e sabão ou solução antisséptica degermante (ex.: clorexidina degermante).
 - **Mucosas (Ocular/Oral):** Irrigar abundantemente com soro fisiológico ou água corrente.
2. **Proibido:** Não induzir sangramento no local da lesão, não usar álcool 70% ou éter, e não esfregar a pele vigorosamente.
 3. **Comunicação:** Comunicar imediatamente o superior do setor e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou o Serviço de Saúde do Trabalhador.
 4. **Encaminhamento:** Encaminhar o profissional, o mais rápido possível, ao serviço de urgência de referência para avaliação médica (idealmente em menos de 1 hora).

5.2. Avaliação Clínica e Profilaxia

1. **Avaliação:** O médico plantonista deve avaliar a exposição (tipo de acidente, profundidade da lesão, tipo de material, tempo de exposição) e o status sorológico da fonte (se conhecida – HIV, HBV, HCV).
2. **Indicação de PEP:**
 - **HIV:** Prescrever a PEP (combinação de antirretrovirais) se o risco for significativo. A PEP deve ser iniciada preferencialmente nas primeiras **duas horas**, e no máximo, em até **72 horas** após a exposição.
 - **Hepatite B (HBV):** Verificar o esquema vacinal e o resultado do anti-HBs do profissional. Pode ser indicada a vacina e/ou Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B.
 - **Hepatite C (HCV):** Não há PEP específica. A conduta é o monitoramento sorológico rigoroso (acompanhamento).

5.3. Notificação e Registro

1. **Preenchimento da Ficha:** O serviço de atendimento deve preencher a **Ficha de Notificação/Investigação de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico** do SINAN.
2. **Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT):** Deve ser emitida pela instituição para fins legais e previdenciários, nos prazos e formas exigidas pela legislação.
3. **Notificação Final (SINAN):** A ficha preenchida deve ser encaminhada ao Setor de Epidemiologia em até **24 horas** para digitação e registro oficial no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) ou e-SUS Notifica.

5.4. Acompanhamento e Seguimento Sorológico

O profissional acidentado deve ser acompanhado de acordo com o protocolo clínico do Ministério da Saúde. O seguimento padrão para HIV/HCV inclui:

Tempo	Exames Solicitados (Profissional Acidentado)
Imediato (Momento 0)	HIV, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV
30 dias (4 a 6 semanas)	HIV, Anti-HCV
90 dias (3 meses)	HIV, Anti-HCV
180 dias (6 meses)	HIV, Anti-HCV (Teste confirmatório final)

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação/Investigação de Acidente com Exposição a Material Biológico (SINAN).
- Prontuário do trabalhador acidentado.
- Protocolo de quimioprofilaxia e exames laboratoriais.
- Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) – Emissão obrigatória.
- Livro de Registro de Acidentes com Material Biológico.

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Figura 1 – Fluxo de NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

DETALHAMENTO DO FLUXO OPERACIONAL

ORDEM	ETAPA	AÇÃO ESPECÍFICA	RESPONSÁVEL
1	Acidente Ocupacional	Exposição percutânea, mucosa ou pele não íntegra a material biológico.	Profissional Acidentado
2	Conduta Imediata	Pele: Lavar com água e sabão. Mucosa: Lavar com soro fisiológico. Não escarificar.	Profissional Acidentado
3	Comunicação	Informar imediatamente à chefia direta e ao setor de CCIH ou Segurança do Trabalho.	Profissional / Gestor
4	Avaliação Médica	Avaliar gravidade, tipo de material e status sorológico do paciente fonte (se conhecido).	Médico Plantonista
5	Exames de Base	Coleta de sangue do Acidentado e da Fonte (HIV, HBV e HCV) - "Momento Zero".	Enfermagem/Lab
6	Quimioprofilaxia (PEP)	Se indicado, iniciar antirretrovirais e/ou imunoglobulina. Ideal < 2h, máximo 72h.	Médico / Farmácia
7	Notificação	Preencher Ficha SINAN (Net) e emitir a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho).	Epidemiologia/RH

8	Monitoramento	Seguimento ambulatorial com novos exames em 30, 90 e 180 dias após o acidente.	Saúde do Trabalhador
8 INFORMAÇÕES CRÍTICAS PARA O FLUXOGRAMA:			
1. A JANELA DE OURO (72 HORAS): O fluxograma destaca que após 72 horas do acidente, a eficácia da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) para HIV é drasticamente reduzida, perdendo a indicação clínica na maioria dos protocolos. 2. PACIENTE FONTE DESCONHECIDO: Na impossibilidade de testar a fonte (ex.: agulha descartada em lixo comum), o acidente deve ser manejado como "fonte positiva" dependendo da prevalência epidemiológica e gravidade da lesão. 3. SIGILO: Todo o fluxo, desde o atendimento até o registro no SINAN, deve garantir o sigilo absoluto das condições sorológicas tanto do profissional quanto do paciente fonte.			
9 OBSERVAÇÕES			
• A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) para HIV é uma urgência clínica e a sua eficácia está diretamente ligada ao início precoce, idealmente nas primeiras horas, e deve ser garantida no máximo em 72 horas após a exposição. • A fonte do material biológico deve ser testada para HIV, HBV e HCV, se possível, para auxiliar na decisão da conduta clínica, respeitando a confidencialidade. • O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) é a principal medida de prevenção. Os acidentes devem ser analisados pela CCIH ou Saúde do Trabalhador para identificar falhas de processo e evitar reincidências.			
10 REFERÊNCIAS:			
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP): de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pcdt/pcdt-pep-hiv-ist-e-hv.pdf/view. Acesso em: 16 dez. 2025.			

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora NR-32: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Brasília, DF: MTE, 2005 (atualizada). Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/servicos/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-32-seguranca-e-saude-no-trabalho-em-servicos-de-saude>. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ficha de Notificação/Investigação de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico**. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [20--]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/acidente-por-material-biologico>. Acesso em: 16 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 005 NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE COVID-19	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 5

1 DEFINIÇÃO

A **COVID-19** é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2. Apresenta-se clinicamente como uma Síndrome Gripal (SG) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

- **Caso Suspeito:** Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre, calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.
- **Caso Confirmado:** Caso suspeito com confirmação por critério laboratorial (biologia molecular, antígeno ou sorologia), clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-psicossomático.

2 OBJETIVO

Estabelecer os critérios e o fluxo para a identificação, registro e notificação imediata dos casos suspeitos, confirmados ou óbitos por COVID-19, garantindo a vigilância em tempo real e a adoção de medidas de controle e isolamento adequadas.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais de saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), laboratórios públicos e privados e no setor de Vigilância Epidemiológica Municipal.

4 RESPONSABILIDADE:

CARGO/SETOR	RESPONSABILIDADE
Médico / Enfermeiro	Identificar o caso suspeito, realizar a triagem, solicitar exames laboratoriais, prescrever isolamento e preencher a ficha de notificação.
Laboratório	Realizar a coleta/análise e informar o resultado dos testes diagnósticos de forma imediata à equipe assistencial e à vigilância.
Setor de Epidemiologia	Realizar a digitação/transmissão dos dados nos sistemas oficiais (e-SUS Notifica ou SIVEP-Gripe) e monitorar a evolução dos casos.
Vigilância Municipal	Coordenar a busca ativa, investigar surtos, monitorar contatos e consolidar os dados para relatórios epidemiológicos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1. Identificação e Triagem do Caso

- Avaliar a presença de sinais e sintomas de Síndrome Gripal.
- Classificar a gravidade:
 - **Casos Leves:** Encaminhados para isolamento domiciliar.
 - **Casos Graves (SRAG):** Necessidade de hospitalização (presença de dispneia, desconforto respiratório ou queda de saturação < 95%).

5.2. Preenchimento da Ficha e Fluxo de Sistema

A notificação deve ser feita de acordo com o perfil clínico do paciente:

1. **e-SUS Notifica:** Destinado aos casos leves (Síndrome Gripal) sem necessidade de internação hospitalar.
2. **SIVEP-Gripe:** Destinado aos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), pacientes internados em hospitais e todos os casos de óbito por suspeita de COVID-19.

5.3. Envio da Notificação e Prazos

- **Notificação:** Deve ocorrer em até **24 horas** após a identificação do caso suspeito.
- **Dados Obrigatórios:** CPF ou CNS, data de início dos sintomas, sinais/sintomas, comorbidades e resultado do teste (se disponível).
- **Acompanhamento:** Inserir o resultado laboratorial assim que liberado e atualizar a evolução do caso.

5.4. Investigação e Monitoramento

- **Isolamento:** Orientar isolamento imediato de 7 a 10 dias (conforme protocolo vigente).
- **Contatos:** Identificar contatos próximos e orientar sobre sinais de alerta.
- **Surtos:** Em casos de 2 ou mais casos relacionados em instituições (escolas, asilos, empresas), notificar imediatamente o CIEVS Regional/Estadual.

5.5. Encerramento do Caso

- O caso deve ser encerrado no sistema em até **60 dias**, informando a evolução: cura ou óbito.

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação Individual (eSUS Notifica).
- Ficha de Investigação de SRAG Hospitalizado (SIVEP-Gripe).
- Prontuário clínico do paciente.
- Laudos de exames laboratoriais (RT-PCR / Teste Rápido de Antígeno).

7 FLUXOGRAMA VISUAL

ETAPAS DO FLUXO DE NOTIFICAÇÃO COVID-19

1. **ENTRADA:** Paciente apresenta sintomas respiratórios.
2. **TRIAGEM:** Classificação em SG (Leve) ou SRAG (Grave).
3. **CONDUTA:** Coleta de exame e prescrição de Isolamento.
4. **NOTIFICAÇÃO:** Preenchimento da ficha (e-SUS para leves / SIVEP para graves).
5. **MONITORAMENTO:** Vigilância monitora o paciente e seus contatos.
6. **ENCERRAMENTO:** Atualização do desfecho (Cura ou Óbito) no sistema.

8 OBSERVAÇÕES

- Mesmo em casos com resultado de teste negativo, se houver forte suspeita clínica e epidemiológica, o caso pode ser confirmado por critério clínico.
- A atualização do status de vacinação do paciente na ficha de notificação é fundamental para a análise de efetividade vacinal.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica:** Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/guia-de-vigilancia>. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. [Anexo 1: Lista Nacional de Notificação Compulsória]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_28_09_2017.html. Acesso em: 16 dez. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **InfoGripe**: Painel de Monitoramento COVID-19 Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2025. Disponível em: <https://infogripe.fiocruz.br/>. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plataforma e-SUS Notifica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://notifica.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 006 NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE DENGUE	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4
1 DEFINIÇÃO A Dengue é uma doença infecciosa febril aguda, de etiologia viral (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4), transmitida pela picada do mosquito <i>Aedes aegypti</i>. Pode variar desde formas leves até quadros graves com choque e hemorragia. Caso Suspeito: Pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de <i>Aedes aegypti</i>, que apresente febre (38°C a 39°C) de início súbito e pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaleia, dor retro orbital, mialgia, artralgia, exantema ou prostração.			
2 OBJETIVO Estabelecer o fluxo e padronizar o procedimento de notificação compulsória, garantindo o registro célere de casos suspeitos, o desencadeamento de ações de controle vetorial (bloqueio) e o monitoramento clínico para evitar o agravamento e óbitos.			
3 CAMPO DE APLICAÇÃO Aplicável a todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde, Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), laboratórios e equipes de Vigilância em Saúde (Epidemiológica e Ambiental).			
4 RESPONSABILIDADE			

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico / Enfermeiro	Identificar o caso suspeito, realizar o manejo clínico (classificação de risco A, B, C ou D), preencher a ficha de notificação e solicitar exames laboratoriais.
Laboratório	Realizar a coleta de amostras, processar os testes (NS1, Sorologia ou RT-PCR) e liberar os resultados imediatamente no sistema para a vigilância.
Setor de Epidemiologia	Digitar a ficha no SINAN em até 24h, investigar casos graves/óbitos e realizar o encerramento do caso no sistema.
Vigilância Ambiental/ACE	Realizar o bloqueio de transmissão (controle vetorial e eliminação de focos) em até 48h após a notificação do caso suspeito.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5,1 Identificação do Caso e Manejo

- **Avaliação Clínica:** Investigar febre associada a dores no corpo e manchas na pele.
- **Pesquisa de Sinais de Alarme:** Verificar dor abdominal intensa, vômitos persistentes, sangramentos de mucosa ou hipotensão.
- **Classificação de Risco:** Definir o estadiamento (Grupo A, B, C ou D) conforme o protocolo do Ministério da Saúde para definir se o tratamento será domiciliar ou hospitalar.

5.2. Preenchimento da Ficha de Notificação

- Utilizar a **Ficha de Notificação/Investigação de Dengue e Chikungunya (SINAN)**.
- Campos críticos: Nome completo, CPF/CNS, endereço atualizado (fundamental para o bloqueio de focos), data de início dos sintomas e sinais clínicos.

5.3. Fluxo de Notificação

- A notificação deve ser **imediate** (em até 24 horas) para casos suspeitos.

- Não aguardar o resultado laboratorial para notificar. A notificação gera a ação da Vigilância Ambiental no território do paciente.

5.4. Coleta de Exames (Cronologia)

- **Do 1º ao 5º dia de sintomas:** Pesquisa de Antígeno NS1 ou RT-PCR.
- **A partir do 6º dia de sintomas:** Sorologia (pesquisa de anticorpos IgM/IgG).

5.5. Encerramento

- O encerramento deve ser realizado no SINAN em até **60 dias**, classificando o caso como: Descartado, dengue, dengue com Sinais de Alarme ou Dengue Grave.

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação Individual (SINAN).
- Prontuário de atendimento (eletrônico ou físico).
- Planilha de acompanhamento de campo (Vigilância Ambiental - ACE).

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Fluxo Operacional Dengue:

Paciente com Suspeita (Febre + Sintomas) → Atendimento Médico (Classificação de Risco) → Preenchimento da Ficha SINAN (Imediato) → Coleta de Laboratório (conforme dia de sintomas) → Envio da Ficha à Epidemiologia (24h) → Bloqueio de Transmissão/ACE no Bairro (48h) → Monitoramento do Caso → Encerramento no Sistema (Cura/Óbito).

8 OBSERVAÇÕES

- Todo **óbito suspeito de dengue** deve ser comunicado imediatamente à Vigilância Estadual para investigação conjunta.
- Em períodos de epidemia, o critério de confirmação pode passar a ser **Clínico-Epidemiológico** (dispensando exames para todos os casos leves).

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca>. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação: Dengue, Zika e Chikungunya**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/dengue-chikungunya-zika>. Acesso em: 16 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 007 NOTIFICAÇÃO DE CASOS CHIKUNGUNYA E ZIKA VIRUS	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4
1 DEFINIÇÃO Doenças febris agudas causadas por arbovírus e transmitidas principalmente pelo mosquito <i>Aedes aegypti</i> . • Chikungunya: Caracteriza-se por febre de início súbito e dor articular (artralgia) intensa, persistente e muitas vezes incapacitante. • Zika: Caracteriza-se por exantema maculopapular (manchas vermelhas) acompanhado de prurido (coceira) intenso, febre baixa ou ausente e hiperemia conjuntival (olhos vermelhos). • Notificação: Ambos são de notificação compulsória regular (semanal). Contudo, em casos de óbito suspeito ou gestantes com exantema, a notificação deve ser imediate (24h).			
2 OBJETIVO Padronizar a identificação, notificação e o acompanhamento dos casos, visando a detecção precoce de complicações e a rápida intervenção da Vigilância Ambiental para controle do vetor no município.			
3 CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se às Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV) e equipes de Controle de Endemias de Cristino Castro.			
4 RESPONSABILIDADE			

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico / Enfermeiro	Identificar os sintomas específicos (exantema para Zika; artralgia para Chik), preencher a ficha SINAN e coletar sorologia.
Agente de Endemias (ACE)	Realizar a visita domiciliar para bloqueio de criadouros e aplicação de inseticida (se indicado).
Vigilância Epidemiológica	Consolidar os dados, monitorar surtos e acompanhar desfechos em gestantes e recém-nascidos.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1. Identificação de Caso Suspeito

- **Chikungunya:** Febre > 38,5°C e artralgia intensa de início agudo, não explicada por outras condições.
- **Zika:** Exantema maculopapular pruriginoso associado a pelo menos dois sinais: febre baixa, hiperemia conjuntival, artralgia ou edema periarticular.

5.2. Notificação e Investigação

- Preencher a ficha específica do **SINAN** para cada agravo.
- Em caso de **Gestante**, preencher obrigatoriamente o campo de idade gestacional para monitoramento de risco de transmissão vertical e malformações.

5.3. Coleta de Amostras

- **Sorologia (IgM):** Coletar a partir do 6º dia do início dos sintomas.
- **RT-PCR (Biologia Molecular):** Coletar até o 5º dia (sangue) ou conforme protocolo para urina.

5.4. Manejo e Bloqueio

- Tratamento sintomático (evitar AAS e anti-inflamatórios na fase aguda de suspeita).

- Encaminhar o endereço do paciente imediatamente para a equipe de endemias realizar o bloqueio de foco.

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação de Chikungunya / Ficha de Notificação de Zika (SINAN).
- Prontuário clínico.
- Boletim de campo do Agente de Endemias.

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Suspeita Clínica → Notificação SINAN → Coleta de Sangue (conforme dias de sintomas) → Tratamento Sintomático → Bloqueio de Vetores (Endemias) → Monitoramento de Complicações → Encerramento.

8 OBSERVAÇÕES

- **Zika e Gestação:** Toda gestante com exantema deve ser notificada imediatamente e acompanhada com ultrassonografias seriadas para monitoramento do desenvolvimento fetal (risco de Microcefalia/Síndrome Congênita do Zika).
- **Chikungunya Crônica:** Caso a dor articular persista por mais de 3 meses, o paciente deve ser classificado na fase crônica e referenciado para fisioterapia ou reumatologia.
- **Diferenciação:** Diferente da Dengue, a Zika raramente causa choque ou hemorragias graves, mas possui alto potencial teratogênico (malformações).

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 10. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/guia-de-vigilancia-epidemiologica>. Acesso em: 06 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Chikungunya: manejo clínico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/chikungunya>. Acesso em: 06 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Zika Vírus no Brasil: orientações de vigilância e resposta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/z/zika-virus>. Acesso em: 06 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação: Dengue, Zika e Chikungunya**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/dengue-chikungunya-zika>. Acesso em: 16 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 008 NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE HANSENIASE	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4

1 DEFINIÇÃO:

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Afeta principalmente a pele e os nervos periféricos, podendo causar danos neurais e incapacidades físicas irreversíveis se não tratada precocemente.

- **Classificação Operacional Paucibacilar (PB):** Casos com até 5 lesões de pele.
- **Classificação Operacional Multibacilar (MB):** Casos com mais de 5 lesões de pele, ou presença de troncos nervosos comprometidos, ou baciloscopia positiva.

2 OBJETIVO

Padronizar o fluxo de identificação, registro e notificação compulsória de casos de hanseníase, assegurando o diagnóstico precoce, o tratamento adequado (Poliquimioterapia - PQT), a investigação de contatos e a prevenção de incapacidades.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), e rede de Vigilância em Saúde do município.

4 RESPONSABILIDADE

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Enfermeiro	Realizar triagem, testes de sensibilidade (térmica, tátil e dolorosa), teste rápido (se

	disponível), preencher a ficha de notificação e coordenar o acompanhamento mensal.
Médico	Realizar o diagnóstico clínico, avaliação dermatoneurológica, classificação operacional, prescrição da PQT e avaliação do Grau de Incapacidade Física (GIF).
Setor de Epidemiologia	Digitar a notificação no SINAN e encaminhar a documentação à 13ª DRS para a dispensação da medicação específica.
Agente Comunitário (ACS)	Realizar busca ativa de sintomáticos dermatológicos e apoiar a adesão do paciente ao tratamento supervisionado.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5,1 Triagem e Avaliação Clínica

- Investigar manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou acastanhadas com alteração de sensibilidade.
- Realizar avaliação neurológica simplificada (palpação de nervos e testes de força motora).

5.2. Diagnóstico e Classificação

- Confirmar o diagnóstico preferencialmente por exame clínico.
- Classificar em PB ou MB para definição do tempo de tratamento (6 ou 12 doses).

5.3. Preenchimento da Ficha e Notificação

- Preencher a **Ficha de Notificação/Investigação de Hanseníase (SINAN)** de forma completa.
- A notificação deve ser realizada imediatamente após a confirmação diagnóstica para garantir o início do tratamento e bloqueio de transmissão.

5.4. Investigação de Contatos

- Examinar todos os contatos domiciliares e sociais próximos (contatos dos últimos 5 anos).

- Encaminhar contatos assintomáticos para vacinação com **BCG** conforme protocolo do Ministério da Saúde.

5.5. Acompanhamento e Encerramento

- **Dose Supervisionada:** Realizar mensalmente na unidade de saúde.
- **Avaliação de Incapacidade:** Realizar no início, em episódios reacionais e na alta por cura.
- **Prazo de Encerramento:** Até 90 dias após a última dose supervisionada.

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação Individual e Ficha de Investigação (SINAN).
- Prontuário clínico (físico ou eletrônico).
- Livro de Registro de Casos de Hanseníase da Unidade.
- Ficha de Avaliação Neurológica e de Incapacidade Física.

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Suspeita Clínica (Mancha/Sensibilidade) → Avaliação e Testes → Diagnóstico e Classificação (PB/MB) → Preenchimento da Ficha SINAN → Envio à Epidemiologia/DRS (Solicitação de PQT) → Início do Tratamento e Investigação de Contatos → Acompanhamento Mensal → Avaliação de Alta → Encerramento no Sistema.

8 OBSERVAÇÕES

- A Hanseníase **não se interrompe** o tratamento em caso de reações hansênicas; deve-se tratar a reação e manter a PQT.
- A notificação correta do Grau de Incapacidade no diagnóstico é o principal indicador de qualidade da vigilância.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 10. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/guia-de-vigilancia-epidemiologica>. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220701_pcdt_hanseniae.pdf. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN - Hanseníase: Instrucional de Preenchimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/hanseniae>. Acesso em: 16 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 009 NOTIFICAÇÃO DE HEPATITES VIRAIS	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4

1 DEFINIÇÃO

Hepatites Virais são doenças infecciosas sistêmicas que atingem o fígado, causadas pelos vírus A, B, C, D ou E. Variam de infecções assintomáticas a formas graves (agudas ou crônicas).

- Caso Suspeito:** Pessoa que apresente sinais/sintomas sugestivos (icterícia, colúria, acolia fecal, febre, fadiga, dor abdominal) e/ou tenha histórico de exposição de risco (contato sexual desprotegido, compartilhamento de seringas, procedimentos com material não estéril, consumo de água/alimentos contaminados).
- Notificação Compulsória:** Obrigatória para todos os casos suspeitos e confirmados, conforme legislação vigente.

2 OBJETIVO

Padronizar o fluxo de identificação, registro e notificação de casos de hepatites virais, visando o monitoramento epidemiológico, a interrupção da cadeia de transmissão e o encaminhamento oportuno para tratamento.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), laboratórios e serviços de vigilância do município de Cristino Castro-PI.

4 RESPONSABILIDADE

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico / Enfermeiro	Identificar o caso suspeito, realizar triagem, solicitar exames laboratoriais/testes rápidos e preencher a ficha de notificação.
Laboratório	Realizar testes sorológicos e moleculares (HBsAg, Anti-HCV, Anti-HAV IgM, etc.) e reportar resultados positivos à vigilância.
Setor de Epidemiologia	Processar a notificação no SINAN, realizar investigação epidemiológica e monitorar o encerramento dos casos.
Vigilância em Saúde	Promover ações de bloqueio (vacinação de contatos), investigação de surtos e atividades educativas.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1 Identificação do Caso

- Realizar anamnese focada em fatores de risco e exame físico (busca por icterícia e hepatomegalia).
- **Hepatites A e E:** Foco em saneamento e alimentos.
- **Hepatites B, C e D:** Foco em exposição parenteral, sexual e vertical.

5.2. Preenchimento da Ficha e Notificação

- Utilizar a **Ficha de Notificação/Investigação de Hepatites Virais (SINAN)**.
- Campos indispensáveis: Dados do paciente, tipo de vírus suspeito, marcadores sorológicos, fonte de infecção provável e classificação (aguda ou crônica).
- **Prazo:** Notificação imediata para casos graves ou surtos (até 24h). Casos rotineiros em até 7 dias.

5.3. Ações de Controle e Profilaxia

- **Hepatite A:** Orientar medidas de higiene e vacinar contatos domiciliares (conforme protocolo).

- **Hepatite B:** Realizar busca ativa de parceiros sexuais e contatos domiciliares para testagem e vacinação. Se exposição aguda (sexual ou acidente material biológico), avaliar necessidade de imunoglobulina e PEP.
- **Hepatite C:** Encaminhar para serviço especializado para início de tratamento antiviral.

5.4. Encerramento

- O caso deve ser encerrado no sistema em até **60 dias**, confirmando o desfecho (cura, cronicidade ou óbito).

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação Individual (FNI) - Hepatites Virais.
- Prontuário clínico (físico ou eletrônico).
- Resultados de exames laboratoriais/Testes Rápidos anexados.
- Cartão de vacinação atualizado.

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Paciente Suspeito (Sinais Clínicos/Risco) → Teste Rápido/Sorologia → Preenchimento da Ficha SINAN → Envio à Epidemiologia → Investigação de Contatos (Vacinação/Testagem) → Encaminhamento para Tratamento Especializado → Encerramento do Caso.

8 OBSERVAÇÕES

- A confirmação diagnóstica depende obrigatoriamente de marcadores laboratoriais ou testes rápidos validados pelo Ministério da Saúde.
- Casos de Hepatite B e C crônicos também devem ser notificados se for a primeira identificação do paciente no sistema.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Manual de Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hepatites->

[virais/publicacoes/manual-de-vigilancia-epidemiologica-das-hepatites-virais/view](#). Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_28_09_2017.html. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pcdt/pcdt-ist>. Acesso em: 16 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 010 NOTIFICAÇÃO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 3

1 DEFINIÇÃO

A **Intoxicação Exógena** é o conjunto de efeitos nocivos produzidos pela interação de um agente químico, medicamentoso ou biológico com o sistema biológico. Ocorre por diversas vias (ingestão, inalação, ocular ou cutânea) e circunstâncias (acidental, tentativa de suicídio, ocupacional, abuso, entre outras). É um agravo de **notificação compulsória imediata** em casos de surtos ou óbitos.

2 OBJETIVO

Padronizar as ações de identificação, registro e notificação dos casos de intoxicação exógena para viabilizar o monitoramento epidemiológico, a investigação de fontes de exposição e o planejamento de ações preventivas e educativas.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), prontos-socorros e setores de vigilância do município.

4 RESPONSABILIDADE

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico / Enfermeiro	Identificar a suspeita clínica, realizar o atendimento de emergência, estabilização do paciente e preenchimento da ficha de notificação.
Laboratório	Realizar a coleta e processamento de exames toxicológicos (quando indicados e disponíveis) e reportar resultados críticos.

Setor de Epidemiologia	Digitar os dados no SINAN, monitorar a incidência de casos por substância e apoiar investigações de campo.
Vigilância Sanitária (VISA)	Investigar a procedência de produtos químicos/alimentos e fiscalizar estabelecimentos em casos de intoxicações coletivas ou relacionadas ao consumo.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1 Identificação do Caso

- **Avaliação Clínica:** Observar sinais de toxidromes (conjunto de sinais e sintomas sugestivos de classes de venenos), como miose/midríase, alterações de consciência, arritmias e distúrbios gastrointestinais.
- **Anamnese:** Investigar o agente (medicamento, agrotóxico, raticida, produto de limpeza, etc.), a quantidade, a via e o tempo transcorrido.

5.2. Atendimento e Suporte

- Priorizar o suporte vital (ABCDE da emergência).
- Consultar centros de informação toxicológica (CEATOX), se necessário, para orientações específicas sobre antídotos e descontaminação.

5.3. Preenchimento da Ficha e Notificação

- Utilizar a **Ficha de Investigação de Intoxicação Exógena (SINAN)**.
- **Campos Obrigatórios:** Agente causal, circunstância (acidente, tentativa de autoextermínio, trabalho, etc.), via de exposição e desfecho clínico.
- **Prazo:** A notificação deve ser enviada ao setor de Epidemiologia em até 24 horas.

5.4. Investigação e Controle

- Em casos de intoxicação por agrotóxicos ou produtos de uso doméstico, a Vigilância Sanitária deve ser acionada para identificar lotes ou irregularidades na venda.

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação/Investigação Individual (SINAN).
- Prontuário médico com descrição detalhada da conduta e evolução.

- Resultados laboratoriais anexados.

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Paciente com Suspeita → Estabilização Clínica → Coleta de Dados do Agente/Cena → Preenchimento da Ficha SINAN → Envio à Epidemiologia (24h) → Investigação da Fonte (VISA/Ambiental) → Encerramento do Caso.

8 OBSERVAÇÕES

- Tentativas de autoextermínio devem, obrigatoriamente, gerar encaminhamento imediato para acompanhamento em Saúde Mental (CAPS ou Psicologia).
- Intoxicações ocorridas no ambiente de trabalho devem gerar, além da ficha do SINAN, a emissão da **CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)**.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Vigilância de Intoxicações Exógenas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/intoxicacoes-exogenas/publicacoes/manual-de-vigilancia>. Acesso em: 17 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 17 dez. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX)**. Brasília, DF: ANVISA, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/agrotoxicos/sinitox>. Acesso em: 17 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 011 NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE LEISHMANIOSE	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4
1 DEFINIÇÃO A Leishmaniose Visceral (LV), também conhecida como calazar, é uma zoonose sistêmica grave, causada pelo protozoário <i>Leishmania infantum</i> e transmitida pela picada de flebotomíneos (mosquito-palha). • Caso Suspeito: Todo indivíduo proveniente de área endêmica ou com presença de vetor que apresente febre há mais de 10 dias, associada a palidez cutaneomucosa e aumento do volume abdominal (hepatoesplenomegalia). • Notificação Compulsória: Doença de notificação obrigatória para todos os casos suspeitos e confirmados, conforme legislação nacional.			
2 OBJETIVO Padronizar as ações de identificação, notificação, investigação e acompanhamento dos casos de Leishmaniose Visceral, integrando as ações de vigilância epidemiológica e ambiental para o controle do vetor e do reservatório animal.			
3 CAMPO DE APLICAÇÃO Aplicável a médicos, enfermeiros e agentes de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), laboratórios e equipes de vigilância em saúde.			
4 RESPONSABILIDADE			

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico / Enfermeiro	Identificar a suspeita clínica, realizar o acolhimento, preencher a ficha de notificação e solicitar exames laboratoriais.
Laboratório / Técnico	Realizar testes rápidos (TR-DPP), sorologia (ELISA) ou exames parasitológicos.
Setor de Epidemiologia	Digitar a ficha no SINAN em até 24h, acompanhar a evolução do paciente e realizar o encerramento do caso.
Vigilância Ambiental / Zoonoses	Realizar o inquérito sorológico canino no entorno e o controle vetorial (borrifação, quando indicado).

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1 Identificação do Caso

- **Avaliação Clínica:** Investigar febre prolongada, perda de peso progressiva, astenia e crescimento do baço e fígado.
- **Histórico Epidemiológico:** Verificar residência ou trânsito em áreas com histórico da doença ou presença de animais (cães) infectados.

5.2. Confirmação Laboratorial

- **Testes Rápidos:** Realizar Teste Rápido (TR DPP) para diagnóstico imediato.
- **Exames de Apoio:** Hemograma (busca-se pancitopenia) e bioquímica.
- **Exames Específicos:** Encaminhar para sorologia ou punção de medula óssea em serviços de referência, se necessário.

5.3. Preenchimento da Ficha e Notificação

- Preencher a **Ficha de Investigação de Leishmaniose Visceral (SINAN)**.
- Campos Obrigatórios: Dados de residência (precisos para o controle ambiental), sinais clínicos e resultado do primeiro teste diagnóstico.

- **Prazo:** A notificação deve ser feita em até **24 horas** após a suspeita clínica.

5.4. Ações de Controle e Vigilância

- **Tratamento Humano:** Iniciar conforme protocolo (Antimonial de Meglumina ou Anfotericina B Lipossomal) e monitorar efeitos colaterais.
- **Bloqueio Ambiental:** A Epidemiologia comunica a Vigilância Ambiental para visita ao domicílio do paciente para identificação de focos do vetor e manejo ambiental.

5.5. Encerramento

- O prazo para encerramento do caso no SINAN é de **60 dias**.

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação e Investigação Individual (SINAN).
- Prontuário do paciente (registro da medicação e acompanhamento laboratorial).
- Relatórios de inquérito canino no sistema da Vigilância Ambiental.

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Suspeita Clínica (Febre/Hepatoesplenomegalia) → Coleta de Teste Rápido → Preenchimento da Ficha SINAN (24h) → Início do Tratamento Específico → Comunicação à Vigilância Ambiental (Zoonoses) → Bloqueio Vetorial e Investigação Canina → Encerramento no Sistema.

8 OBSERVAÇÕES

- Devido à alta letalidade, casos suspeitos em crianças ou idosos devem ser manejados com prioridade absoluta.
- Todo óbito por Leishmaniose Visceral deve ser investigado pelo Comitê de Óbitos em até 15 dias.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/leishmaniose-visceral/publicacoes/manual-de-vigilancia-e-controle-da-leishmaniose-visceral>. Acesso em: 17 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 17 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação: Leishmaniose Visceral**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em:

<http://portalsinan.saude.gov.br/leishmaniose-visceral>. Acesso em: 17 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 012 NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4

1 DEFINIÇÃO

A **Sífilis Congênita** é o resultado da transmissão vertical da bactéria *Treponema pallidum* da gestante infectada para o feto, por via transplacentária ou pelo contato direto com lesões no canal do parto. Pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio da doença materna, podendo resultar em aborto, natimorto, manifestações clínicas precoces ou tardias, ou apenas evidências sorológicas no recém-nascido (RN).

2 OBJETIVO

Padronizar o fluxo de identificação, registro e notificação dos casos de sífilis congênita, visando garantir a assistência adequada ao recém-nascido, a investigação da falha na assistência ao pré-natal e o monitoramento da redução da transmissão vertical no município.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência materno-infantil, atuantes na Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), maternidades, Unidades Básicas de Saúde (pré-natal e puerpério) e vigilância epidemiológica.

4 RESPONSABILIDADE

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico / Pediatra	Realizar o diagnóstico clínico e laboratorial do RN, prescrever o tratamento/esquema de

	acompanhamento e preencher a ficha de notificação.
Enfermeiro	Identificar casos suspeitos na triagem neonatal, coletar exames (VDRL de sangue periférico), realizar o aconselhamento da genitora e preencher a ficha de notificação.
Setor de Epidemiologia	Digitar a ficha no SINAN, realizar a investigação do histórico do pré-natal da mãe e monitorar o seguimento do RN até o fechamento do caso.
Laboratório	Realizar testes não treponêmicos (VDRL) quantitativos em amostras de sangue periférico do RN e da mãe no momento do parto.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1 Critérios para Definição de Caso (Notificação)

Deve-se notificar como Sífilis Congênita:

- Todo RN, natimorto ou aborto de mulher com evidência clínica ou laboratorial de sífilis **não tratada ou tratada de forma inadequada** durante o pré-natal.
- Todo RN com evidência clínica de sífilis congênita e VDRL reagente.
- Todo RN com VDRL com titulação superior à materna em duas ou mais diluições.
- Evidência de *T. pallidum* em amostras de placenta ou cordão umbilical.

5.2. Investigação da Assistência Materna

- Verificar no cartão da gestante/prontuário se o tratamento foi realizado com Penicilina Benzatina, no esquema correto para o estágio da doença, finalizado pelo menos 30 dias antes do parto e com o parceiro tratado simultaneamente.
- Caso o tratamento da mãe tenha sido inadequado, o RN deve ser notificado e investigado obrigatoriamente, mesmo se estiver assintomático.

5.3. Preenchimento da Ficha e Notificação

- Utilizar a **Ficha de Investigação de Sífilis Congênita (SINAN)**.
- Informar dados detalhados sobre o pré-natal da mãe, tratamento realizado, dados do parto e exames do recém-nascido (liquor, radiografia de ossos longos e hemograma, quando realizados).
- **Prazo:** A notificação deve ser feita imediatamente após o diagnóstico ou suspeita no momento do nascimento.

5.4. Ações de Seguimento

- O RN deve ser acompanhado pela UBS após a alta hospitalar para monitoramento sorológico (VDRL aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses de vida).
- Agendar consulta com especialista conforme necessidade (oftalmologia, neurologia).

5.5. Encerramento

- O encerramento ocorre no SINAN após a conclusão da investigação do desfecho do caso ou descarte por sorologia negativa no acompanhamento.

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação/Investigação de Sífilis Congênita (SINAN).
- Prontuário do recém-nascido e da genitora.
- Caderneta da Criança (registro de exames e tratamentos).

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Parto/Nascimento → Avaliação do histórico materno e exames do RN → Tratamento Materno Inadequado ou RN sintomático? → SIM → Preenchimento da Ficha SINAN Sífilis Congênita → Coleta de exames complementares (liquor/RX) → Tratamento do RN → Encaminhamento para seguimento na UBS → Encerramento após cura/negativação.

8 OBSERVAÇÕES

- **Nota Técnica:** O VDRL do recém-nascido deve ser feito sempre em **sangue periférico**, nunca em sangue de cordão umbilical (devido ao risco de contaminação com sangue materno).
- A notificação de Sífilis Congênita é considerada um evento sentinela de falha no pré-natal.

10 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 10. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/guia-de-vigilancia-epidemiologica>. Acesso em: 17 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pcdt/pcdt-transmissao-vertical>. Acesso em: 17 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN - Sífilis Congênita**: Instrucional de Preenchimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-congenita>. Acesso em: 17 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 013 NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4
1 DEFINIÇÃO A Sífilis em Gestante é a infecção causada pela bactéria <i>Treponema pallidum</i> identificada durante o ciclo gravídico-puerperal. O diagnóstico é realizado por meio de testes treponêmicos (Teste Rápido) e não treponêmicos (VDRL/RPR). • Caso Confirmado: Gestante que apresente pelo menos um teste treponêmico reagente e um teste não treponêmico reagente, ou teste rápido reagente em locais sem acesso imediato a laboratório (iniciando-se o tratamento prontamente).			
2 OBJETIVO Estabelecer o procedimento para identificação, registro, notificação, investigação e acompanhamento dos casos de sífilis em gestantes, garantindo o diagnóstico oportuno e o tratamento adequado da mulher e de seu(s) parceiro(s) para prevenir a Sífilis Congênita.			
3 CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), laboratórios e vigilância epidemiológica.			
4 RESPONSABILIDADE			

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico / Enfermeiro	Realizar testes rápidos no pré-natal, solicitar VDRL, prescrever Penicilina Benzatina, realizar o aconselhamento e preencher a ficha de notificação.
Enfermeiro	Identificar casos suspeitos na triagem neonatal, coletar exames (VDRL de sangue periférico), realizar o aconselhamento da genitora e preencher a ficha de notificação.
Setor de Epidemiologia	Inserir os dados no SINAN, monitorar a taxa de transmissão vertical e apoiar a investigação de parceiros não tratados.
ACS	Identificar gestantes faltosas no pré-natal e auxiliar na busca ativa para continuidade do tratamento.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1 Identificação e Diagnóstico

- **Triagem:** Realizar Teste Rápido (TR) na 1ª consulta do pré-natal, no início do 3º trimestre e no momento do parto (ou em caso de aborto).
- **Conduta:** Diante de um TR reagente, a notificação deve ser feita e o tratamento iniciado imediatamente, sem necessidade de aguardar o VDRL para começar a medicação.

5.2. Preenchimento da Ficha de Notificação

- Utilizar a **Ficha de Investigação de Sífilis em Gestante (SINAN)**.
- Informações cruciais: Idade gestacional, classificação clínica (primária, secundária, terciária ou latente), esquema terapêutico e situação do tratamento do parceiro.

5.3. Fluxo de Notificação

- A ficha deve ser preenchida e encaminhada ao setor de Epidemiologia Municipal em até **24 horas** após o diagnóstico.

- O registro deve ser feito no prontuário e na Caderneta da Gestante (com datas e doses da Penicilina).

5.4. Tratamento e Controle de Cura

- **Tratamento de Escolha:** Penicilina G Benzatina (única opção eficaz para atravessar a barreira placentária).
- **Controle de Cura:** Realizar VDRL mensalmente na gestante.
- **Tratamento do Parceiro:** Deve ser realizado concomitantemente para evitar a reinfecção da gestante.

5.5. Encerramento

- O caso deve ser encerrado no SINAN em até **60 dias**, informando o desfecho da gestação e se houve ou não transmissão vertical (casos de sífilis congênita devem gerar uma nova notificação no POP N011).

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação Individual (SINAN).
- Caderneta da Gestante e Prontuário Clínico.
- Livro de registro de Testes Rápidos da Unidade.

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Consulta de Pré-natal → Teste Rápido Reagente → Início Imediato do Tratamento → Preenchimento da Ficha SINAN (24h) → Convocação e Tratamento do Parceiro → Monitoramento Mensal (VDRL) → Parto/Nascimento → Encerramento.

8 OBSERVAÇÕES

- **Tratamento Inadequado:** É considerada inadequadamente tratada a gestante que: não usou penicilina, não completou o esquema, iniciou o tratamento há menos de 30 dias do parto ou cujo parceiro não foi tratado (critério epidemiológico).

- O parceiro deve ser notificado e tratado, mas a falta de tratamento do parceiro não impede a alta da gestante; porém, o RN será investigado para Sífilis Congênita.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pcdt/pcdt-ist>. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN - Sífilis em Gestante**: Instrucional de Preenchimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-em-gestante>. Acesso em: 18 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 014 NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS ADQUIRIDA	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4
1 DEFINIÇÃO A Sífilis Adquirida é uma doença infectocontagiosa, sistêmica, de evolução crônica, causada pela bactéria <i>Treponema pallidum</i>. É transmitida principalmente por via sexual ou por contacto com sangue contaminado. Esta classificação (adquirida) exclui os casos diagnosticados em gestantes e os casos de sífilis congénita. • Caso Confirmado: Indivíduo assintomático ou com sinais clínicos (cancro duro, roséolas, pápulas palmoplantares) que apresente pelo menos um teste treponêmico reagente (Teste Rápido) e um teste não treponêmico reagente (VDRL).			
2 OBJETIVO Padronizar o fluxo de identificação, registo e notificação dos casos de sífilis adquirida para assegurar o tratamento adequado do paciente e dos seus parceiros sexuais, interrompendo a cadeia de transmissão na comunidade.			
3 CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se a todos os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), Centros de Testagem e Vigilância Epidemiológica.			
4 RESPONSABILIDADE			

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico / Enfermeiro	Identificar sinais/sintomas, realizar o Teste Rápido (TR), solicitar VDRL, prescrever o tratamento (Penicilina Benzatina), realizar o aconselhamento e preencher a ficha de notificação.
Laboratório	Realizar a recolha e processamento do VDRL quantitativo e reportar os resultados às unidades solicitantes.
Setor de Epidemiologia	Digitar os dados no SINAN, monitorar a incidência por faixa etária e sexo e apoiar o controlo de parceiros.
ACS	Auxiliar na sensibilização da população para a testagem e apoiar a busca ativa de pacientes que abandonaram o tratamento.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1 Identificação e Diagnóstico

- **Fase Primária:** Presença de cancro duro (úlceras indolores) no local da inoculação.
- **Fase Secundária:** Manchas na pele, febre, mal-estar e linfadenopatia.
- **Fase Latente/Terciária:** Ausência de sintomas ou complicações graves (cardiovasculares/neurológicas).
- **Diagnóstico:** Utilizar o fluxograma de Teste Rápido (TR) na unidade. Se o TR for reagente, o tratamento deve ser iniciado imediatamente e o VDRL solicitado para seguimento.

5.2. Preenchimento da Ficha e Notificação

- Utilizar a **Ficha de Notificação Individual de Sífilis Adquirida (SINAN)**.
- **Dados Obrigatórios:** Classificação clínica da doença, escolaridade, orientação sexual e o esquema terapêutico instituído.
- **Prazo:** A notificação de sífilis adquirida deve ser semanal (em até 7 dias), porém recomenda-se o envio imediato à Epidemiologia após o diagnóstico.

5.3. Tratamento e Manejo de Parceiros

- **Tratamento:** Penicilina G Benzatina conforme o estágio (2.4, 4.8 ou 7.2 milhões de UI).
- **Comunicação ao Parceiro:** Orientar o paciente a informar os parceiros dos últimos 90 dias (para sífilis primária) ou até 12 meses (para estágios posteriores) para que sejam testados e tratados.

5.4. Encerramento

- O encerramento no SINAN deve ser feito em até **60 dias**, confirmando a conclusão do tratamento.

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação Individual (SINAN).
- Prontuário clínico.
- Livro de registro de Testes Rápidos da Unidade.
- Formulário de controle de parceiros sexuais.

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Paciente com Suspeita ou Demanda Espontânea → Realização de Teste Rápido (TR) → TR Reagente?
→ SIM → Início do Tratamento + Recolha de VDRL → Preenchimento da Ficha SINAN Adquirida
→ Notificação dos Parceiros → Seguimento Laboratorial (VDRL trimestral) → Encerramento.

8 OBSERVAÇÕES

- Diferente da gestante, na sífilis adquirida a notificação é feita apenas uma vez por episódio, mas o seguimento com VDRL é fundamental para verificar a queda da titulação.
- Em pacientes com alergia à penicilina, considerar a dessensibilização ou o uso de doxiciclina (exceto em grávidas), conforme protocolo.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pcdt/pcdt-ist>. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_28_09_2017.html. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN - Sífilis Adquirida**: Instrucional de Preenchimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-adquirida>. Acesso em: 18 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 015 NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE (TB)	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4
1 DEFINIÇÃO A Tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível, causada pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (bacilo de Koch). Afeta prioritariamente os pulmões (forma pulmonar), embora possa acometer outros órgãos (forma extrapulmonar). • Sintomático Respiratório (SR): Pessoa com tosse por três semanas ou mais. • Caso de Tuberculose: Indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia, cultura ou Teste Rápido Molecular (TRM-TB), ou por critério clínico-epidemiológico.			
2 OBJETIVO Padronizar o fluxo de identificação, diagnóstico, notificação e acompanhamento dos casos de tuberculose, garantindo a adesão ao tratamento, a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) e o controle de contatos para interrupção da cadeia de transmissão.			
3 CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se a médicos, enfermeiros e técnicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), laboratórios e equipes de Vigilância Epidemiológica do município.			
4 RESPONSABILIDADE			

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico / Enfermeiro	Identificar o Sintomático Respiratório, solicitar exames (escarro/raio-x), prescrever o esquema terapêutico (RIPE), preencher a ficha de notificação e testar para HIV.
Laboratório	Realizar baciloscopia de escarro, cultura ou encaminhar amostras para o Teste Rápido Molecular (TRM-TB) na rede de referência.
Setor de Epidemiologia	Notificar no SINAN, monitorar o encerramento dos casos (cura/abandono) e consolidar os dados do boletim de acompanhamento.
ACS / Técnica Enfermagem	Realizar o TDO (Tratamento Diretamente Observado) , monitorar a tomada da medicação e realizar a busca ativa de faltosos.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1 Identificação do Caso

- Busca ativa de Sintomáticos Respiratórios (tosse ≥ 3 semanas).
- Avaliação de sintomas associados: febre vespertina, sudorese noturna, emagrecimento e adinamia.

5.2. Diagnóstico e Exames

- **Baciloscopia de Escarro:** Duas amostras (uma no momento da consulta e outra na manhã seguinte).
- **TRM-TB:** Teste de escolha para diagnóstico rápido e identificação de resistência à rifampicina.
- **Raio-X de Tórax:** Exame complementar para avaliação da extensão da doença.
- **Testagem HIV:** Obrigatória para 100% dos casos de TB diagnosticados.

5.3. Preenchimento da Ficha e Notificação

- Utilizar a **Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose (SINAN)**.
- **Tipo de Entrada:** Novo caso, Recidiva, Reingresso após abandono ou Transferência.

- **Prazo:** A notificação deve ser semanal, mas o início do tratamento deve ser imediato após a confirmação.

5.4. Acompanhamento e Tratamento (TDO)

- O tratamento padrão dura 6 meses (Esquema Básico: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol).
- **Controlo Mensal:** Realizar baciloscopia de controlo mensalmente (principalmente no 2º, 4º e 6º meses).
- **Investigação de Contatos:** Avaliar obrigatoriamente todos os contatos domiciliares do paciente.

5.5. Encerramento

- O caso é encerrado no SINAN como: Cura, Abandono, Óbito, Transferência ou Mudança de Diagnóstico.

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação/Investigação Individual (SINAN).
- Livro de Registo e Controlo de Tratamento dos Casos de Tuberculose (Livro Verde).
- Cartão de Acompanhamento do Paciente (TDO).
- Prontuário clínico.

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Sintomático Respiratório (Tosse > 3 semanas) → Coleta de Escarro (Baciloscopia/TRM-TB) → Resultado Positivo → Preenchimento da Ficha SINAN + Início do Tratamento (RIPE) → Investigação de Contatos + Teste HIV → Acompanhamento Mensal (TDO) → Baciloscopia de Controle (2º/4º/6º mês) → Alta por Cura.

8 OBSERVAÇÕES

- O abandono do tratamento é o principal desafio; caso o paciente falte 2 dias consecutivos ao TDO, a busca ativa deve ser iniciada imediatamente pelo ACS.
- Gestantes e crianças possuem protocolos específicos de dosagem e acompanhamento.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil>. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN - Tuberculose**: Instrucional de Preenchimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/tuberculose>. Acesso em: 18 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 016 NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00- Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4

1 DEFINIÇÃO

A **Violência Autoprovocada** compreende o comportamento suicida e a autopunição (automutilação). Inclui a ideação suicida, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado, além de atos como se cortar, se queimar ou se bater sem a intenção expressa de morte.

- **Notificação Compulsória Imediata:** De acordo com a Portaria nº 204/2016, toda tentativa de suicídio e violência autoprovocada deve ser notificada em até **24 horas** à autoridade de saúde local.

2 OBJETIVO

Padronizar o fluxo de identificação, acolhimento e notificação imediata de casos de violência autoprovocada, garantindo o registro epidemiológico e, principalmente, a articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o acompanhamento e prevenção de novas ocorrências.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) da Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Vigilância em Saúde.

4 RESPONSABILIDADE

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico / Enfermeiro	Realizar o atendimento clínico de urgência, acolhimento humanizado, avaliação de risco e preenchimento da ficha de notificação.
Setor de Epidemiologia	Inserir os dados no sistema SINAN em regime de urgência (24h) e monitorar a reincidência de casos.
Psicólogo / Assistente Social	Realizar a escuta qualificada, acompanhamento terapêutico e articulação com a rede de proteção social.
CAPS / Saúde Mental	Prover o cuidado continuado e elaborar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o paciente.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1 Identificação e Acolhimento

- Identificar sinais de autolesão ou histórico de ingestão de substâncias/medicamentos com intenção de autoextermínio.
- Realizar escuta empática, sem julgamentos, garantindo a privacidade e o sigilo das informações.

5.2. Atendimento Clínico

- Priorizar a estabilização clínica (lavagem gástrica, suturas, antídotos) conforme a gravidade do método utilizado.
- Avaliar o grau de letalidade da tentativa e o risco de nova tentativa imediata.

5.3. Preenchimento da Ficha e Notificação

- Utilizar a **Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA/SINAN)**.
- **Campos Críticos:** Dados do paciente, meios utilizados (enforcamento, intoxicação, arma branca, etc.), local de ocorrência e se a violência foi recorrente.
- **Prazo:** Encaminhar a ficha à Epidemiologia imediatamente (prazo máximo de 24h).

5.4. Articulação da Rede (RAPS)

- Todo caso de violência autoprovocada deve ser comunicado ao CAPS ou serviço de referência em saúde mental do município para agendamento de consulta prioritária após a alta hospitalar.

5.5. Encerramento

- O fechamento do caso no SINAN ocorre após a investigação epidemiológica e confirmação do seguimento na rede de saúde mental.

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação VIVA/SINAN.
- Prontuário médico detalhado (físico ou eletrônico).
- Registro em prontuário do CAPS/Psicologia.

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Entrada do Paciente (UMLAV/UBS) → Estabilização Clínica → Acolhimento Psicossocial → Preenchimento da Ficha VIVA/SINAN → Notificação Imediata (24h) → Referenciamento para o CAPS → Acompanhamento pela Equipe de Saúde da Família.

8 OBSERVAÇÕES

- **Sigilo:** A notificação é um instrumento epidemiológico e não deve ser confundida com denúncia policial. O sigilo é dever do profissional.
- **Intoxicação:** Se a violência envolver ingestão de substâncias químicas ou medicamentos, deve-se preencher também a ficha de **Intoxicação Exógena** (conforme POP N009).
- A tentativa de suicídio é um dos principais preditores de suicídio consumado; portanto, o seguimento pós-alta é obrigatório.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_notificacao_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/prevencao-do-suicidio>. Acesso em: 18 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 017	Versão	01-2026-2028
	NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL (DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS)	Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4
1 DEFINIÇÃO A Violência Interpessoal refere-se a atos de violência praticados por um indivíduo ou grupo contra outro. Inclui violência física, psicológica, sexual, negligência/abandono, trabalho infantil e violência financeira/patrimonial. • Públicos Prioritários: Crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência e população LGBTQIA+. • Notificação Compulsória Imediata (24h): Deve ser realizada em casos de violência sexual ou quando houver risco iminente de morte.			
2 OBJETIVO Padronizar o acolhimento e a notificação de suspeitas ou confirmações de violência interpessoal, garantindo o registro no SINAN e a imediata articulação com a Rede de Proteção Social (Conselho Tutelar, CREAS, Ministério Público) para interromper o ciclo de violência.			
3 CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se a todos os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), CAPS e serviços de Vigilância em Saúde de Cristino Castro-PI.			
4 RESPONSABILIDADE			

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico / Enfermeiro	Identificar sinais físicos/psicológicos de violência, realizar o atendimento clínico, prescrever profilaxias (se violência sexual) e preencher a ficha.
Assistente Social / Psicólogo	Realizar o acolhimento qualificado, avaliação psicossocial e o encaminhamento para a rede de proteção (CREAS/Conselho Tutelar).
Setor de Epidemiologia	Inserir os dados no SINAN, garantir o sigilo e monitorar a reincidência de casos.
Agente Comunitário (ACS)	Observar sinais de violência no ambiente domiciliar e comunicar a equipe de saúde imediatamente.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1 Acolhimento e Escuta Qualificada

- Receber o usuário em local privativo, garantindo o sigilo e a postura não julgadora.
- Diferenciar o atendimento de saúde (cuidado) da investigação policial (dever do Estado).

5.2. Atendimento Clínico e Profilaxia

- **Violência Sexual:** Realizar a coleta de vestígios (se houver protocolo) e iniciar obrigatoriamente a **Profilaxia Pós-Exposição (PEP)** para HIV e ISTs, além da anticoncepção de emergência (até 72h).
- Tratar lesões físicas e documentar detalhadamente no prontuário.

5.3. Preenchimento da Ficha e Notificação

- Utilizar a **Ficha VIVA (Violência Interpessoal e Autoprovocada - SINAN)**.
- **Atenção:** A notificação é compulsória mesmo em casos de **suspeita**. Não é necessário ter prova judicial para notificar.
- **Prazos:** Casos de violência sexual e violência contra crianças/adolescentes devem ser notificados à Epidemiologia em até **24 horas**.

5.4. Fluxo Externo (Rede de Proteção)

- **Crianças/Adolescentes:** Comunicar obrigatoriamente o **Conselho Tutelar**.
- **Mulheres:** Encaminhar para a Delegacia da Mulher (se desejado pela vítima) e para o serviço de assistência social.

- **Idosos/Deficientes:** Comunicar o Ministério Público ou conselhos específicos.

5.5. Encerramento

- O caso é encerrado após a confirmação do seguimento na rede de cuidados e proteção.

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação VIVA/SINAN.
- Prontuário médico e psicossocial.
- Guia de encaminhamento para a Rede de Proteção.

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Identificação da Suspeita → Atendimento Clínico/Profilaxia → Acolhimento Psicossocial → Preenchimento Ficha VIVA (24h se sexual) → Acionamento do Conselho Tutelar/CREAS → Encaminhamento para a Rede de Saúde Mental → Monitoramento pela UBS.

8 OBSERVAÇÕES

- **Lei Maria da Penha:** A notificação de violência contra a mulher em serviços de saúde é obrigatória e deve alimentar o sistema de saúde para políticas públicas.
- **Sigilo:** O profissional de saúde deve informar à vítima que a notificação será realizada por dever legal, mas que seus dados serão protegidos.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_notificacao_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 30 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

ESTADO DO PIAUÍ. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual**. Teresina: SESAPI, 2024.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 018	Versão	01-2026-2028
	NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO EM MULHER EM IDADE FÉRTIL (MIF)	Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4

1 DEFINIÇÃO

Considera-se óbito em **Mulher em Idade Fértil (MIF)** todo falecimento de mulheres na faixa etária de **10 a 49 anos**, independentemente da causa declarada.

- **Óbito Materno:** É a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez.
- **Notificação:** Todo óbito de MIF deve ser investigado para confirmar ou descartar a relação com o ciclo gravídico-puerperal.

2 OBJETIVO

Padronizar o fluxo de notificação e investigação dos óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos, visando identificar mortes maternas subnotificadas, conhecer os determinantes desses óbitos e propor medidas para a redução da mortalidade materna no município.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se aos profissionais da Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), Unidades Básicas de Saúde (UBS), cartórios de registro civil, Institutos Médicos Legais (IML/SVO) e setor de Vigilância Epidemiológica.

4 RESPONSABILIDADE

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico Assistente	Constatar o óbito, preencher a Declaração de Óbito (DO) com atenção especial ao campo sobre gravidez/puerpério.
Enfermeiro da Epidemiologia	Identificar os óbitos de MIF no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disparar a ficha de investigação e realizar visitas domiciliares/hospitalares.
Comitê de Mortalidade Materna	Analisar os dados da investigação, classificar a evitabilidade do óbito e propor ações corretivas.
ACS	Notificar a ocorrência de óbito de mulheres na comunidade à equipe de saúde de referência em até 24h.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1 Identificação do Óbito

- Através do recebimento da via amarela da **Declaração de Óbito (DO)** ou monitoramento eletrônico no sistema SIM.
- Identificação ativa de óbitos em cartórios ou através dos Agentes Comunitários de Saúde.

5.2. Notificação e Início da Investigação

- Todo óbito de mulher de 10 a 49 anos deve ser notificado ao Comitê Municipal de Óbito em até **24 horas**.
- Iniciar o preenchimento da **Ficha de Investigação de Óbito de MIF**.

5.3. Coleta de Dados (Fontes de Investigação)

A investigação deve ocorrer em três níveis:

- Ambulatorial:** Análise do prontuário do pré-natal na UBS.
- Hospitalar:** Análise do prontuário do internamento onde ocorreu o óbito ou o parto.

3. **Domiciliar:** Entrevista com familiares para identificar a "causa social" (itinerário terapêutico e barreiras de acesso).

5.4. Análise e Encerramento

- O caso é levado ao Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil para discussão.
- Define-se se a causa foi **Materna Direta** (eclâmpsia, hemorragia), **Materna Indireta** (doenças pré-existentes agravadas pela gravidez) ou **Não Materna**.
- Prazo para encerramento da investigação: **120 dias** após a ocorrência do óbito.

6 REGISTRO

- Declaração de Óbito (DO).
- Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil (SIM).
- Ata de reunião do Comitê de Mortalidade Materna.
- Prontuários (UBS e Hospitalar).

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Ocorrência do Óbito (10-49 anos) → Preenchimento da DO → Identificação pela Epidemiologia (24h) → Investigação (UBS/Hospital/Domicílio) → Reunião do Comitê Municipal → Classificação Final (Materno ou Não) → Encerramento no Sistema SIM.

8 OBSERVAÇÕES

- Mesmo que o médico não tenha assinalado o campo de "morte na gravidez" na DO, se a mulher estiver na faixa etária, a investigação é **obrigatória**.
- O sigilo das informações e o respeito à dor da família devem ser priorizados durante a entrevista domiciliar (autópsia verbal).

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Manual de vigilância do óbito materno**. 3. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/mortalidade-materna/publicacoes/manual-de-vigilancia-do-obito-materno>. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_28_09_2017.html. Acesso em: 18 dez. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.779/2005**. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Brasília, DF: CFM, 2005. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1779>. Acesso em: 18 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 019 NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4

1 DEFINIÇÃO

O **Óbito Materno** é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de **42 dias** após o término da gestação (puerpério), independentemente da duração ou local da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

- **Óbito Obstétrico Direto:** Resulta de complicações obstétricas (ex.: hemorragia, pré-eclâmpsia).
- **Óbito Obstétrico Indireto:** Resulta de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação, agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (ex.: cardiopatias, lúpus, COVID-19).
- **Óbito Materno Tardio:** Ocorre entre 42 dias e 1 ano após o parto.

2 OBJETIVO

Padronizar a identificação e a **notificação compulsória imediata** de todos os óbitos maternos, garantindo a investigação integral de cada caso para identificar falhas na rede de atenção, definir a causa básica real e implementar ações de prevenção para evitar novas ocorrências.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os serviços de saúde (públicos e privados), Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), Unidades Básicas de Saúde (UBS), SAMU, Cartórios de Registro Civil e Institutos Médicos Legais (IML/SVO) em Cristino Castro-PI.

4 RESPONSABILIDADE

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico Assistente	Identificar o óbito, preencher a Declaração de Óbito (DO) assinalando os campos de gravidez/puerpério e notificar a Vigilância.
Enfermeiro da Epidemiologia	Realizar a notificação imediata no SINAN e no SIM, iniciar a investigação documental e domiciliar.
Comitê Municipal de Óbito	Analisar o itinerário terapêutico da gestante, classificar a causa do óbito e sua evitabilidade em reunião técnica.
Gestão Municipal	Viabilizar as melhorias na rede de assistência apontadas pelo Comitê.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1 Identificação e Notificação Imediata

- O óbito materno é um evento de **Notificação Compulsória Imediata (em até 24 horas)**.
- Ao ocorrer o óbito, a unidade notificadora deve comunicar imediatamente à Vigilância Epidemiológica Municipal via telefone/e-mail e preencher a ficha de notificação.

5.2. Investigação de Campo (Obrigatória)

A investigação deve ser iniciada em até **48 horas** após a notificação e abrange:

1. **Investigação Hospitalar:** Cópia integral do prontuário do internamento do óbito e, se houver, do hospital onde ocorreu o parto.
2. **Investigação Ambulatorial:** Análise do prontuário da Unidade Básica de Saúde e da Caderneta da Gestante (avaliação do pré-natal).
3. **Investigação Domiciliar (Autópsia Verbal):** Entrevista com a família para compreender fatores sociais, atrasos no reconhecimento de sinais de alerta ou barreiras de transporte.

5.3. Fluxo de Análise pelo Comitê

- Os dados coletados são consolidados na **Ficha de Síntese da Investigação**.
- O Comitê se reúne para julgar se o óbito foi **Evitável** ou **Não Evitável**.
- O caso é encerrado com a correção da Causa Básica no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

5.4. Prazos

- Notificação: 24 horas.
- Investigação e Encerramento: Máximo de **120 dias**.

6 REGISTRO

- Declaração de Óbito (DO).
- Ficha de Notificação de Óbito Materno (SINAN).
- Ficha de Investigação de Óbito Materno (Hospitalar, Ambulatorial e Domiciliar).
- Relatório de Síntese e Ata do Comitê de Óbito.

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Ocorrência do Óbito Materno → Notificação Compulsória Imediata (24h) → Investigação (Prontuário UBS + Hospital + Domicílio) → Consolidação dos Dados (Síntese) → Reunião do Comitê de Óbito → Classificação de Evitabilidade → Encerramento no SIM/SINAN → Proposição de Medidas Corretivas.

8 OBSERVAÇÕES

- Todo óbito materno deve ser tratado como uma tragédia evitável até que a investigação prove o contrário.
- Óbitos maternos por causas externas (ex.: suicídio, homicídio, acidentes) ocorridos no período gravídico-puerperal devem ser investigados como "morte de mulher em idade fértil" (POP N016) para descartar causas obstétricas indiretas.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Manual de vigilância do óbito materno**. 3. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/mortalidade-materna/publicacoes/manual-de-vigilancia-do-obito-materno>. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.426, de 14 de dezembro de 2020**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017 para dispor sobre a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.426-de-14-de-dezembro-de-2020-294025178>. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 10. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/guia-de-vigilancia-epidemiologica>. Acesso em: 18 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 020 NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E ÓBITO FETAL	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4
1 DEFINIÇÃO • Óbito Infantil: Morte de uma criança nascida viva que ocorre desde o nascimento até completar 1 ano de vida (364 dias). Subdivide-se em neonatal (até 27 dias) e pós-neonatal (28 dias a 11 meses). • Óbito Fetal: Morte de um produto da concepção ocorrida antes da expulsão ou da extração completa do corpo materno, independente da duração da gravidez. Para fins de vigilância obrigatória, considera-se idade gestacional ≥ 22 semanas, ou peso ≥ 500g, ou estatura ≥ 25cm. • Notificação Compulsória: Todo óbito infantil e fetal é de notificação obrigatória e deve ser investigado pelo Comitê Municipal.			
2 OBJETIVO Padronizar o fluxo de identificação, registro e investigação epidemiológica dos óbitos fetais e infantis para identificar falhas na rede de atenção (pré-natal, parto e puericultura), definir a evitabilidade e propor melhorias na assistência.			
3 CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se a todos os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), Maternidades, Laboratórios e Vigilância Epidemiológica de Cristino Castro-PI.			
4 RESPONSABILIDADE			

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico	Constatar o óbito, preencher a Declaração de Óbito (DO) com precisão e comunicar o evento à Vigilância.
Enfermeiro / Técnico	Identificar o óbito, organizar a documentação necessária, realizar a investigação domiciliar/ambulatorial e acolher a família.
Setor de Epidemiologia	Inserir os dados no SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) e monitorar os prazos de investigação.
Comitê de Mortalidade	Analisar os casos, classificar a evitabilidade e emitir recomendações aos gestores.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1 Registro e Identificação

- O óbito deve ser registrado imediatamente na **Declaração de Óbito (DO)**.
- No caso de óbito infantil, deve-se verificar a existência da respectiva **Declaração de Nascido Vivo (DNV)** para o cruzamento de dados.

5.2. Notificação

- Comunicar o óbito à Vigilância Epidemiológica Municipal em até **24 horas** após a ocorrência.
- Digitar as informações no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

5.3. Investigação Epidemiológica (Três Níveis)

A investigação deve ser completa para todos os óbitos infantis e fetais:

1. **Investigação Hospitalar:** Análise detalhada do prontuário do nascimento e/ou do atendimento que culminou no óbito.
2. **Investigação Ambulatorial:** Verificação do acompanhamento de pré-natal da mãe e das consultas de puericultura da criança na UBS.
3. **Investigação Domiciliar (Autópsia Verbal):** Entrevista com a família para coletar dados socioeconômicos e entender a percepção da família sobre a assistência recebida.

5.4. Análise e Encerramento

- Os dados são levados ao Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.
- O caso é classificado segundo a **Lista de Causas de Mortes Evitáveis** (Causas reduzíveis por imunização, atenção à gestante, ao parto, ao recém-nascido, etc.).
- **Prazo:** A investigação deve ser encerrada em até **120 dias**.

6 REGISTRO

- Declaração de Óbito (DO) - via amarela.
- Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal (específica do MS/SIM).
- Relatório de Síntese da Investigação.
- Prontuários médicos e Caderneta da Gestante/Criança.

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Ocorrência do Óbito → Emissão da DO → Notificação (24h) → Investigação (Hospital/UBS/Domicílio) → Discussão no Comitê → Definição de Evitabilidade → Encerramento no SIM → Ações Corretivas.

8 OBSERVAÇÕES

- **Sensibilidade:** A entrevista domiciliar deve ser realizada com extremo tato, preferencialmente após o 7º ou 15º dia do óbito, respeitando o luto.

- **Causas Mal Definidas:** Óbitos com causa básica "mal definida" (Capítulo XVIII da CID-10) devem ser prioridade absoluta para investigação.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal**. 3. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/mortalidade-infantil/publicacoes/manual-de-vigilancia-do-obito-infantil-e-fetal>. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.510, de 16 de junho de 2014**. Define estratégias de vigilância de óbitos e nascidos vivos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1510_16_06_2014.html. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/mortalidade-materna-infantil>. Acesso em: 18 dez. 2025.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 021 NOTIFICAÇÃO DE HIV/AIDS	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4

1 DEFINIÇÃO

- **Infecção pelo HIV:** Presença do Vírus da Imunodeficiência Humana no organismo, confirmada por testes laboratoriais (testes rápidos, sorologia ELISA ou testes moleculares), independentemente da presença de sintomas.
- **Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida):** Estágio avançado da infecção, caracterizado por imunodeficiência grave ou presença de doenças oportunistas (tuberculose, pneumonia por *P. jirovecii*, neurotoxoplasmose, entre outras).
- **Criança Exposta ao HIV:** Criança nascida de mãe infectada pelo HIV. A notificação deste caso é específica e visa o acompanhamento até a definição do status sorológico da criança.
- **IST:** Infecções Sexualmente Transmissíveis
- **CTA:** Centro de Testagem e Aconselhamento
- **SAE:** Serviço de Atenção Especializada
- **TARV:** Terapia Antirretroviral
- **SINAN:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- **SESAPI:** Secretaria de Estado da Saúde do Piauí

2 OBJETIVO:

Padronizar o fluxo de acolhimento, testagem, aconselhamento, encaminhamento, tratamento e notificação dos casos de infecção pelo HIV no âmbito da Atenção Primária à Saúde, garantindo sigilo,

integralidade do cuidado e cumprimento da notificação compulsória, mesmo na ausência de estrutura municipal para notificação direta no SINAN.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO:

Aplica-se a todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF) e demais serviços de saúde do município, abrangendo adolescentes, adultos, gestantes e populações em situação de maior vulnerabilidade, com referência assistencial e epidemiológica para os municípios Teresina, Floriano, Oeiras, Picos ou Parnaíba.

4 RESPONSABILIDADE:

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Enfermeiro (a)	Acolher o usuário, realizar aconselhamento pré e pós-teste, executar testes rápidos para HIV, registrar informações clínicas, orientar medidas de prevenção, realizar encaminhamento ao serviço de referência e articular a notificação junto ao município de referência.
Médico(a)	Avaliação clínica, solicitação de exames complementares, confirmação diagnóstica, encaminhamento para o SAE e acompanhamento clínico conforme protocolos.
Técnico de Enfermagem	Apoiar na realização dos testes rápidos, organização de insumos e apoio ao acolhimento.
ACS	Educação em saúde, incentivo à testagem, busca ativa de faltosos e orientações comunitárias, respeitando o sigilo.
Responsável Técnico (RT) da Unidade	Garantir a organização do fluxo de referência e contrarreferência e a guarda segura das informações.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1 Acolhimento e Aconselhamento Pré-teste

- Garantir atendimento humanizado, privado e sigiloso

- Explicar o que é o HIV, formas de transmissão, janela imunológica e confidencialidade
- Obter consentimento verbal
- Identificar situações de vulnerabilidade e risco

5.2 Testagem para HIV

- Realizar teste rápido conforme protocolo do Ministério da Saúde
- Resultado **não reagente**:
 - Orientar prevenção
 - Avaliar necessidade de reteste conforme janela imunológica
- Resultado **reagente**:
 - Realizar segundo teste rápido confirmatório, conforme fluxograma nacional

5.3 Aconselhamento Pós-teste (Resultado Reagente)

- Comunicar o resultado de forma ética, clara e empática
- Oferecer apoio emocional imediato
- Informar que o HIV tem tratamento gratuito e eficaz pelo SUS
- Orientar sobre a importância do início precoce da TARV
- Incentivar testagem de parceiros

5.4 Encaminhamento e Tratamento

- Encaminhar o usuário ao Serviço de Atenção Especializada (SAE) em HIV/AIDS dos municípios de Teresina, Floriano, Oeiras, Picos ou Parnaíba.
- Garantir agendamento prioritário
- Orientar sobre exames iniciais e acompanhamento contínuo
- Registrar o encaminhamento no prontuário

6 NOTIFICAÇÃO (MUNICÍPIO SEM NOTIFICAÇÃO LOCAL)

A infecção pelo HIV é de **notificação compulsória**, conforme legislação vigente.

Fluxo adotado:

- A unidade de saúde realiza o diagnóstico e o registro clínico;
- O município de origem mantém registro interno sigiloso, sem notificação direta no sistema.

Nota: Na ausência de estrutura municipal para notificação direta no SINAN, os casos confirmados de HIV serão encaminhados e notificados por meio do município de referência (Floriano-PI), garantindo o cumprimento da notificação compulsória e a integralidade do cuidado.

7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- Orientar uso regular de preservativos.
- Incentivar testagem periódica.
- Informar sobre PrEP e PEP, quando disponíveis.
- Combater estigmas relacionados ao HIV.

8 REGISTRO

- Prontuário individual do usuário (sigiloso)
- Registro interno restrito da unidade
- Comprovante de encaminhamento para o centro de referência especializado

9 FLUXOGRAMA VISUAL

Demanda Espontânea / Pré-natal / Sintomas → Aconselhamento + Teste Rápido (TR1) → Reagente → Realização de TR2 → Confirmado HIV → Preenchimento da Ficha SINAN → Encaminhamento para SAE (Início TARV) → Monitoramento de Carga Viral e CD4.

10 OBSERVAÇÕES

- As informações referentes ao diagnóstico de HIV são confidenciais
- O acesso aos registros é restrito à equipe de saúde

- É vedada qualquer forma de discriminação ou exposição do usuário

11 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/pcdt_hiv_modulo_1_2024.pdf. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos: módulo 2 – coinfeções e infecções oportunistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/m/manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos-modulo-2>. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV/Aids: notas técnicas e informativas**. Brasília: Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aids-hiv/notas-tecnicas-e-informativas>. Acesso em: 15 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 31 out. 1975. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em: 15 jan. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 022	Versão	1-2025-2027
	NOTIFICAÇÃO DE MENINGITES (VIRAL, BACTERIANA E OUTRAS)	Revisão	Dez/2025
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 4

1 DEFINIÇÃO

A **meningite** é um processo inflamatório das membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal (meninges). Pode ser causada por diversos agentes, como bactérias, vírus, fungos e parasitas.

- **Caso Suspeito:** Indivíduo com febre, cefaleia, vômitos em jato, rigidez de nuca, sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski) e/ou petéquias (manchas vermelhas na pele). Em lactentes, observar abaulamento de fontanela ("moleira alta") e irritabilidade.
- **Notificação Compulsória Imediata:** Todo caso suspeito deve ser notificado em até **24 horas**.

2 OBJETIVO

Padronizar o fluxo de detecção precoce, notificação imediata e investigação de casos suspeitos de meningite, garantindo a coleta de líquido para diagnóstico etiológico e a realização de quimioprofilaxia (bloqueio) de contatos, quando indicado, para evitar surtos.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se à Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), UBS e Vigilância Epidemiológica de Cristino Castro-PI.

4 RESPONSABILIDADE

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico / Enfermeiro	Identificar sinais clínicos, realizar a notificação imediata, solicitar exames laboratoriais (Líquor/Hemocultura) e iniciar antibioticoterapia/isolamento.
Assistente Social / Psicólogo	Realizar o acolhimento qualificado, avaliação psicossocial e o encaminhamento para a rede de proteção (CREAS/Conselho Tutelar).
Bioquímico / Laboratório	Processar as amostras com prioridade e comunicar resultados alterados imediatamente à Vigilância.
Vigilância Epidemiológica	Realizar a investigação epidemiológica e coordenar a quimioprofilaxia de contatos (se indicado).

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1. Identificação e Manejo Clínico

- Diante da suspeita, o paciente deve ser mantido em **isolamento de gotículas** por pelo menos 24 horas após o início da antibioticoterapia.
- Encaminhamento imediato para ambiente hospitalar (UMLAV) para punção lombar e coleta de líquido antes da primeira dose do antibiótico, se possível.

5.2. Notificação Imediata

- Notificar a Secretaria Municipal de Saúde/Vigilância Epidemiológica por telefone ou meio mais rápido em até **24 horas**.
- Preencher a **Ficha de Investigação de Meningites (SINAN)**.

5.3. Quimioprofilaxia (Bloqueio)

- **Importante:** Em casos de suspeita de Doença Meningocócica ou meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b, deve-se realizar a quimioprofilaxia dos contatos próximos e familiares em até **48 horas** após o diagnóstico do caso índice.

- A medicação de escolha (geralmente Rifampicina) deve ser fornecida pela Vigilância Epidemiológica.

5.4. Encerramento

- O caso é encerrado no SINAN após a confirmação do agente etiológico (cultura, PCR ou látex) ou critério clínico-epidemiológico.

6 REGISTRO

- Ficha de Investigação de Meningites (SINAN).
- Laudos laboratoriais (Líquor).
- Prontuário clínico.
- Relatório de bloqueio (quimioprofilaxia).

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Caso Suspeito (Febre + Rigidez Nuca) → Notificação Imediata (24h) → Coleta de Líquor / Exames → Início do Tratamento / Isolamento → Identificação de Contatos Próximos → Quimioprofilaxia (Bloqueio em 48h) → Encerramento no SINAN.

8 OBSERVAÇÕES

- **Quimioprofilaxia:** Indicada apenas para contatos próximos de casos de Doença Meningocócica e *Haemophilus influenzae* tipo b. Deve ser iniciada preferencialmente nas primeiras 48 horas.
- **Isolamento:** Deve ser mantido por 24 horas após o início da antibioticoterapia eficaz.
- **Coleta:** A coleta do líquido deve preceder o uso de antibióticos sempre que a estabilidade clínica do paciente permitir.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 10. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/guia-de-vigilancia-epidemiologica>. Acesso em: 06 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Meningites**: diagnóstico, tratamento e vigilância. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/meningite>. Acesso em: 06 jan. 2026.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 023 NOTIFICAÇÃO DE DOENÇA DE CHAGAS (AGUDA E CRÔNICA)	Versão	01-2026-2028
		Revisão	00-Jan/2026
		Data de Aprovação	25/03/2026
		Página	1 de 3
1 DEFINIÇÃO A Doença de Chagas é uma infecção causada pelo protozoário <i>Trypanosoma cruzi</i> . • Fase Aguda: Caracteriza-se por febre prolongada, cefaleia, edema de face ou membros e, por vezes, o sinal de Romaña (edema bupalpebral) ou chagoma de inoculação. A transmissão pode ser vetorial (barbeiro), oral (alimentos contaminados), vertical ou por transfusão. • Fase Crônica: Geralmente assintomática por anos, podendo evoluir para formas cardíacas, digestivas (megacólon/megaesôfago) ou mistas. • Notificação: A fase Aguda é de notificação compulsória imediata (24h). A fase Crônica é de notificação compulsória regular (semanal).			
2 OBJETIVO Padronizar as ações de identificação, notificação e acompanhamento de indivíduos com Doença de Chagas, além de orientar as ações de controle vetorial (Vigilância Ambiental) para evitar a domiciliação do triatomíneo (barbeiro) no município.			
3 CAMPO DE APLICAÇÃO Aplica-se às Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Mista Lourival de Abreu Vasconcelos (UMLAV), laboratórios e ao setor de Controle de Endemias de Cristino Castro.			
4 RESPONSABILIDADE			

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Médico / Enfermeiro	Suspeitar clinicamente, realizar a notificação, solicitar sorologia (fase crônica) ou exame direto (fase aguda) e iniciar tratamento.
Agente de Endemias (ACE)	Realizar pesquisa entomológica (busca de barbeiros) no domicílio do caso suspeito e orientar a população.
Laboratório	Realizar coleta e encaminhar amostras para o LACEN-PI para confirmação diagnóstica.
Vigilância Epidemiológica	Monitorar casos, realizar investigação epidemiológica e consolidar os dados no SINAN.

5 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1. Identificação de Caso Suspeito

- **Fase Aguda:** Paciente com febre prolongada (> 7 dias) associada a edema, hepatomegalia, sinal de Romaña ou histórico de ingestão de alimentos suspeitos ou contato com o vetor.
- **Fase Crônica:** Paciente com alterações cardíacas (arritmias, insuficiência cardíaca) ou digestivas sem outra causa aparente, com histórico epidemiológico positivo (residência em área endêmica/casa de taipa).

5.2. Notificação e Investigação

- **Fase Aguda:** Notificar imediatamente (24h) via telefone/e-mail para a Secretaria Municipal e preencher a ficha de Doença de Chagas Aguda (SINAN).
- **Fase Crônica:** Preencher a ficha específica de Doença de Chagas Crônica, conforme as novas diretrizes do Ministério da Saúde.
- Realizar investigação detalhada para identificar a provável forma de transmissão.

5.3. Procedimento de Vigilância Ambiental

- Em caso de identificação de barbeiro pelo morador, o inseto deve ser coletado (com luvas ou pinça) e levado ao **Posto de Informação de Triatomíneos (PIT)** na secretaria.
- A equipe de endemias deve realizar o "foco" (visita e borrifação se necessário) num raio de segurança ao redor da residência.

5.4. Acompanhamento e Tratamento

- O tratamento é feito com Benznidazol, disponibilizado pelo Ministério da Saúde após a notificação.
- O paciente crônico deve ser inserido na linha de cuidado das Doenças Crônicas para acompanhamento cardiológico.

6 REGISTRO

- Ficha de Notificação de Doença de Chagas (Aguda ou Crônica).
- Prontuário clínico.
- Relatório de visita domiciliar da equipe de endemias.
- Formulário de entrega de insetos (PIT).

7 FLUXOGRAMA VISUAL

Suspeita Clínica → Coleta de Sangue → Notificação (Imediata se Aguda) → Investigação Epidemiológica → Pesquisa de Vetores no Domicílio → Início de Tratamento Específico → Acompanhamento na Atenção Primária.

8. OBSERVAÇÕES

- **Acesso ao Medicamento:** O tratamento (Benznidazol) só é liberado mediante a apresentação da ficha de notificação do SINAN preenchida.
- **Vigilância Passiva:** Orientar a população a não esmagar "barbeiros" encontrados, mas capturá-los protegendo as mãos e entregá-los ao PIT (Posto de Informação de Triatomíneos) da secretaria.

- **Fase Crônica:** Desde 2020, a fase crônica tornou-se de notificação obrigatória em todo o território nacional.

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 10. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/guia-de-vigilancia-epidemiologica>. Acesso em: 06 jan. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL. **II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 2016. (Atualizado para vigilância 2023). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/9h9p9f9p/>. Acesso em: 06 jan. 2026.

ANEXO A
LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA- 2026.

Doença/Agravo	Imediata MS	Imediata SES	Imediata SMS	Semanal
Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
Acidente de trabalho			X	
Acidente por animal peçonhento			X	
Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
Anomalias congênitas				X
Botulismo	X	X	X	
Câncer relacionado ao trabalho				X
Cólera	X	X	X	
Coqueluche		X	X	
Covid-19	X	X	X	

CLIQUENFERMAGEM

IMEDIATA = ATÉ 24 HORAS



Doença/Agravo	Imediata MS	Imediata SES	Imediata SMS	Semanal
Dengue – casos				X
Dengue – óbitos	X	X	X	
Dermatoses ocupacionais				X
Difteria		X	X	
Distúrbio de voz relacionado ao trabalho				X
Doença de Chagas aguda		X	X	
Doença de Chagas crônica				X
Doença de Creutzfeldt-Jakob				X
Doença falciforme				X
Doença invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>		X	X	

CLIQUENFERMAGEM

IMEDIATA = ATÉ 24 HORAS



Doença/Agravo	Imediata MS	Imediata SES	Imediata SMS	Semanal
Doença meningocócica e outras meningites		X	X	
Doenças com suspeita de disseminação intencional (a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Varíola)	X	X	X	
Doenças febris hemorrágicas emergentes (a. Arenavírus b. Ebola c. Marburg d. Lassa e. Febre purpúrica brasileira)	X	X	X	
Doença aguda pelo vírus Zika				X
Zika em gestante		X	X	
Óbito suspeito por Zika	X	X	X	
Síndrome congênita do Zika				X
Esporotricose humana				X
Esquistossomose				X
Evento de Saúde Pública (ESP)	X	X	X	

CLIQUENFERMAGEM

IMEDIATA = ATÉ 24 HORAS



Doença/Agravo	Imediata MS	Imediata SES	Imediata SMS	Semanal
Eventos adversos graves pós-vacinação	X	X	X	
Febre Amarela	X	X	X	
Febre de Chikungunya				X
Chikungunya fora de área de transmissão	X	X	X	
Óbito suspeito por Chikungunya	X	X	X	
Febre do Nilo Ocidental	X	X	X	
Febre maculosa	X	X	X	
Febre tifoide		X	X	
Hanseníase				X
Hantavirose	X	X	X	

Doença/Agravo	Imediata MS	Imediata SES	Imediata SMS	Semanal
Hepatites virais				X
Infecção por HBV em gestante/criança exposta				X
HIV/AIDS				X
HIV em gestante/criança exposta				X
HIV				X
HTLV				X
Influenza humana por novo subtipo	X	X	X	
Intoxicação exógena				X
Leishmaniose tegumentar				X
Leishmaniose visceral				X
Leptospirose			X	

CLIQUENFERMAGEM

IMEDIATA = ATÉ 24 HORAS



Doença/Agravo	Imediata MS	Imediata SES	Imediata SMS	Semanal
LER/DORT				X
Malária (região amazônica)				X
Malária extra-amazônica	X	X	X	
Monkeypox	X	X	X	
Óbito infantil				X
Óbito materno				X
Perda auditiva relacionada ao trabalho				X
Pneumoconioses relacionadas ao trabalho				X
Peste	X	X	X	
Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
Raiva humana	X	X	X	
Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à covid-19	X	X	X	

CLIQUENFERMAGEM

IMEDIATA = ATÉ 24 HORAS



Doença/Agravo	Imediat a MS	Imediat a SES	Imediata SMS	Semanal
Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à covid- 19	X	X	X	
Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associada a Coronavírus a. SARSCoV b. MERS- CoV c. SARS-CoV-2	X	X	X	
Síndrome Gripal suspeita de covid-19	X	X	X	
Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
Toxoplasmose gestacional e congenita				X
Transtornos mentais relacionados ao trabalho				X
Tuberculose				X
Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
Violência doméstica e/ou outras violências				X
Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

CLIQUENFERMAGEM

IMEDIATA = ATÉ 24 HORAS



ANEXO B

POP. VE. 001 – FICHA DE INVESTIGAÇÃO ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE INVESTIGAÇÃO		ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO		
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO		
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data do Atendimento
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito	20 Bairro
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	28 (DDD) Telefone
Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico			
	33 Localização			
Tratamento Atual	34 Ferimento			
	35 Tipo de Ferimento			
	36 Data da Exposição			
37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ?				
38 Se Houve, quando foi concluído?				
39 Nº de Doses Aplicadas				
40 Espécie do Animal Agressor				
41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento				
42 Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato)				
43 Tratamento Indicado				
44 Vacina				
45 Laboratório Produtor Vacina				
46 Número do Lote				
47 Data do Vencimento				

Tratamento Atual	47 Datas das Aplicações da Vacina (dia e mês)				
	Data da 1ª dose	Data da 2ª dose	Data da 3ª dose	Data da 4ª dose	Data da 5ª dose
	48 Condição Final do Animal (após período de observação) ☐ 1 - Negativo para Raiva (Clínica) 2 - Negativo para Raiva (Laboratório) 3 - Positivo para Raiva (Clínica) 4 - Positivo para Raiva (Laboratório) 5 - Morto/ Sacrificado/ Sem Diagnóstico 9 - Ignorado				
	49 Houve Interrupção do Tratamento ☐ 1 - Sim 2 - Não		50 Qual o Motivo da Interrupção ☐ 1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência		
	51 Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente ☐ 1 - Sim 2 - Não			52 Evento Adverso à Vacina ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	53 Indicação do Soro Anti-Rábico ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		54 Peso do Paciente Kg. 55 Quantidade de Soro Aplicada ml 1 - Heterólogo 2 - Homólogo		
	56 Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s) ☐ 1 - Sim 2 - Não ☐ Total ☐ Parcial		57 Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico ☐ 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (Especificar) _____		
	58 Número da Partida		59 Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		60 Data do Encerramento do Caso
	Observações: 				
	Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde
Nome		Função		Assinatura	
Atendimento Anti-Rabico Humano			Sinan Net		SVS 27/09/2005

ANEXO C

POP. VE. 002 – FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO		Nº
ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS				
CASO CONFIRMADO: Paciente com evidências clínicas de envenenamento, específicas para cada tipo de animal, independentemente do animal causador do acidente ter sido identificado ou não. Não há necessidade de preenchimento da ficha para casos suspeitos.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS		Código (CID10) X 29
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade			
	15 Número do Cartão SUS			
Dados de Residência	16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa,...)	
Antecedentes Epidemiológicos	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
	30 País (se residente fora do Brasil)			
Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Data do Acidente			
	34 UF		35 Município de Ocorrência do Acidente:	
	36 Localidade de Ocorrência do Acidente:		Código (IBGE)	
Dados Clínicos	37 Zona de Ocorrência		38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento	
	39 Local da Picada		40 Manifestações Locais	
	41 Se Manifestações Locais Sim, especificar:		42 Manifestações Sistêmicas	
	43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar:		44 Tempo de Coagulação	
Dados do Acidente	45 Tipo de Acidente		46 Serpente - Tipo de Acidente	
	47 Aranha - Tipo de Acidente		48 Lagarta - Tipo de Acidente	

Animais Peçonhentos

Sinan Net

SVS

19/01/2006

Tratamento	49 Classificação do Caso 1 - Leve 2 - Moderado 3 - Grave 9 - Ignorado ☐	50 Soroterapia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐
	51 Se Soroterapia Sim, especificar número de ampolas de soro:	
	Antibotrópico (SAB)	Anticrotático (SAC)
	Antibotrópico-lauético (SABL)	Antielapídico (SAE)
Antibotrópico-crotático (SABC)	Antiescorpiônico (SAEs)	Antiaracnídico (SAAr)
Antiloxoscélico (SALox)	Antilônômico (SALon)	
52 Complicações Locais ☐	53 Se Complicações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	☐ Infecção Secundária ☐ Necrose Extensa ☐ Síndrome Compartimental ☐ Déficit Funcional ☐ Amputação	
54 Complicações Sistêmicas ☐	55 Se Complicações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	☐ Insuficiência Renal ☐ Insuficiência Respiratória / Edema Pulmonar Agudo ☐ Septicemia ☐ Choque	
Conclusão	56 Acidente Relacionado ao Trabalho 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado ☐	57 Evolução do Caso ☐
	1-Cura ☐ 3-Óbito por outras causas ☐ 2-Óbito por acidentes por animais peçonhentos ☐ 9-Ignorado ☐	58 Data do Óbito
		59 Data do Encerramento

Acidentes com animais peçonhentos: manifestações clínicas, classificação e soroterapia			
Tipo	Manifestações Clínicas	Tipo Soro	Nº ampolas
OFIDISMO	Botrópico <i>jararaca</i> <i>jararacuçu</i> <i>urutu</i> <i>caicaca</i>	SAB	2 - 4
	Leve: dor, edema local e equimose discreto		4 - 8
	Moderado: dor, edema e equimose evidentes, manifestações hemorrágicas discretas		12
	Grave: dor e edema intenso e extenso, bolhas, hemorragia intensa, oligoanúria, hipotensão	SAC	5
	Leve: ptose palpebral, turvação visual discretos de aparecimento tardio, sem alteração da cor da urina, mialgia discreta ou ausente		10
	Moderado: ptose palpebral, turvação visual discretos de início precoce, mialgia discreta, urina escura		20
ESCORPIONISMO	Grave: ptose palpebral, turvação visual evidentes e intensos, mialgia intensa e generalizada, urina escura, oligúria ou anúria	SABL	10
	Lauético <i>surucuru</i> <i>pico-de-jaca</i>		20
	Moderado: dor, edema, bolhas e hemorragia discreta		10
	Grave: dor, edema, bolhas, hemorragia, cólicas abdominais, diarreia, bradicardia, hipotensão arterial	SAEL	10
	Elapídico <i>coral verdadeira</i>		---
	Leve: dor, eritema e parestesia local		2 - 3
ARANISMO	Escorpiônico <i>escorpião</i>	SAEsc ou SAA	4 - 6
	Moderado: sudorese, náuseas, vômitos ocasionais, taquicardia, agitação e hipertensão arterial leve		---
	Grave: vômitos profusos e incoercíveis, sudorese profusa, prostração, bradicardia, edema pulmonar agudo e choque		5
	Loxoscélico <i>aranha-marrom</i>	SAA ou SALox	10
	Leve: lesão incaracterística sem aranha identificada		---
	Moderado: lesão sugestiva com equimose, palidez, eritema e edema enduredo local, cefaleia, febre, exantema		2 - 4
LONONIA	Grave: lesão característica, hemólise intravascular	SAA	5 - 10
	Foneutrismo <i>aranha-armadeira</i> <i>aranha-da-banana</i>		---
	Leve: dor local		5
	Moderado: sudorese ocasional, vômitos ocasionais, agitação, hipertensão arterial	SALon	10
	Grave: sudorese profusa, vômitos frequentes, priapismo, edema pulmonar agudo, hipotensão arterial		---
	taturana <i>oruga</i>		---
	Leve: dor, eritema, adenomegalia regional, coagulação normal, sem hemorragia		
	Moderado: alteração na coagulação, hemorragia em pele e/ou mucosas		
	Grave: alteração na coagulação, hemorragia em vísceras, insuficiência renal		

Informações complementares e observações			
Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necropsia, etc.)			
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
Nome	Função	Assinatura	
Animais Peçonhentos	Sinan Net	SVS 19/01/2006	

ANEXO D

POP. VE. 003 FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

Nº

Definição de caso: São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa (acidentes de trajeto), podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal quanto no informal de trabalho. São considerados Acidentes de Trabalho Graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.

***Acidente de trabalho fatal:** é quando o acidente resulta em óbito imediatamente ou até 12 horas após sua ocorrência.

***Acidentes de trabalho com mutilações:** é quando o acidente ocasiona lesão (poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

***Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes:** é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Antecedentes Epidemiológicos	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
Dados Complementares do Caso	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho			

Antecedentes Epidemiológicos	33 Tempo de Trabalho na Ocupação			
	34 Local Onde Ocorreu o Acidente			
	35 Registro/ CNPJ ou CPF			
Dados da Empresa Contratante	36 Nome da Empresa ou Empregador			
	37 Atividade Econômica (CNAE)			
	38 UF			
Dados da Empresa Contratante	39 Município			
	40 Distrito			
	41 Bairro			
Dados da Empresa Contratante	42 Endereço			
	43 Número			
	44 Ponto de Referência			
Dados da Empresa Contratante	45 (DDD) Telefone			
	46 O Empregador é Empresa Terceirizada			
	47 O Empregador é Empresa Terceirizada			

Acidente de Trabalho Grave

Sinan Net

SVS

27/09/2005

Antecedentes Epidemiológicos	47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal		48 CNPJ da Empresa Principal	
	49 Razão Social (Nome da Empresa)			
Dados do Acidente	50 Hora do Acidente H (hora) M (minutos)		51 Horas Após o Início da Jornada H (hora) M (minutos)	
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente	Código (IBGE)	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98)
	55 Tipo de Acidente 1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
	57 Se Sim, Quantos		CID 10	
Dados do Atendimento Médico	58 Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		59 Data do Atendimento	
	60 UF		61 Município do Atendimento	
	Código (IBGE)		62 Nome da U. S de Atendimento	
	Código		63 Partes do Corpo Atingidas	
Conclusão	64 Diagnóstico da Lesão CID 10		65 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado	
	66 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Incapacidade temporária 3 - Incapacidade parcial 4 - Incapacidade total permanente 5 - Óbito por acidente de trabalho grave 6 - Óbito por outras causas 7 - Outro 9 - Ignorado			
	67 Se Óbito, Data do Óbito		68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado	

Informações complementares e observações

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente

Outras informações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	
	Assinatura		Assinatura	

Acidente de Trabalho Grave

Sinan Net

SVS

27/09/2005

ANEXO E

POP. VE. 004 FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO

Definição de caso: Acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos ocorridos com os profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho, aonde os mesmos estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.

Os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3
	ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO		Z20.9	Data do Notificação	
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7
	Data do Acidente		8		
	Nome do Paciente		9		
	Data de Nascimento		10		
Dados de Residência	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12	Gestante
	13	Raça/Cor		14	
	Escolaridade		15		
	Número do Cartão SUS		16		
Dados Complementares do Caso	17	UF		18	Município de Residência
	Código (IBGE)		19		
	Distrito		20		
	Bairro		21		
Antecedentes Epidemiológicos	22	Número		23	Complemento (apto., casa, ...)
	24	Geo campo 1		25	
	Geo campo 2		26		
	Ponto de Referência		27		
Antecedentes Epidemiológicos	28	(DDD) Telefone		29	Zona
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30		
	Pais (se residente fora do Brasil)		31		
	Ocupação		32		
Antecedentes Epidemiológicos	Situação no Mercado de Trabalho		33		
	01 - Empregado registrado com carteira assinada 02 - Empregado não registrado 03 - Autônomo/ conta própria 04 - Servidor público estatutário 05 - Servidor público celetista 06 - Aposentado 07 - Desempregado 08 - Trabalho temporário 09 - Cooperativado 10 - Trabalhador avulso 11 - Empregador 12 - Outros 99 - Ignorado		Tempo de Trabalho na Ocupação		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		34		
	Registro/ CNPJ ou CPF		35		
Antecedentes Epidemiológicos	Nome da Empresa ou Empregador		36		
	Atividade Econômica (CNAE)		37		
	UF		38		
	Município		39		
Antecedentes Epidemiológicos	Código (IBGE)		40		
	Bairro		41		
	Endereço		42		
	Número		43		
Antecedentes Epidemiológicos	Ponto de Referência		44		
	(DDD) Telefone		45		
	O Empregador é Empresa Terceirizada		46		
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		47		

Acidente de trabalho com exposição à material biológico

Sinan Net

SVS

27/09/2005

Acidente com material biológico	46 Tipo de Exposição ☐ Percutânea ☐ Pele íntegra ☐ Outros _____ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Mucosa (oral/ ocular) ☐ Pele não íntegra			
	47 Material orgânico 1-Sangue 2-Líquor 3-Líquido pleural 4-Líquido ascítico 9-Ignorado ☐ 5-Líquido amniótico 6-Fluido com sangue 7-Soro/plasma 8-Outros: _____			
	48 Circunstância do Acidente ☐ ☐ 01 - Administ. de medicação endovenosa 09 - Lavanderia 02 - Administ. de medicação intramuscular 10 - Lavagem de material 03 - Administ. de medicação subcutânea 11 - Manipulação de caixa com material perfurocortante 04 - Administ. de medicação intradérmica 12 - Procedimento cirúrgico 05 - Punção venosa/arterial para coleta de sangue 13 - Procedimento odontológico 06 - Punção venosa/arterial não especificada 14 - Procedimento laboratorial 07 - Descarte inadequado de material perfurocortante 15 - Dextro em saco de lixo 16 - Reescape 08 - Descarte inadequado de material perfurocortante 98 - Outros em bancada, cama, chão, etc... 99 - Ignorado			
	49 Agente ☐ 1-Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 4 - Vidros 5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros 9 - Ignorado			
	50 Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ LUVA ☐ Avental ☐ Óculos ☐ Máscara ☐ Proteção facial ☐ Bota			
Conclusão	51 Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses) ☐ 1-Vacinado 2-Não vacinado 9-Ignorado		52 Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO) 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado ☐ Anti-HIV ☐ HbsAg ☐ Anti-HBs ☐ Anti-HCV	
	Dados do Paciente Fonte (no momento do acidente) 53 Paciente Fonte Conhecida? ☐ 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado		54 Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos? 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4 - Não Realizado 9-Ignorado ☐ Hbs Ag ☐ Anti-HBc ☐ Anti-HIV ☐ Anti-HCV	
	55 Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Sem indicação de quimioprofilaxia ☐ AZT+3TC+Indinavir ☐ Vacina contra hepatite B ☐ Recusou quimioprofilaxia indicada ☐ AZT+3TC+Nelfinavir ☐ Outro Esquema de ARV Especifique _____ ☐ AZT+3TC ☐ Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)			
	56 Evolução do Caso ☐ 1-Alta com conversão sorológica (Especificar vírus: _____) 2-Alta sem conversão sorológica 3-Alta paciente fonte negativo 4- Abandono 5- Óbito por acidente com exposição à material biológico 6- Óbito por Outra Causa 9- Ignorado			
	57 Se Óbito, Data _____		58 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho ☐ 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado	
Informações complementares e observações				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	
Acidente de trabalho com exposição à material biológico		Sinan Net	SVS 27/09/2005	

ANEXO F POP. VE. 005 FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19


MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica 16/08/2021

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

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

IDENTIFICAÇÃO			
Município de Notificação:		UF de notificação:	Data da Notificação:
Tem CPF? (Marcar X)	Estrangeiro: (Marcar X)	Profissional de saúde: (Marcar X)	Profissional de segurança: (Marcar X)
☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
CPF:	CNS:	Passaporte:	
Ocupação (CBO):			
Nome Completo:			
Nome Completo da Mãe:			
Data de nascimento:	País de origem:		
Sexo: (Marcar X)	Raça/Cor: (Marcar X)	Se indígena, informar etnia:	
☐ Masculino ☐ Feminino	☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Ignorado		
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual?			
Estado de residência:	Município de Residência:	CEP:	
Logradouro:	Número:	Bairro:	
Complemento:			
Telefone 1:	Telefone 2:		
E-mail:			

ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM			
Estratégia: (Marcar X)	☐ Diagnóstico assistencial (sintomático)	☐ Busca ativa de assintomático	☐ Triagem de população específica
Se busca ativa de assintomático: (Marcar X)	☐ Monitoramento de contatos	Se triagem de população específica: (Marcar X)	☐ Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos
	☐ Investigação de surtos		☐ Profissionais de saúde
	☐ Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena)		☐ Gestantes e puérperas
	☐ Outro:		☐ Povos e comunidades tradicionais
Local de realização da testagem: (Marcar X)	☐ Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.)	☐ Local de trabalho	☐ Aeroporto
	☐ Farmácia ou drogaria	☐ Escola	☐ Domicílio ou comunidade
	☐ Outro:		

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS			
Sintomas: (Marcar X)	☐ Assintomático ☐ Febre ☐ Dor de Garganta ☐ Dispneia ☐ Tosse ☐ Coriza		
	☐ Dor de Cabeça ☐ Distúrbios gustativos ☐ Distúrbios olfativos ☐ Outros		
Data do início dos sintomas:			
Condições: (Marcar X)	☐ Doenças cardíacas crônicas ☐ Diabetes		
	☐ Doenças respiratórias crônicas descompensadas ☐ Puérpera (até 45 dias do parto) ☐ Gestante		
	☐ Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) ☐ Imunossupressão ☐ Obesidade		
	☐ Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica ☐ Outros		
Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.			
Recebeu vacina Covid-19? (Marcar X)	Se recebeu vacina Covid-19, informar:	Dose	Data da vacinação
☐ Sim ☐ Não		1ª dose	
		2ª dose	
		Laboratório produtor da vacina	Lote da vacina

EXAMES LABORATORIAIS			
Tipo de teste	Estado do teste	Data da coleta	Resultado
RT-PCR	☐ Solicitado ☐ Coletado ☐ Concluído ☐ Não Solicitado		☐ Não detectável ☐ Detectável ☐ Inconclusivo ou Indeterminado
RT-LAMP	☐ Solicitado ☐ Coletado ☐ Concluído ☐ Não Solicitado		☐ Não detectável ☐ Detectável ☐ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgA	☐ Solicitado ☐ Coletado ☐ Concluído ☐ Não Solicitado		☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgM	☐ Solicitado ☐ Coletado ☐ Concluído ☐ Não Solicitado		☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgG	☐ Solicitado ☐ Coletado ☐ Concluído ☐ Não Solicitado		☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico – anticorpos totais	☐ Solicitado ☐ Coletado ☐ Concluído ☐ Não Solicitado		☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgM	☐ Solicitado ☐ Coletado ☐ Concluído ☐ Não Solicitado		☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgG	☐ Solicitado ☐ Coletado ☐ Concluído ☐ Não Solicitado		☐ Não reagente ☐ Reagente ☐ Inconclusivo ou Indeterminado

e-SUS Notifica – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE COVID-19 COM RASTREAMENTO DE CONTATOS

16/08/2021

Av. Marcos Parente, 1071 – Centro – Cristino Castro/PI

CEP: 64920-000 – CNPJ: 00.922.402/0001-43

Site: <https://cristinocastro.pi.gov.br/>

E-mail: saudepmcc2021@gmail.com

[illegible]

ANEXO G

POP. VE. 006 FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Nº

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

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		Código (CID10) A 90 A 92		3 Data da Notificação	
	4 UF		5 Município de Notificação		Código (IBGE)		6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	
	7 Data dos Primeiros Sintomas		8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		10 (ou) Idade	
Notificação Individual	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		17 UF		18 Município de Residência	
	19 Distrito		20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		22 Número	
Dados de Residência	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
	27 CEP		28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Data da Investigação		32 Ocupação		33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não		34 Doenças pré-existentes 1-Sim 2- Não 9-Ignorado	
Dados clínicos	35 Febre		36 Cefaleia		37 Vômito		38 Dor nas costas	
	39 Mialgia		40 Exantema		41 Náuseas		42 Conjuntivite	
	43 Artrite		44 Artralgia intensa		45 Petéquias		46 Leucopenia	
Dados laboratoriais	47 Prova do laço positiva		48 Dor retroorbital		49 Sorologia (IgM) Chikungunya		50 Exame PRNT	
	51 Sorologia (IgM) Dengue		52 Exame NS1		53 RT-PCR		54 Imunohistoquímica	
	55 Histopatologia		56 Imunohistoquímica		57 Sorotipo		58 Histopatologia	

Chikungunya/Dengue

Sinan Online

SVS 14/03/2016

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

ANEXO H

POP. VE. 007 FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO ZICA VIRUS

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	19 Distrito	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
Conclusão	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Data da Investigação		
	32 Classificação Final		
	33 Critério de Confirmação/Descarte		
Conclusão	Local Provável da Fonte de Infecção		
	34 O caso é autóctone do município de residência?		
	35 UF		
	36 País		
Conclusão	37 Município		
	38 Distrito		
	39 Bairro		
	40 Doença Relacionada ao Trabalho		
41 Evolução do Caso			
42 Data do Óbito			
43 Data do Encerramento			
Informações complementares e observações			
Observações adicionais			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura
Notificação/conclusão		Sinan NET	SVS 27/09/2005

ANEXO I

POP. VE. 008 FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **HANSENÍASE**

Nº

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		HANSENÍASE		
	3	Código (CID10)	A 30.9			
	4	UF	5	Município de Notificação	6	Código (IBGE)
Notificação Individual	7	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	8	Código	9	Data do Diagnóstico
	10	Nome do Paciente		11		
	12	(ou) Idade	13	Sexo M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ 1 - Ignorado	14	Gestante
	15	1 - Branco 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	16			
Dados de Residência	17	18	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28
	29	30	31	32	33	34
	35	36	37	38	39	40
Dados Complementares do Caso						
Dados Clínicos	41	42	43	44	45	46
	47	48	49	50	51	52
Atendimento	53	54	55	56	57	58
	59	60	61	62	63	64
Dados Lab.	65	66	67	68	69	70
	71	72	73	74	75	76
Tratamento	77	78	79	80	81	82
	83	84	85	86	87	88
Med. Contr.	89	90	91	92	93	94
	95	96	97	98	99	100
Observações adicionais:						
Investigador	101	102	103	104	105	106
	107	108	109	110	111	112

ANEXO J

POP. VE. 009 FICHA DE INVESTIGAÇÃO HEPATITES VIRAIS

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO HEPATITES VIRAIS

Nº

Suspeita clínica/bioquímica:

- Sintomático icterico:
- Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal.
- Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.
- Sintomático anictérico:
- Indivíduo sem icterícia, com um ou mais sintomas (febre, mal estar, náusea, vômitos, mialgia) e valor aumentado das aminotransferases.
- Assintomático:
- Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (hemodíalise, acidente ocupacional, transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos/odontológicos/colocação de "piercing"/tatuagem com material contaminado, uso de drogas com compartilhamento de instrumentos).
- Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso índice.
- Indivíduo com alteração de aminotransferases igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas.

Suspeito com marcador sorológico reagente:

- Doador de sangue:
- Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes de hepatite B e C.
- Indivíduo assintomático com marcador: reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	HEPATITES VIRAIS		B 19	
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14 Escolaridade			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
Antecedentes Epidemiológicos	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
31 Data da Investigação				
32 Ocupação				
33 Suspeita de:				
34 Tomou vacina para:				
35 Institucionalizado em				
36 Agravos associados				
37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC				

Antecedentes Epidemiológicos	38 O paciente foi submetido ou exposto a 1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 9 - Ignorado							
	☐ Medicamentos Injetáveis		☐ Tatuagem/Piercing		☐ Acidente com Material Biológico			
	☐ Drogas inaláveis ou Crack		☐ Acupuntura		☐ Transfusão de sangue /derivados			
	☐ Drogas injetáveis		☐ Tratamento Cirúrgico					
	☐ Água/Alimento contaminado		☐ Tratamento Dentário					
	☐ Três ou mais parceiros sexuais		☐ Hemodiálise					
	☐ Transplante		☐ Outras					
	39 Data do acidente ou transfusão ou transplante 							
	40 Local/ Município da Exposição (para suspeita de Hepatite A - local referenciado no campo 35) (para suspeita de Hepatite B/C - local de hemodiálise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)							
	UF		Município de exposição			Local de exposição		Fone
Dados Laboratoriais	41 Dados dos comunicantes							
	Nome	Idade D-Dias M-Meses A-Anos	Tipo de contato 1-Não sexual/domiciliar 2-Sexual/domiciliar 3-Sexual/não domiciliar 4-Uso de drogas 5-Outro 9-Ignorado	HBsAg 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HBc total 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HCV 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Indicado vacina contra Hepatite B 1-Sim 2-Não 3-Indivíduo já imune 9-Ignorado	Indicado Imunoglobulina humana anti hepatite B 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Conclusão	42 Paciente encaminhado de 1- Banco de sangue 2- Centro de Testagem e aconselhamento (CTA) 3- Não se aplica		43 Data da Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA 		44 Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA 1-Reagente 4-Não realizado ☐ HBsAg 2-Não reagente 9-Ignorado ☐ Anti HBc (Total) 3-Inconclusivo ☐ Anti-HCV			
	45 Data da Coleta da Sorologia 		46 Resultados Sorológicos/Virológicos 1 - Reagente/Positivo ☐ Anti-HAV - IgM ☐ Anti-HBs ☐ Anti -HDV - IgM 2 - Não Reagente/Negativo ☐ HBsAg ☐ HBeAg ☐ Anti -HEV - IgM 3 - Inconclusivo ☐ Anti-HBc IgM ☐ Anti-HBe ☐ Anti-HCV 4 - Não Realizado ☐ Anti -HBc (Total) ☐ Anti -HDV Total ☐ HCV-RNA					
	47 Genótipo para HCV 1-Genótipo 1 4-Genótipo 4 7-Não se aplica 2-Genótipo 2 5-Genótipo 5 9-Ignorado 3-Genótipo 3 6-Genótipo 6							
	48 Classificação final 1 - Confirmação laboratorial 2 - Confirmação clínico-epidemiológica 3 - Descartado 4 - Cicatriz Sorológica 8 - Inconclusivo		49 Forma Clínica 1 - Hepatite Aguda 2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático 3 - Hepatite Fulminante 4 - Inconclusivo		50 Classificação Etiológica 01- Vírus A 06- Vírus B e C 02- Vírus B 07- Vírus A e B 03- Vírus C 08- Vírus A e C 04- Vírus B e D 09- Não se aplica 05- Vírus E 99- Ignorado			
	51 Provável Fonte / Mecanismo de Infecção 01-Sexual 05-Acidente de trabalho 08-Tratamento cirúrgico 11-Alimento/água contaminada 02-Transfusional 06-Hemodiálise 09-Tratamento dentário 12-Outros _____ 03-Uso de drogas 07-Domiciliar 10-Pessoa/pessoa 99- Ignorado 04-Vertical							
	52 Data do Encerramento 							
Investigador	Município/Unidade de Saúde					Código da Unid. de Saúde		
	Nome				Função		Assinatura	
	Hepatites Virais				Sinan NET		SVS 29/09/2006	

ANEXO K

POP. VE. 010 FICHA DE INVESTIGAÇÃO INTOXICAÇÃO EXÓGENA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO INTOXICAÇÃO EXÓGENA

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	INTOXICAÇÃO EXÓGENA		T 65.9	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
Dados Complementares do Caso	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Situação no Mercado de Trabalho			
	01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12- Outros 99 - Ignorado			
	34 Local de ocorrência da exposição			
Dados da Exposição	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência		36 Atividade Econômica (CNAE)	
	37 UF	38 Município do estabelecimento	Código (IBGE)	39 Distrito
	40 Bairro	41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)		
	42 Número	43 Complemento (apto., casa, ...)	44 Ponto de Referência do estabelecimento	45 CEP
46 (DDD) Telefone		47 Zona de exposição	48 País (se estabelecimento fora do Brasil)	
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		

Intoxicação Exógena

SVS 27/09/2005

Av. Marcos Parente, 1071 – Centro – Cristino Castro/PI

CEP: 64920-000 – CNPJ: 00.922.402/0001-43

Site: <https://cristinocastro.pi.gov.br/>

E-mail: saudepmcc2021@gmail.com

Dados da Exposição	49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral ☐			
	01. Medicamento 05. Raticida 09. Produto químico de uso industrial 13. Alimento e bebida	02. Agrotóxico/uso agrícola 06. Produto veterinário 10. metal 14. Outro	03. Agrotóxico/uso doméstico 07. Produto de uso Domiciliar 11. Drogas de abuso 99. Ignorado	04. Agrotóxico/uso saúde pública 08. Cosmético/higiene pessoal 12. Planta tóxica
	50 Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular		Princípio Ativo	
	1 - _____		1 - _____	
	2 - _____		2 - _____	
	3 - _____		3 - _____	
Dados do Atendimento	51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização ☐			
	1. Inseticida 6. Preservante para madeira	2. Herbicida 7. Outro	3. Carrapaticida 8. Não se aplica	4. Raticida 9. Ignorado
	52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual			1ª Opção: ☐ 2ª Opção: ☐ 3ª Opção: ☐
	01- Diluição 02- Pulverização 03- Tratamento de sementes 04- Armazenagem	05- Colheita 06- Transporte 07- Desinfestação 08- Produção/formulação	09- Outros 10- Não se aplica 99- Ignorado	
	53 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura			
	54 Via de exposição/contaminação			1ª Opção: ☐ 2ª Opção: ☐ 3ª Opção: ☐
55 Circunstância da exposição/contaminação ☐				
01- Uso Habitual 02- Acidental 03- Ambiental 04- Uso terapêutico 05- Prescrição médica inadequada 06- Erro de administração 07- Automedicação 08- Abuso 09- Ingestão de alimento ou bebida 10- Tentativa de suicídio 11- Tentativa de aborto 12- Violência/homicídio 13- Outra: _____ 99- Ignorado				
56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		57 Tipo de Exposição ☐ 1 - Aguda - única 2 - Aguda - repetida 3 - Crônica 4 - Aguda sobre Crônica 9 - Ignorado		
58 Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento ☐ 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado				
Conclusão do Caso	59 Tipo de atendimento ☐ 1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial 3 - Domiciliar 4 - Nenhum 9 - Ignorado		60 Houve hospitalização? ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	61 Data da internação		62 UF	
	63 Município de hospitalização		64 Unidade de saúde	
	65 Classificação final ☐ 1 - Intoxicação confirmada 2 - Só Exposição 3 - Reação Adversa 4 - Outro Diagnóstico 5 - Síndrome de abstinência 9 - Ignorado			
66 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico ☐ CID - 10				
67 Critério de confirmação ☐ 1 - Clínico laboratorial 2 - Clínico epidemiológico		68 Evolução do Caso ☐ 1 - Cura sem sequelas 2 - Cura com sequelas 3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa 5 - Perda de seguimento 9 - Ignorado		
69 Data do óbito		70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. ☐ 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		
		71 Data do Encerramento		
Informações complementares e observações				
Observações:				
_____ _____ _____				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	
Intoxicação Exógena		SVS 27/09/2005		

ANEXO L

POP. VE. 011 FICHA DE INVESTIGAÇÃO LEISHMANIOSE VISCERAL

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO LEISHMANIOSE VISCERAL

Nº

CASO SUSPEITO:

Todo indivíduo proveniente de área com ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia.
Todo indivíduo proveniente de área sem ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, desde que descartado os diagnósticos diferenciais mais frequentes na região.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	LEISHMANIOSE VISCERAL	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (CID10) B 5 5.0
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
Dados de Residência	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)
Dados Complementares do Caso	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Código
	23 Número	24 Complemento (apto., casa, ...)	25 Geo campo 1
	26 Geo campo 2	27 Ponto de Referência	28 CEP
Antec. Epidem.	29 (DDD) Telefone	30 Zona	31 País (se residente fora do Brasil)
	32 Data da Investigação	33 Ocupação	
	34 Manifestações Clínicas (sinais e sintomas)	35 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Dados Clínicos	36 Febre	37 Emagrecimento	38 Aumento do Baço
	39 Fraqueza	40 Tosse e/ou diarreia	41 Quadro infeccioso
	42 Edema	43 Palidez	44 Fenômenos hemorrágicos
Dados Labor. /Class. do caso	45 Co - infecção HIV	46 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	47 Diagnóstico Parasitológico	48 Diagnóstico Imunológico	49 Tipo de Entrada
	50 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado	51 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado	52 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Transferência 9 - Ignorado
Tratamento	53 Data do Início do Tratamento	54 Droga Inicial Administrada	55 1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamidina 4 - Anfotericina b lipossomal 5 - Outras 6 - Não Utilizada
	56 Peso	57 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb ⁺ 5	58 Nº Total de Ampolas Prescritas
	59 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial	60 1 - Anfotericina b 2 - Anfotericina b lipossomal 3 - Outras 4 - Não se Aplica	

Leishmaniose Visceral

Sinan NET

SVS

27/09/2005

Av. Marcos Parente, 1071 – Centro – Cristino Castro/PI

CEP: 64920-000 – CNPJ: 00.922.402/0001-43

Site: <https://cristinocastro.pi.gov.br/>

E-mail: saudepmcc2021@gmail.com

Conclusão	44	Classificação Final	☐	45	Critério de Confirmação	☐	
	1 - Confirmado 2 - Descartado			1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico			
	Local Provável da Fonte de Infecção						
	46	O caso é autóctone do município de residência?	☐	47	UF	48	País
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado						
49	Município	Código (IBGE)	50	Distrito	51	Bairro	
52	Doença Relacionada ao Trabalho	☐	53				Evolução do Caso
1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado			1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por LV 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência				
54	Data do Óbito	55	Data do Encerramento				

Informações complementares e observações

Deslocamento (datas e locais frequentados no período de seis meses anterior ao início dos sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte

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

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	Leishmaniose Visceral	Sinan NET	SVS 27/09/2005

ANEXO M

POP. VE. 012 FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA		Nº
Definição de caso:				
Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis ^a não tratada ou tratada de forma não adequada ^{b,c} . a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3). b Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadram nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada. c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe. Situação 2^d: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: - Manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; - Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; - Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta ^e ; - Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal; - Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita. d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida. e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Situação 3: Evidência microbiológica ^f de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto. f Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	SÍFILIS CONGÊNITA		Código (CID10) 3 Data da Notificação
	4 UF 5 Município de Notificação			Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 12 Gestante 6 - Não se aplica 13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado			
Dados de Residência	14 Escolaridade 10 - Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe			
	17 UF 18 Município de Residência 19 Distrito			
Dados Complementares	20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) 22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1 25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP		
	28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)			
	31 Idade da mãe 32 Raça/cor da mãe 33 Ocupação da mãe			
Antecedentes Epid. da gestante / mãe	34 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 36 UF 37 Município de Realização do Pré-Natal	Código (IBGE)		
	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal	Código		
Dados do Lab. da gestante / mãe	39 Diagnóstico de sífilis materna 1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado			
	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado 41 Título 1:	42 Data		
	43 Teste treponêmico no parto/curetagem 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado			
Trat. da gestante / mãe	44 Esquema de tratamento 1 - Adequado 2 - Inadequado 3 - Não realizado 9 - Ignorado	45 Data do Início do Tratamento		46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	Sífilis Congênita Sinan NET SVS 04/08/2008			

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
Dados do Laboratório da Criança	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico			51 Título 1:	52 Data
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				
	53 Teste treponêmico (após 18 meses)				54 Data
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado				
	55 Teste não treponêmico - Líquor			56 Título 1:	57 Data
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				
Dados Clínicos da Criança	58 Titulação ascendente			59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i>	
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
	60 Alteração Líquórica			61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos	
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
Tratamento	62 Diagnóstico Clínico			63 Presença de sinais e sintomas	
	1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado			1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado Icterícia Anemia Esplenomegalia Osteocondrite Outro Rinite muco-sanguinolenta Hepatomegalia Lesões Cutâneas Pseudoparalisia	
Evolução	64 Esquema de tratamento			66 Data do Óbito	
	1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado				
65 Evolução do Caso					
1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado					
Observações Adicionais:					
Investigador	Município / Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde	
	Nome			Assinatura	
Função					

OBSERVAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. Em caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora.

43 e 53 - FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de hemaglutinação para *Treponema pallidum*), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado à enzima), teste imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações, TPPA (Ensaio de aglutinação passiva de partículas para *Treponema pallidum*), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o diagnóstico da sífilis em gestantes e crianças maiores de 18 meses. O teste rápido, especialmente no momento do parto, é indicado como preferencial, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

Esquema de Tratamento Inadequado:

É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou: tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado ao estágio clínico da sífilis; ou tratamento iniciado com menos de 30 dias antes do parto.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses. Resultados reagentes em testes realizados em amostras de criança com idade inferior a 18 meses devem ser sempre analisados juntamente com os resultados

dos testes executados em amostra da mãe, pois é necessário considerar a possibilidade de transferência de anticorpos IgG maternos ao feto.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

60 - Alteração líquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 20 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

Sífilis Congênita

Sinan NET

SVS

04/08/2008

ANEXO N

POP. VE. 013 FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE

Nº

Definição de caso:

Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.

Situação 2 - Mulher sintomática^a para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.

^a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.

Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.

* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	SÍFILIS EM GESTANTE		O98.1	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16 Nome da mãe		17 UF	
	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
Dados Complementares do Caso	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Ocupação	
Ant. epid. gestante	32 UF		33 Município de realização do Pré-Natal	
	Código (IBGE)		34 Unidade de realização do pré-natal: Código	
	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL		36 Classificação Clínica	
	37 Resultado dos Exames		38 Título	
Dados laboratoriais	39 Data		40 Teste treponêmico no pré-natal	
	1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado	
	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante		42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante	
	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro		44 Sifilis em oestante	
	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado		Sinan NET	
	SVS		29/09/2008	

Ant. epidemiológicos da parceria sexual	44	Motivo para o não tratamento do Parceiro		☐
	1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.			
	2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.			
	3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.			
	4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.			
	5 - Parceiro com sorologia não reagente.			
6 - Outro motivo: _____				
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura	
Sífilis em gestante		Sinan NET	SVS	29/09/2008

ANEXO O

POP. VE. 015 FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE

Nº

CRITÉRIO LABORATORIAL - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose.
CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	TUBERCULOSE	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	14 Escolaridade	13 Raça/Cor	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
Dados Complementares do Caso	31 N° do Prontuário		
	32 Tipo de Entrada		
	33 Populações Especiais		
	34 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo		
	35 Forma		
	36 Se Extrapulmonar		
	37 Doenças e Agravos Associados		
	38 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)		
	39 Radiografia do Tórax		
	40 HIV		
	41 Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB		
	42 Histopatologia		
43 Cultura			
44 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB)			
45 Teste de Sensibilidade			
46 Data de Início do Tratamento Atual			
47 Total de Contatos Identificados			
Município/Unidade de Saúde			
Cód. da Unid. de Saúde			
Nome			
Função			
Assinatura			
Tuberculose			
Sinan NET			
SVS 02/10/2014			

ANEXO P

POP. VE. 016 E 017 FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		3 Data da notificação	
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA				Código (CID10) Y09	
	4 UF	5 Município de notificação				Código (IBGE)
	6 Unidade Notificadora ☐ 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros					
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora				Código Unidade	
	8 Unidade de Saúde				Código (CNES)	
	10 Nome do paciente				11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade ☐ 1- Hora ☐ 2- Dia ☐ 3- Mês ☐ 4- Ano		13 Sexo ☐ M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ I - Ignorado		14 Gestante ☐ 1-1º Trimestre ☐ 2-2º Trimestre ☐ 3-3º Trimestre ☐ 4- Idade gestacional ignorada ☐ 5- Não ☐ 6- Não se aplica ☐ 9- Ignorado	
Dados de Residência	16 Escolaridade ☐ 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica				15 Raça/Cor ☐ 1- Branca ☐ 2- Preta ☐ 3- Amarela ☐ 4- Parda ☐ 5- Indígena ☐ 9- Ignorado	
	17 Número do Cartão SUS				18 Nome da mãe	
	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
Dados da Pessoa Atendida	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona ☐ 1 - Urbana ☐ 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)	
	33 Nome Social					
Dados da Ocorrência	34 Ocupação				35 Situação conjugal / Estado civil ☐ 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	36 Orientação Sexual ☐ 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) ☐ 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: ☐ 1-Travesti 2-Mulher Transexual ☐ 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado			
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? ☐ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno? ☐ 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado			
	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)	
Dados da Ocorrência	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
	49 Ponto de Referência		50 Zona ☐ 1 - Urbana ☐ 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52 Local de ocorrência ☐ 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
54 A lesão foi autoprovocada? ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado					
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Intervenção legal ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Outros _____ ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Trabalho infantil					
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/ espancamento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/ Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento, Intoxicação					
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros _____					
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei					
	60 Número de envolvidos 1- Um ☐ 2- Dois ou mais ☐ 9- Ignorado ☐ 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros _____ ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)					
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino ☐ 2- Feminino ☐ 3- Ambos os sexos ☐ 9- Ignorado ☐ 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim ☐ 2- Não ☐ 9- Ignorado ☐ 64 Ciclo de vida do provável autor da violência: ☐ 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado					
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente					
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho ☐ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) ☐ 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____					
	69 Data de encerramento _____					
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____						
Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Disque Direitos Humanos 100</td> </tr> </table>				Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100				
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____			
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____			
Violência interpessoal/autoprovocada _____ Sinan _____ SVS 15.06.2015						

ANEXO Q

POP. VE. 018 FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

MIF

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil

Identificação de possível óbito materno

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1 Nome da falecida			
2 Nº da Declaração de Óbito		3 Data do óbito	
4 Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)		Nº	Compl.
Bairro	Distrito/Povoado	Local	☐ urbano ☐ rural
5 Município de residência			UF
6 Nº do Cartão SUS		7 Equipe/PACS/PSF	
8 Centro de Saúde/UBS		9 Distrito Sanitário/Administrativo	
OCORRÊNCIA			
10 Local de ocorrência do óbito			
Nome do estabelecimento		Código CNES	
11 Município de ocorrência			UF
IDENTIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO			
12 A falecida estava grávida no momento do óbito?		☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	
13 A falecida esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte?		☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	
Em caso positivo ou "não sabe" em qualquer das perguntas (12 e 13) acima deve-se prosseguir com a M3 – Ficha de Investigação do Óbito Materno – Entrevista domiciliar. Em caso negativo a Ficha de Investigação do Óbito com Causa Mal Definida e o formulário da Autópsia Verbal devem ser aplicados durante a entrevista domiciliar se a causa da morte for mal definida ou indeterminada.			
14 Resumo do caso – Anotar um breve resumo da doença ou situação que levou à morte, justificando a exclusão de óbito materno.			
15 Data da investigação			
16 Responsável pela investigação			
Nome		Carimbo e rubrica	

ANEXO R POP. VE. 019 FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Formulário 3.1 **AV3.1**

Autópsia Verbal

Pessoa com 10 anos e mais -
mulher em idade fértil

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Nº do Caso

Complemento da entrevista domiciliar

Este complemento deve ser aplicado ao(a) cuidador(a) da falecida, a pessoa que acompanhou a doença ou situação que levou à morte. Trata-se de uma sequência natural da Questão 51 da **Ficha de Investigação do Óbito Materno - Entrevista domiciliar (M3)** se uma das alternativas da Questão 12 da **Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil - Identificação de possível óbito materno (MIF)** estiver assinalada (causa mal definida) e se a mulher estava grávida no momento do óbito ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte.

1	Nome do(a) falecido(a)		
2	Nome da mãe		
3	Data de nascimento		4 Data do óbito
5	Idade	anos completos	
6	A Declaração de Óbito (DO) foi emitida? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe		
7	Possui Certidão de Óbito (emitida pelo cartório)? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe		
8	Local do sepultamento		
LOCAL DA ENTREVISTA			
9	Logradouro (Rua, Praça, Av, etc)		Nº Compl
	Bairro	Distrito / Povoado	Telefone
	Município	UF	Local ☐ urbano ☐ rural
	Ponto de Referência		
IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)			
10	Nome do(a) entrevistado(a)		
11	Qual sua relação com a falecida ☐ mãe ☐ pai ☐ irmão(ã) ☐ outro		
FATORES DE RISCO			
12	Tomava bebida alcoólica? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe		
12.1	Há quanto tempo? ☐ meses ☐ anos ☐ não sabe		
12.2	Com que frequência? ☐ vezes por ☐ (dia, semana, mês ou ano) ☐ não sabe		
13	Fumava? ☐ sim, ☐ cigarros ☐ charutos ☐ cachimbadas por ☐ (dia, semana, mês ou ano) ☐ não ☐ não sabe		
13.1	Há quanto tempo? ☐ meses ☐ anos ☐ não sabe		
14	Fazia uso de outras drogas (ex.: maconha, cocaína)? ☐ sim, ☐ ex-usuário ☐ não ☐ não sabe		
15	Sofreu algum ferimento/acidente/agressão? ☐ sim, ☐ não ☐ não sabe		
16	A pessoa faleceu devido a ferimento/acidente/violência? ☐ sim: passe à Questão 57 ☐ não: continue com a Questão 18		
SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE			
17	Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer? ☐ anos ☐ meses ☐ dias ☐ não sabe		

18	Teve febre?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
18.1	A febre era:	☐ continua	☐ ia e vinha	☐ não sabe
18.2	A febre era muito alta?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
18.3	Teve febre apenas à tarde e/ou à noite?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
18.4	Também teve calafrios e/ou arrepios?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
19	Perdeu peso durante a doença?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ quilos	☐ não
20	Estava muito fraca?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
21	Estava descorada e pálida (teve palidez)?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
22	Estava com os olhos fundos?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
23	Teve tosse?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
23.1	A tosse era frequente?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
23.2	Tossia somente quando estava deitada?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
23.3	Vomitava quando tossia?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
23.4	A tosse era produtiva com catarro?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
23.5	Tossia com sangue?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
23.6	Teve suor à tarde e/ou à noite?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
24	Teve falta de ar?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
24.1	A falta de ar impedia seus afazeres (atividades) diários ?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
24.2	Teve falta de ar quando estava deitada?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
24.3	Teve uma respiração asmática (piados, chiados)?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
25	Ficou arroxeada (cianótica) alguma vez?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
25.1	Onde?	☐ ao redor da boca	☐ nas mãos e nos pés	☐ no corpo todo
26	Teve dor no peito?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
26.1	Como começou?	☐ de repente	☐ gradualmente	☐ não sabe
26.2	Quanto tempo durava?	☐ menos de meia hora	☐ de meia hora a 24 horas	☐ mais de 24 horas
26.3	Onde era a dor?	☐ no peito à esquerda, abaixo das costelas ☐ no esterno (osso no meio do peito titela) ☐ no peito à esquerda e irradiava para o braço esquerdo ☐ não sabe ☐ no peito à direita		
26.4	A dor era:	☐ continua	☐ ia e vinha	☐ não sabe
26.5	Piorava quando tossia ou respirava?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
26.6	Piorava quando fazia esforço?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
26.7	Teve palpitações (sentia o coração acelerado) ao mesmo tempo?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe

26.8	Ficava pálida e suando?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
27	Teve dor em outro local do corpo?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
28	Teve diarreia?	☐ sim, por quanto tempo? _____		☐ não ☐ não sabe
28.1	A diarreia era:	☐ continua	☐ ia e vinha	☐ não sabe
28.2	Quantas vezes defecava no dia?	☐ _____ vezes		☐ não sabe
28.3	Em algum momento as fezes tinham sangue?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
28.4	As fezes pareciam borra de café?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
29	Vomitava?	☐ sim, por quanto tempo? _____		☐ não ☐ não sabe
29.1	Quantas vezes por dia?	☐ _____ vezes		☐ não sabe
29.2	Como era o vômito?	☐ líquido ou coagulado de cor vermelho vivo ☐ outra _____ ☐ líquido e cor de café		☐ não sabe
30	Teve dores de barriga/cólicas?	☐ sim, por quanto tempo? _____		☐ não ☐ não sabe
30.1	A dor/cólica era:	☐ continua	☐ ia e vinha	☐ não sabe
30.2	As dores de barriga/cólicas eram fortes?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
31	Teve a barriga inchada?	☐ sim, por quanto tempo? _____		☐ não ☐ não sabe
31.1	Com que rapidez o inchaço se desenvolveu?	☐ rapidamente (dias)	☐ gradualmente (meses)	☐ não sabe
31.1	Ficou sem evacuar?	☐ sim, por _____ dias		☐ não ☐ não sabe
32	Teve um volume endurecido ou caroço dentro da barriga?	☐ sim, por quanto tempo? _____		☐ não ☐ não sabe
32.1	Onde se localizava?	☐ parte superior direita da barriga ☐ parte inferior direita da barriga ☐ em toda a barriga ☐ parte superior esquerda da barriga ☐ parte inferior esquerda da barriga ☐ não sabe ☐ parte superior da barriga ☐ parte inferior da barriga		
33	Teve dificuldades ou dores ao engolir alimentos sólidos?	☐ sim, por quanto tempo? _____		☐ não ☐ não sabe
34	Teve dificuldades ou dores ao engolir líquidos?	☐ sim, por quanto tempo? _____		☐ não ☐ não sabe
35	Teve dores de cabeça?	☐ sim, por quanto tempo? _____		☐ não ☐ não sabe
35.2	A dor era:	☐ continua	☐ ia e vinha	☐ não sabe
35.3	As dores eram fortes?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
35.4	Vomitava quando tinha dores de cabeça?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
36	Esteve mentalmente confusa?	☐ sim, por quanto tempo? _____		☐ não ☐ não sabe
36.1	Como começou?	☐ de repente	☐ rapidamente (num dia)	☐ lentamente (muitos dias) ☐ não sabe
37	Chegou a ficar inconsciente (desacordada)?	☐ sim, por quanto tempo? _____		☐ não ☐ não sabe
37.1	Como começou?	☐ de repente	☐ rapidamente (num dia)	☐ lentamente (muitos dias) ☐ não sabe
38	Teve convulsões (ataque/epilepsia)?	☐ sim, por quanto tempo? _____		☐ não ☐ não sabe

39	Teve o pescoço rígido (endurecido) ou curvado para trás?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
40	Teve rigidez de todo o corpo?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
41	Teve paralisia num lado do corpo?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
41.1	Como começou?	☐ de repente	☐ rapidamente (num dia)	☐ lentamente (muitos dias)
41.2	Qual lado do corpo ficou paralisado?	☐ direito	☐ esquerdo	☐ os dois lados
42	As pernas ficaram paralisadas durante a doença que levou à morte?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não se aplica
42.1	Como começou?	☐ de repente	☐ rapidamente (num dia)	☐ lentamente (muitos dias)
43	Teve dificuldades de urinar?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
43.1	Urinava de pingo em pingo?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
44	Teve alguma mudança na cor da urina?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
45	Em algum momento a urina tinha sangue?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
46	Teve mudança na quantidade de urina por dia?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
46.1	Qual?	☐ aumentou muito	☐ diminuiu muito	☐ parou
		☐ aumentou pouco	☐ diminuiu pouco	☐ não sabe
47	Teve feridas na boca?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
48	Teve lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
48.1	Onde?	☐ rosto	☐ braços e pernas	☐ tronco
		☐ não sabe	☐ outro local	_____
48.2	Como eram?	☐ manchas avermelhadas	☐ pápulas ou nódulos (caroço)	
		☐ manchas roxas	☐ feridas com pus	
		☐ bolhas com pus	☐ feridas com líquido transparente	
		☐ bolhas com líquido transparente	☐ não sabe	☐ outro
49	Teve coceira?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
49.1	Onde?	_____		
50	Teve algum sangramento durante a doença que levou à morte?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
50.1	Onde?	☐ nariz	☐ boca	☐ ânus
		☐ vagina	☐ outro	_____
51	Teve algum inchaço?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
51.1	Onde?	☐ nas pernas	☐ no rosto	☐ no corpo todo
		☐ nas articulações	☐ não sabe	☐ outro
52	Teve inguas?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
52.1	Onde?	☐ no pescoço	☐ na nuca	☐ na axila
		☐ na virilha	☐ não sabe	☐ não sabe
53	Os olhos ficaram de coloração amarelada (icterícia)?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
54	Teve alguma alteração na mama (ferida ou inchaço ou nódulo)?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
54.1	Que tipo de alteração?	☐ ferida	☐ caroço/nódulo	☐ inchaço
		☐ não sabe	☐ não sabe	☐ não sabe

55	Teve corrimento vaginal em grande quantidade?	☐ sim, por quanto tempo? _____	☐ não	☐ não sabe
55.1	Como era esse corrimento?	☐ com mau cheiro	☐ sanguinolento	☐ esverdeado
		☐ amarelado	☐ não sabe	
HISTÓRIA DE FERIMENTO / ACIDENTE / VIOLÊNCIA				
56	Sofreu algum ferimento/acidente/violência que tivesse levado à morte?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
56.1	Qual?	☐ acidente de trânsito ☐ corte ☐ afogamento ☐ envenenamento/intoxicação ☐ sufocação ☐ queimaduras ☐ queda ☐ pancada ☐ não sabe ☐ outro _____		
56.2	Como, onde e quando aconteceu?	_____ _____ _____		
57	Foi mordido(a)/picado(a) por algum animal/inseto que levou à sua morte?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
SERVIÇOS DE SAÚDE E TRATAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU A MORTE				
58	Foi internado(a) durante a doença que levou à morte?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
58.1	Onde foi a última internação?	_____ _____		
58.2	Qual a data do último atendimento neste hospital antes da morte?		☐ não sabe	
58.3	Algum profissional de saúde informou sobre a doença?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
58.4	O que ele disse?	_____ _____ _____		
58.5	Qual foi o tratamento indicado?	_____ _____ _____		
59	Foi atendida em outro estabelecimento de saúde durante a doença que levou à morte (UBS, PSF, Clínica)?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
59.1	Onde foi o último atendimento?	_____ _____		
59.2	Qual a data do último atendimento neste estabelecimento antes da morte?		☐ não sabe	
59.3	Algum profissional de saúde informou sobre a doença?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
59.4	O que ele disse?	_____ _____ _____		
59.5	Qual foi o tratamento indicado?	_____ _____ _____		
60	Foi operada por causa da doença?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
60.1	Quanto tempo antes da morte é que foi operada?	meses	dias	☐ não sabe
60.2	Que parte do corpo foi operada?	_____ _____		

61 Se não recebeu tratamento em serviços de saúde porque não?	
☐ não percebeu que necessitava de atendimento	☐ chegou ao local mas não teve atendimento
☐ não conseguiu chegar a tempo ao local de atendimento	☐ outro _____
☐ encontrou morto	☐ não se aplica
☐ não quis / não aceitou	☐ não sabe
ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES	
62 Resultados de exames mais importantes sobre a doença que levou à morte se houver	
63 Informações mais importantes do Resumo de alta do hospital sobre a doença que levou à morte se houver	
64 Tomou vacinas nos últimos 10 anos? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe	
64.1 Quais?	☐ dupla (difteria e tétano) ☐ hepatite ☐ febre amarela ☐ não sabe ☐ triplice (sarampo, rubéola, caxumba) ☐ gripe ☐ pneumococo ☐ outra _____
65 Observações do entrevistador (Sobre as condições de vida e de moradia do falecido sobre a qualidade da entrevista, se o entrevistado colaborou ou não se tinha dificuldade para se expressar, e sobre alguma circunstância da morte que considere relevante.)	
CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DA AUTÓPSIA VERBAL	
CAUSAS DA MORTE DEPOIS DA ENTREVISTA	
CID-10	
Parte I	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte ☐ a Causas antecedentes ☐ b Devido ou como consequência de Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada mencionado-se em último lugar a causa básica ☐ c Devido ou como consequência de ☐ d Devido ou como consequência de
Parte II	Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima
Data da entrevista	Data final da análise
Nome dos entrevistadores	Profissionais médicos que analisaram as informações
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ANEXO S

POP. VE. 020 FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL

IF5



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Infantil e Fetal

Síntese, conclusões e recomendações

1	Nome da Criança			ou Óbito Fetal		anteparto	intraparto	
2	Nome da mãe							
3	Nº da Declaração de Nascido Vivo				4	Data de Nascimento		
5	Nº da Declaração de Óbito				6	Data do óbito		
7	Sexo	☐ Masculino	☐ Feminino	☐ Ignorado	8	Peso ao Nascer		
						gramas		
9	Idade ao óbito (infantil)			meses		dias		horas
								minutos
10	Idade gestacional			semanas ou		meses		Ign
11	Faixa etária ao óbito		☐ Fetal	☐ Neonatal precoce	☐ Neonatal tardio	☐ Pós-neonatal	Ign	
12	Idade da mãe (em anos)			anos	13	Escolaridade materna		série
								grau
14	Município de residência da família							UF
15	Município de ocorrência do óbito							UF
Resumo do caso								
16	Fontes de informações da investigação		☐ Prontuários ambulatoriais (I1/F1)			☐ Entrevista domiciliar (I3/F3)		☐ Autópsia verbal (AV1)
				☐ Registros do atendimento de urgência/emergência (I1/F1)			☐ SVO (IF4)	
				☐ Registros hospitalares (I2/F2)			☐ IML (IF4)	
17	Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal				☐ Não se aplica, pois não fez pré-natal			
17.1	Nome				Código CNES			
	Nome				Código CNES			
17.2	Tipo de estabelecimento		☐ SUS	☐ Convênio	☐ Particular	☐ Não se aplica, pois não fez pré-natal		Ign
17.3	Idade gestacional quando realizou a primeira consulta			semanas ou			meses	
								Ign

18	Local do parto	☐ Hospital	☐ Domicílio	☐ Via pública	☐ No trajeto para o serviço de saúde	☐ Ign
18.1	Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto					☐ Não se aplica
	Nome _____					Código CNES _____
18.2	Tipo de estabelecimento	☐ Público	☐ Privado conveniado	☐ Privado não conveniado	☐ Filantrópico	☐ Ign
18.3	Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	☐ Sim	☐ Não	☐ Não se aplica		
18.4	Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não se aplica		
19	A criança era acompanhada na atenção básica	☐ Sim	☐ Não	☐ Não se aplica		
19.1	Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada:					☐ Não se aplica
	Nome _____					Código CNES _____
19.2	Tipo de estabelecimento	☐ SUS	☐ Convênio	☐ Particular	☐ Não se aplica, pois não fez pré-natal	☐ Ign
19.3	A vacinação estava em dia	☐ Sim	☐ Não	☐ Não se aplica		
20	A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito?					☐ Sim ☐ Não
21	Causas do óbito após a investigação					CID
	Parte I a)					
	b)					
	c)					
	d)					
	Parte II					
22	Causa básica após a investigação					
23	A investigação alterou ou corrigiu outro campo da Declaração de Óbito além das causas do óbito?					☐ Sim ☐ Não
23.1	Quais campos e que alterações					
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
24	A investigação alterou ou corrigiu campo da Declaração de Nascido Vivo?					☐ Não se aplica ☐ Sim ☐ Não
24.1	Quais campos e que alterações					
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			

25	Foram identificados problemas após a investigação?	☐ Não se aplica			☐ Sim			☐ Não			
26	Descrever os problemas identificados após a investigação	Falha no acesso			Falha na assistência						
Assinalar com um X a alternativa mais adequada (itens 26 a 35)		1.Sim 2.Não 3.Inconclusivo									
26.1	Planejamento familiar	1	2	3		1	2	3			
26.2	Pré-natal	1	2	3		1	2	3			
26.3	Assistência ao parto	1	2	3		1	2	3			
26.4	Assistência ao recém-nascido na maternidade	1	2	3		1	2	3	☐ não se aplica		
26.5	Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS / PSF / PACS	1	2	3		1	2	3	☐ não se aplica		
26.6	Assistência à criança na urgência / emergência	1	2	3		1	2	3	☐ não se aplica		
26.7	Assistência à criança no hospital	1	2	3		1	2	3	☐ não se aplica		
26.8	Dificuldades da família	1	2	3		1	2	3			
26.9	Causas externas				1	2	3	☐ não se aplica			
26.10	Organização do sistema / serviço de saúde				1.Sim 2.Não 3.Inconclusivo						
a	Cobertura da atenção primária	1	2	3							
b	Referência e contra-referência	1	2	3							
c	Pré-natal de alto risco	1	2	3							
d	Leito de UTI - gestante de alto risco	1	2	3							
e	Leitos de UTI Neonatal	1	2	3							
f	Central de regulação	1	2	3							
g	Transporte pré e inter-hospitalar	1	2	3							
h	Bancos de sangue	1	2	3							
i	Outros. Especificar.										

27	Este óbito poderia ter sido evitado?		☐ sim	☐ não	☐ Inconclusivo					
28	Assinale a classificação de evitabilidade para este caso (mais de uma classificação pode ser assinalada)									
	Wigglesworth	☐ W1	☐ W2	☐ W3	☐ W4	☐ W5	☐ W6	☐ W7	☐ W8	☐ W9
	SEADE	☐ S1	☐ S2	☐ S3	☐ S4	☐ S5	☐ S6	☐ S7	☐ S8	
	Lista brasileira	☐ 1.1	☐ 1.2.1	☐ 1.2.2	☐ 1.2.3	☐ 1.3	☐ 1.4	☐ 2	☐ 3	
29	Recomendações e medidas de prevenção									
29.1	Planejamento familiar									
29.2	Pré-natal									
29.3	Assistência ao parto									
29.4	Assistência ao recém-nascido na maternidade									
29.5	Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS									
29.6	Assistência à criança na urgência / emergência									
29.7	Assistência à criança no hospital									
29.8	Organização do sistema / serviço de saúde									
30	Data da conclusão do caso									
31	Responsável									
	Nome		Carimbo e rubrica							

ANEXO T

POP. VE. 021 FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)

Nº

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		AIDS	
	Código (CID10)		B 24	
	3 Data da Notificação			
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe		17 UF	
	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
Antecedentes Epidemiológicos	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Ocupação	
	32 Transmissão vertical		33 Sexual	
	34 Sanguínea		35 Data da transfusão/acidente	
	36 UF		37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente	
	38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente		39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?	
	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV		41 Data da coleta	
	42 Teste de triagem		43 Teste confirmatório	
	44 Teste rápido 1		45 Teste rápido 2	
	46 Teste rápido 3		47 Data da coleta	
	Dados do Laboratório	48 Teste rápido 1		49 Teste rápido 2
50 Teste rápido 3		51 Data da coleta		

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

Sinan NET

SVS

08/06/2006

Critérios de definição de casos de aids	41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	☐ Sarcoma de Kaposi (10) ☐ Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* ☐ Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) ☐ Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* ☐ Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) ☐ Dermatite persistente (2) ☐ Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) ☐ Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) ☐ Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) ☐ Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* ☐ Disfunção do sistema nervoso central (5) ☐ Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) ☐ Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) ☐ Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)* <i>*Excluída a tuberculose como causa</i>				
	42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	☐ Câncer cervical invasivo ☐ Leucoencefalopatia multifocal progressiva ☐ Candidose de esôfago ☐ Linfoma não Hodgkin e outros linfomas ☐ Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão ☐ Linfoma primário do cérebro ☐ Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) ☐ Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase ☐ Criptococose extrapulmonar ☐ Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> ☐ Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês ☐ Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) ☐ Herpes simples mucocutâneo > 1 mês ☐ Salmonelose (sepse recorrente não-tifoide) ☐ Histoplasmoze disseminada ☐ Toxoplasmose cerebral ☐ Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês ☐ Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm ³				
	43 Critério óbito - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐				
Trat.	44 UF	45 Município onde se realiza o tratamento	Código (IBGE)	46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento	Código
Evolução	47 Evolução do caso ☐ 48 Data do Óbito				
	1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado				
Investigador	Nome		Função		
	Assinatura				

Aids em pacientes com 13 anos ou mais.

Sinan NET

SVS

08/06/2006

ANEXO U

POP. VE. 022 FICHA DE INVESTIGAÇÃO MENINGITE

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **MENINGITE**

Nº

CASO SUSPEITO: Criança acima de nove meses e/ou adulto com febre, cefaléia, vômitos, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsão, sufusões hemorrágicas (petéquias) e torpor.
Crianças abaixo de nove meses observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	MENINGITE 1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA ☐ Código (CID10) 3 Data da Notificação 2 - OUTRAS MENINGITES G 0 3. 9	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ 1 - Ignorado	12 Gestante
	14 Escolaridade	13 Raça/Cor	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso		
	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
	33 Vacinação	N° Doses Data da Última Dose N° Doses Data da Última Dose ☐ Polissacarídica A/C ☐ Tríplice ☐ Hemófilo (Tetavalente ou Hib) ☐ Pneumococo ☐ Outra 1 - Sim ☐ Polissacarídica B/C ☐ Conjugada meningo C ☐ BCG	
34 Doenças Pré-existentes	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ AIDS/HIV + ☐ Outras Doenças Imunodepressoras ☐ IRA ☐ Tuberculose ☐ Traumatismo ☐ Infecção Hospitalar ☐ Outro		
35 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas)	1 - Domicílio 2 - Vizinhança 3 - Trabalho 4 - Creche/Escola ☐ 5 - Posto de Saúde/Hospital 6 - Outro Estado/Município 7 - Sem História de Contato 8 - Outro país 9 - Ignorado		
36 Nome do Contato	37 (DDD) Telefone		
38 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)	39 Caso Secundário		
Dados Clínicos	40 Sinais e Sintomas	☐ Cefaléia ☐ Vômitos ☐ Rigidez de Nuca ☐ Abaulamento de Fontanela ☐ Petequias/Sufusões Hemorrágicas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Febre ☐ Convulsões ☐ Kernig/Brudzinski ☐ Coma ☐ Outras	
	Meningite Sinan NET SVS 15/10/2007		

Atendimento	41 Ocorreu Hospitalização ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		42 Data da Internação		43 UF	44 Município do Hospital	Código (IBGE)	
	45 Nome do Hospital						Código	
Dados do Laboratório	46 Punção Lombar ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		47 Data da Punção		48 Aspecto do Líquor 1 - Límpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico 4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 - Outro 9 - Ignorado			
	49 Resultados Laboratoriais							
	Cultura		CIE		PCR			
	Líquor		Líquor		Líquor			
	Lesão Petequial		Sangue/Soro		Lesão Petequial			
	Sangue/Soro		Aglutinação pelo Látex		Sangue/Soro			
	Escarro		Líquor		Escarro			
	Bacterioscopia		Isolamento Viral					
	Líquor		Líquor					
	Lesão Petequial		Fezes					
Classificação do Caso / Etiologia	50 Classificação do Caso ☐ 1 - Confirmado 2 - Descartado		51 Se Confirmado, Especifique 1 - Meningococemia 2 - Meningite Meningocócica 3 - Meningite Meningocócica com Meningococemia 4 - Meningite Tuberculosa 5 - Meningite por outras bactérias 6 - Meningite não especificada 7 - Meningite Asséptica 8 - Meningite de outra etiologia 9 - Meningite por Hemófilo 10 - Meningite por Pneumococos					
	52 Critério de Confirmação 1 - Cultura 2 - CIE 3 - Ag. Látex 4 - Clínico 5 - Bacterioscopia 6 - Quimiocitológico do líquido 7 - Clínico-epidemiológico 8 - Isolamento viral 9 - PCR 10 - Outros		53 Se <i>N. meningitidis</i> especificar sorogrupo					
	54 Número de Comunicantes		55 Realizada Quimioprofilaxia dos Comunicantes? ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		56 Se sim, Data		57 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	58 Evolução do Caso ☐ 1 - Alta 2 - Óbito por meningite 3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado		59 Data da Evolução		60 Data do Encerramento			
Informações complementares e observações								
Exame Quimiocitológico								
Hemácias		mm ³		Leucócitos		mm ³		Monócitos
Neutrófilos		%		Eosinófilos		%		Linfócitos
Glicose		mg		Proteínas		mg		Cloreto
Observações Adicionais								
Investigador	Município/Unidade de Saúde						Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome				Função		Assinatura	
	Meningite				Sinan NET		SVS 15/10/2007	

ANEXO V

POP. VE. 023 FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇA DE CHAGAS AGUDA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇA DE CHAGAS AGUDA

Nº

CASO SUSPEITO:

- Febre prolongada (>7 dias) e quadro clínico sugestivo de DCA, na presença de dados epidemiológicos compatíveis, como: residente ou visitante de área com ocorrência de triatomíneos; ou antecedente recente de transfusão sanguínea ou transplante de órgão; ou ingestão de alimento suspeito de contaminação pelo T.cruzi; ou recém nascido de mãe infectada.

CASO CONFIRMADO:

a- Critério laboratorial: paciente com exame parasitológico direto positivo com ou sem sintomas OU sorologia positiva com anticorpos anti T. cruzi classe IgM no sangue periférico OU sorologia positiva com anticorpos da classe IgG, com alteração na concentração de pelo menos três títulos em um intervalo mínimo de 21 dias em amostras pareadas OU achados necroscópicos positivos.

b- Critério clínico-epidemiológico: vínculo epidemiológico com casos confirmados de DCA em surtos da doença.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença DOENÇA DE CHAGAS AGUDA		Código (CID10) B 57.1	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		

Dados Complementares do Caso

Antecedentes epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Deslocamento (viagens para áreas infestadas até 120 dias antes do início dos sintomas)			
	UF		Município	
	34 Presença de Vestígios de Triatomídeos Intra-Domicílio 1 - Sim 2 - Não 3 - Não Realizado 9 - Ignorado		35 Data de encontro dos vestígios	
	36 História de Uso de Sangue ou Hemoderivados nos Últimos 120 Dias 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Antecedentes epidemiológicos	37 Existência de Controle Sorológico na Unidade de Hemoterapia 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado		38 Manipulação/Contato de Material com T. cruzi 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado	
	39 Menor ou igual a 9 meses de idade: Mãe com Infecção Chagásica 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado		40 Possibilidade de transmissão por via oral 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	

Doença de Chagas Aguda

Sinan NET

SVS

08/10/2009

Av. Marcos Parente, 1071 – Centro – Cristino Castro/PI

CEP: 64920-000 – CNPJ: 00.922.402/0001-43

Site: <https://cristinocastro.pi.gov.br/>

E-mail: saudepmcc2021@gmail.com

