



**Coren<sup>PI</sup>**  
Conselho Regional de Enfermagem do Piauí

---

Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

**Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) – Vigilância Epidemiológica –  
*CIDADE/PI.***

**Procedimento Operacional Padrão elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação de Gestão da Qualidade em Saúde Coordenação de Atenção Primária à Saúde do município de Cristino Castro – Piauí.**

**CIDADE-PI.  
ANO**

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

---

Rua Magalhães Filho, 655 – Centro/Sul – Teresina-PI  
CEP: 64001-350 – CNPJ: 04.769.874/0001-69  
Fone: (86) 3200-9999 – Site: [www.coren-pi.org.br](http://www.coren-pi.org.br)  
E-mail: [protocolo@coren-pi.org.br](mailto:protocolo@coren-pi.org.br)



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**  
**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.*

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**  
**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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



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)



**Coren<sup>PI</sup>**  
Conselho Regional de Enfermagem do Piauí

Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

© 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, 2026."

154 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)

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**Coren<sup>PI</sup>**  
Conselho Regional de Enfermagem do Piauí

---

Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

**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. dá 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

---

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Rua Magalhães Filho, 655 – Centro/Sul – Teresina-PI  
CEP: 64001-350 – CNPJ: 04.769.874/0001-69  
Fone: (86) 3200-9999 – Site: [www.coren-pi.org.br](http://www.coren-pi.org.br)  
E-mail: [protocolo@coren-pi.org.br](mailto:protocolo@coren-pi.org.br)



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVO</b> .....	<b>10</b>
<b>3. CAMPO DE APLICAÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>4. SIGLAS E DEFINIÇÕES</b> .....	<b>10</b>
<b>15. RESPONSABILIDADES</b> .....	<b>11</b>
<b>6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b> .....	<b>12</b>
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
<b>7. REGISTROS / ANEXOS</b> .....	<b>13</b>
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>13</b>
<b>9. POP. VE. 001 NOTIFICAÇÃO DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO.</b>	<b>15</b>
<b>10. POP. VE. 002 NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS</b> .....	<b>20</b>
<b>11. POP. VE. 003 NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO</b> .....	<b>25</b>
<b>12. POP. VE. 004 NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM</b> <b>EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO</b> .....	<b>30</b>
<b>13. POP. VE. 005 NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE COVID-19</b> .....	<b>37</b>
<b>14. POP. VE. 006 NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE DENGUE</b> .....	<b>42</b>
<b>15. POP. VE. 007 NOTIFICAÇÃO DE CASOS CHIKUNGUNYA E ZIKA VIRUS</b> .....	<b>46</b>
<b>16. POP. VE. 008 NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE</b> .....	<b>50</b>
<b>17. POP. VE. 009 NOTIFICAÇÃO DE HEPATITES VIRAIS</b> .....	<b>54</b>
<b>18 POP. VE. 010 NOTIFICAÇÃO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA</b> .....	<b>58</b>
<b>19. POP. VE. 011 NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE LEISHMANIOSE</b> .....	<b>61</b>
<b>20. POP. VE. 012 NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA</b> .....	<b>65</b>
<b>21. POP. VE. 013 NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE</b> .....	<b>69</b>



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



## 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



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

<b>SIGLA/TERMO</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>
<b>Vigilância Epidemiológica (VE)</b>	Conjunto de ações que fornecem dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde pública.
<b>Notificação Compulsória (NC)</b>	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.
<b>SINAN</b>	<b>Sistema de Informação de Agravos de Notificação.</b> Principal sistema nacional utilizado para a coleta, processamento e análise de dados sobre as NC.
<b>eSUS notifica</b>	Plataforma eletrônica utilizada para a notificação de diversos agravos, incluindo casos de COVID-19, Influenza e outros eventos de saúde pública de resposta rápida.
<b>Comitê de Óbitos</b>	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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

CARGO/SETOR	RESPONSABILIDADE
<b>Equipe do Setor de Epidemiologia</b>	Coletar, analisar e consolidar os dados epidemiológicos; investigar os casos; realizar o lançamento e o envio de dados às instâncias superiores (regional, estadual e federal) nos prazos estabelecidos.
<b>Setores Assistenciais (Unidades de Saúde)</b>	Comunicar <b>imediatamente</b> (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.
<b>Coordenação de Enfermagem/Coordenação de Epidemiologia/Coordenação de Atenção Básica</b>	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

1. **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.
2. **Identificação:** Identificar ativamente possíveis casos suspeitos de doenças de notificação compulsória para dar início ao processo de investigação.

### 6.2. Investigação Epidemiológica

1. **Entrevista:** Realizar entrevista com paciente, familiares e/ou responsáveis, de forma padronizada.
2. **Coleta de Dados:** Coletar informações clínicas, epidemiológicas e laboratoriais.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

3. **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).

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- 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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

## 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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
<b>Profissionais de Saúde (Geral)</b>	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.
<b>Coordenador de Vigilância Epidemiológica</b>	Receber, verificar a consistência da notificação e lançar no <b>SINAN Imediato</b> em até <b>24 horas</b> após o conhecimento.
<b>Secretário Municipal de Saúde</b>	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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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**.

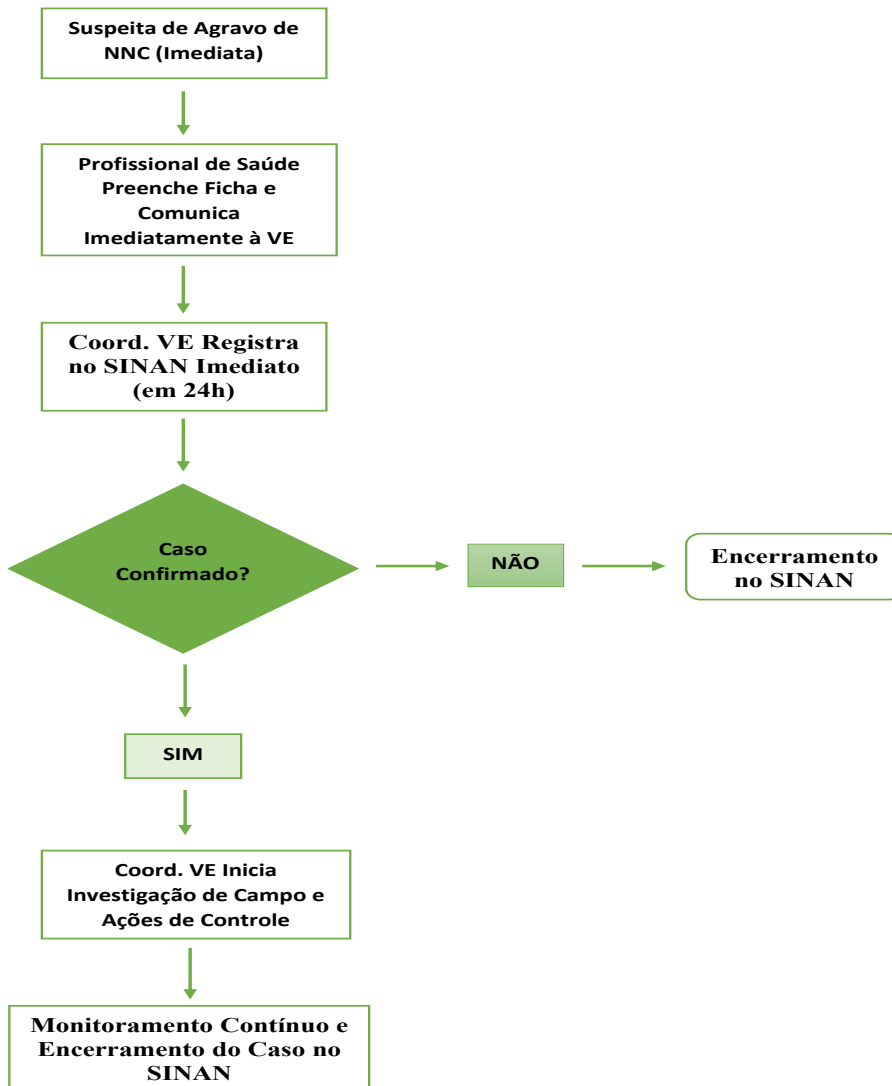
## 7 FLUXOGRAMA VISUAL

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**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](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.**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

## 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:

<b>CARGO/SETOR</b>	<b>RESPONSABILIDADE</b>
<b>Médico (Urgência/Emergência)</b>	Avaliar a gravidade, classificar o acidente, prescrever o soro específico (se indicado), realizar o tratamento clínico e iniciar o preenchimento da Ficha de Investigação.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

<b>Enfermeiro</b>	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.
<b>Epidemiologia</b>	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.
<b>Vigilância Municipal (Geral)</b>	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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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**

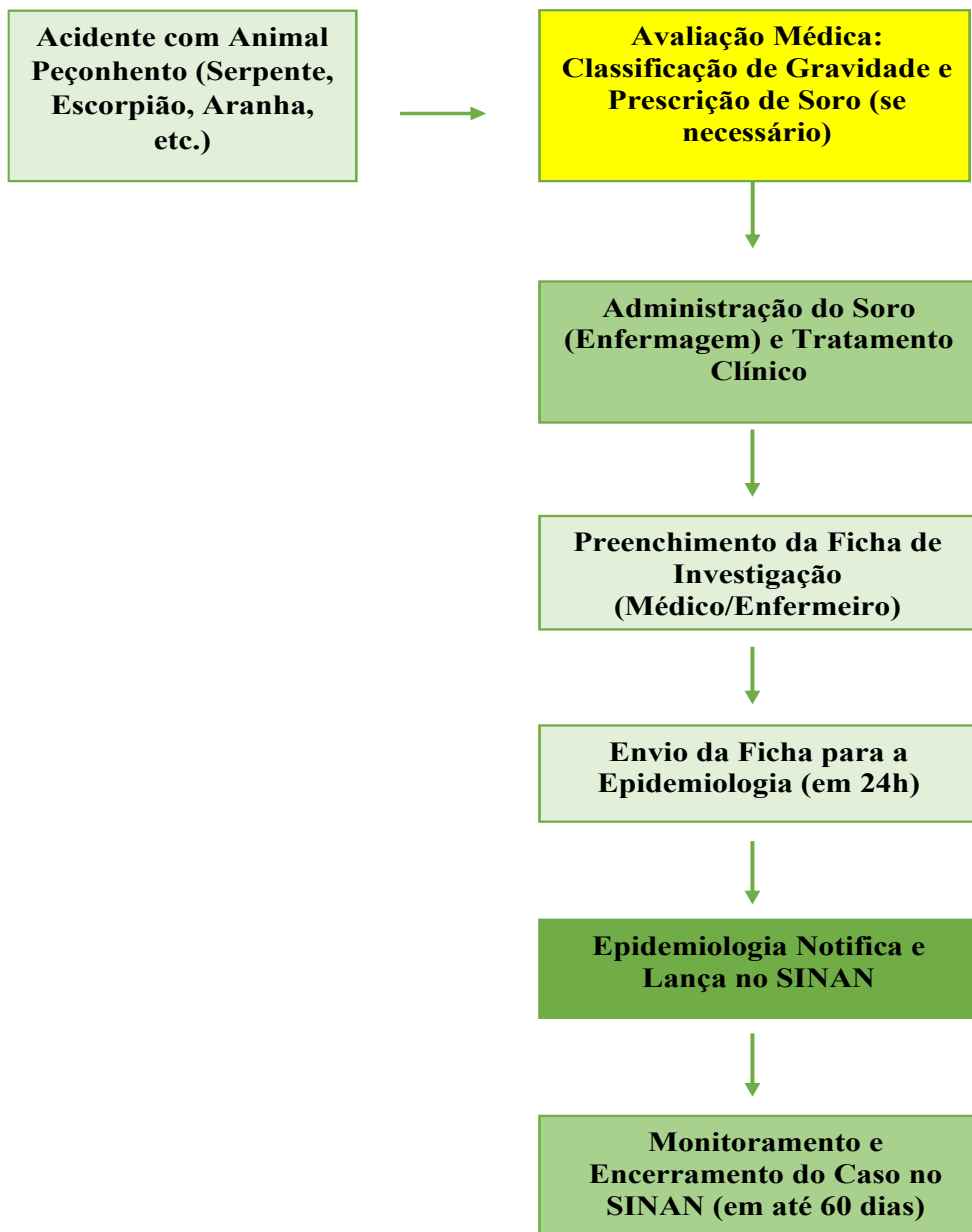
- Ficha de Notificação/Investigação Individual (FNI) de Acidente por Animais Peçonhentos (padrão SINAN).
- Prontuário do paciente (com registro de prescrição e administração de soro).
- Livro de Registro de Soroterapia (se aplicável).
- Registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (**SINAN**).

#### **7 FLUXOGRAMA VISUAL**

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**Figura 2 – Fluxo de Notificação de Acidente por Animais Peçonhentos**



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

## 8 OBSERVAÇÕES



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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](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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



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

## 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
<b>Médico (Atendimento)</b>	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.
<b>Enfermeiro (Assistência)</b>	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.
<b>Vigilância Epidemiologia (VE) OU Vigilância do Trabalhador (VISAT)</b>	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.
<b>Empresa / RH (quando aplicável)</b>	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.



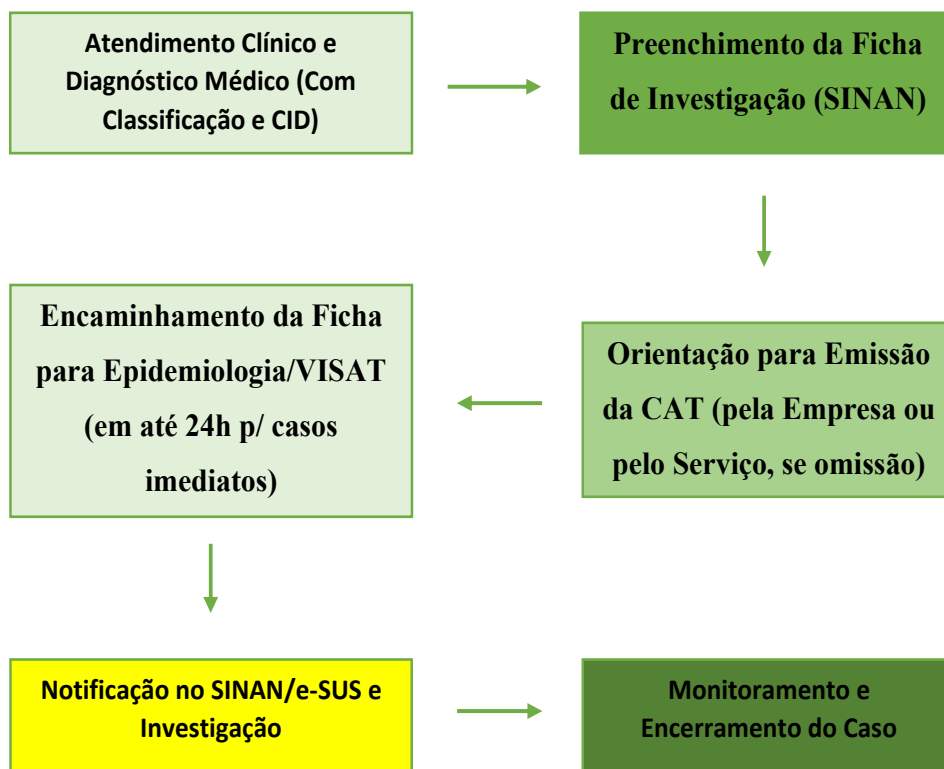
## 6 REGISTRO

- 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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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](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](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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



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

## 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.



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

### 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, ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde, laboratórios e clínicas.

### 4 RESPONSABILIDADE:

CARGO/SETOR	RESPONSABILIDADE
<b>Profissional Acidentado</b>	Realizar a conduta imediata (lavagem), comunicar o acidente imediatamente ao superior e buscar o serviço de referência para atendimento clínico.
<b>Responsável do Setor / Enfermeiro</b>	Preencher a Ficha de Notificação Preliminar, realizar o acolhimento, e iniciar o processo de encaminhamento para o serviço de referência (Pronto Atendimento/Infectologia).
<b>Médico Plantonista / Infectologista</b>	Avaliar o risco da exposição (tipo, quantidade, status sorológico da fonte), solicitar exames, prescrever e iniciar a Quimioprofilaxia Pós-Exposição (PEP) em até 72h.
<b>Setor de Epidemiologia / Vigilância</b>	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.
<b>CCIH / Saúde do Trabalhador</b>	Gerenciar o protocolo de seguimento, coordenar a realização das sorologias de controle e providenciar o encaminhamento para apoio psicológico, se necessário.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



## 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)
<b>Imediato (Momento 0)</b>	HIV, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV
<b>30 dias (4 a 6 semanas)</b>	HIV, Anti-HCV
<b>90 dias (3 meses)</b>	HIV, Anti-HCV
<b>180 dias (6 meses)</b>	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	<b>Acidente Ocupacional</b>	Exposição percutânea, mucosa ou pele não íntegra a material biológico.	Profissional Acidentado
2	<b>Conduta Imediata</b>	<b>Pele:</b> Lavar com água e sabão. <b>Mucosa:</b> Lavar com soro fisiológico. Não escarificar.	Profissional Acidentado
3	<b>Comunicação</b>	Informar imediatamente à chefia direta e ao setor de CCIH ou Segurança do Trabalho.	Profissional / Gestor
4	<b>Avaliação Médica</b>	Avaliar gravidade, tipo de material e <b>status sorológico do paciente fonte</b> (se conhecido).	Médico Plantonista
5	<b>Exames de Base</b>	Coleta de sangue do Acidentado e da Fonte (HIV, HBV e HCV) - "Momento Zero".	Enfermagem/Lab
6	<b>Quimioprofilaxia (PEP)</b>	Se indicado, iniciar antirretrovirais e/ou imunoglobulina. <b>Ideal &lt; 2h, máximo 72h.</b>	Médico / Farmácia
7	<b>Notificação</b>	Preencher Ficha SINAN (Net) e emitir a CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho).	Epidemiologia/RH



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

<b>8</b>	<b>Monitoramento</b>	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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Vírais. 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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsmis.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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



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

## 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. **eSUS 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.



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- **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 (eSUS 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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



## 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](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.



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 006  NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE DENGUE</b>	<b>Versão</b>	<b>01-2026-2028</b>
		<b>Revisão</b>	<b>00-Jan/2026</b>
		<b>Data de Aprovação</b>	<b>25/03/2026</b>
		<b>Página</b>	<b>1 de 4</b>

## 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 *Aedes aegypti*. 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 *Aedes aegypti*, 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



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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)**.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- 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) →

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsmis.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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 007</b>	<b>Versão</b>	<b>01-2026-2028</b>
	<b>NOTIFICAÇÃO DE CASOS CHIKUNGUNYA E ZIKA VIRUS</b>	<b>Revisão</b>	<b>00-Jan/2026</b>
		<b>Data de Aprovação</b>	<b>25/03/2026</b>
		<b>Página</b>	<b>1 de 4</b>

## 1 DEFINIÇÃO

Doenças febris agudas causadas por arbovírus e transmitidas principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti*.

- **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)**.



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- 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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**


- **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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



	<p><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 008</b></p> <p><b>NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE HANSENIASE</b></p>	<p><b>Versão</b></p> <p><b>Revisão</b></p> <p><b>Data de Aprovação</b></p> <p><b>Página</b></p>	<p><b>01-2026-2028</b></p> <p><b>00-Jan/2026</b></p> <p><b>25/03/2026</b></p> <p><b>1 de 4</b></p>
<p><b>1 DEFINIÇÃO:</b></p> <p>A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, causada pelo <i>Mycobacterium leprae</i>. Afeta principalmente a pele e os nervos periféricos, podendo causar danos neurais e incapacidades físicas irreversíveis se não tratada precocemente.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Classificação Operacional Paucibacilar (PB):</b> Casos com até 5 lesões de pele.</li><li>• <b>Classificação Operacional Multibacilar (MB):</b> Casos com mais de 5 lesões de pele, ou presença de troncos nervosos comprometidos, ou baciloscopia positiva.</li></ul>			
<p><b>2 OBJETIVO</b></p>			



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- 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) →

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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\\_hanseniase.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220701_pcdt_hanseniase.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/hanseniase>. Acesso em: 16 dez. 2025.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**




# Coren<sup>PI</sup>

Conselho Regional de Enfermagem do Piauí

Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

## 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).

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- **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).

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- **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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_28_09_2017.html). Acesso em: 16 dez. 2025.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



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.

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

## 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.



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- **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).

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**


- 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](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.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 011  NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE LEISHMANIOSE</b>	<b>Versão</b>	<b>01-2026-2028</b>
		<b>Revisão</b>	<b>00-Jan/2026</b>
		<b>Data de Aprovação</b>	<b>25/03/2026</b>
		<b>Página</b>	<b>1 de 4</b>

## 1 DEFINIÇÃO

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

A **Leishmaniose Visceral (LV)**, também conhecida como calazar, é uma zoonose sistêmica grave, causada pelo protozoário *Leishmania infantum* 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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



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.




**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsmis.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.

	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>Versão</b>	<b>01-2026-2028</b>
	<b>OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Revisão</b>	<b>00-Jan/2026</b>
	<b>POP. VE. 012</b>		

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

	<b>NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA</b>	<b>Data de Aprovação</b>	<b>25/03/2026</b>
		<b>Página</b>	<b>1 de 4</b>

## 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

<b>FUNÇÃO</b>	<b>RESPONSABILIDADE</b>
<b>Médico / Pediatra</b>	Realizar o diagnóstico clínico e laboratorial do RN, prescrever o tratamento/esquema de acompanhamento e preencher a ficha de notificação.
<b>Enfermeiro</b>	Identificar casos suspeitos na triagem neonatal, coletar exames (VDRL de sangue periférico), realizar o aconselhamento da genitora e preencher a ficha de notificação.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

<b>Setor de Epidemiologia</b>	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.
<b>Laboratório</b>	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).

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- **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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



## 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.

	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>Versão</b>	<b>01-2026-2028</b>
--	---------------------	---------------	---------------------



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

	<b>OPERACIONAL PADRÃO</b> <b>POP. VE. 013</b>	<b>Revisão</b>	<b>00-Jan/2026</b>
	<b>NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS EM</b> <b>GESTANTE</b>	<b>Data de</b> <b>Aprovação</b>	<b>25/03/2026</b>
		<b>Página</b>	<b>1 de 4</b>

## 1 DEFINIÇÃO

A **Sífilis em Gestante** é a infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum* 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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- 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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- **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](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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>Versão</b>	<b>01-2026-2028</b>
	<b>OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Revisão</b>	<b>00-Jan/2026</b>
	<b>POP. VE. 014</b>	<b>Data de</b>	<b>25/03/2026</b>
	<b>NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS</b>	<b>Aprovação</b>	
	<b>ADQUIRIDA</b>	<b>Página</b>	<b>1 de 4</b>

## 1 DEFINIÇÃO

A **Sífilis Adquirida** é uma doença infectocontagiosa, sistêmica, de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. 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 congênita.

- **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



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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)**.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- **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 controlo 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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- 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](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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 015</b>	<b>Versão</b>	<b>01-2026-2028</b>
	<b>NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE (TB)</b>	<b>Revisão</b>	<b>00-Jan/2026</b>
		<b>Data de Aprovação</b>	<b>25/03/2026</b>
		<b>Página</b>	<b>1 de 4</b>

## 1 DEFINIÇÃO

A **Tuberculose** é uma doença infecciosa e transmissível, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (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.



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

### 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 equipas 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 <b>TDO (Tratamento Diretamente Observado)</b> , 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  $\geq$  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).

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- **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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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 (2<sup>o</sup>/4<sup>o</sup>/6<sup>o</sup> 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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html). Acesso em: 18 dez. 2025.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



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.

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

## 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



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- 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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_notificacao\\_violencia\\_interpeoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_notificacao_violencia_interpeoal_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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsmms.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:

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/prevencao-do-suicidio>.

Acesso em: 18 dez. 2025.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Versão</b>	<b>01-2026-2028</b>
	<b>POP. VE. 017</b>	<b>Revisão</b>	<b>00-Jan/2026</b>
	<b>NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL (DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS)</b>	<b>Data de Aprovação</b>	<b>25/03/2026</b>
		<b>Página</b>	<b>1 de 4</b>

## 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.



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- **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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_notificacao\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](https://bvsmms.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.

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



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:

1. **Ambulatorial:** Análise do prontuário do pré-natal na UBS.
2. **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.



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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:

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**




**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_28\\_09\\_2017.html](https://bvsmis.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.

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



## 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.



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

<b>Comitê Municipal de Óbito</b>	Analisar o itinerário terapêutico da gestante, classificar a causa do óbito e sua evitabilidade em reunião técnica.
<b>Gestão Municipal</b>	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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- 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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**




**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Versão</b>	<b>01-2026-2028</b>
	<b>POP. VE. 020</b>	<b>Revisão</b>	<b>00-Jan/2026</b>

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



	<b>NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E ÓBITO FETAL</b>	<b>Data de Aprovação</b>	<b>25/03/2026</b>
		<b>Página</b>	<b>1 de 4</b>

## 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  $\geq 22$  semanas, ou peso  $\geq 500$ g, ou estatura  $\geq 25$ cm.
- **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



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- **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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1510\\_16\\_06\\_2014.html](https://bvsmms.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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



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

## 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:

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



## **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



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- 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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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](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->

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

[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](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm). Acesso em: 15 jan. 2026.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- **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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**




## 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.



	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP. VE. 023  NOTIFICAÇÃO DE DOENÇA DE CHAGAS (AGUDA E CRÔNICA)</b>	<b>Versão</b>	<b>01-2026-2028</b>
		<b>Revisão</b>	<b>00-Jan/2026</b>
		<b>Data de Aprovação</b>	<b>25/03/2026</b>
		<b>Página</b>	<b>1 de 3</b>

## 1 DEFINIÇÃO

A **Doença de Chagas** é uma infecção causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*.

- **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 **imediate** (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.



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

### 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).

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

- **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.

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



## 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



**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



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	





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	





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	





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 congênita				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	

CLIQUE ENFERMAGEM

IMEDIATA = ATÉ 24 HORAS



**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)

## 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 FICHA DE INVESTIGAÇÃO		Nº		
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		HUMANO		
	2 Agravado/doença	ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO		3 Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		W 64	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	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				
	16 Nome da mãe		17 UF			
Dados de Residência	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		30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Ocupação					
	32 Tipo de Exposição ao Virus Rábico					
Antecedentes Epidemiológicos	33 Localização					
	34 Ferimento					
	35 Tipo de Ferimento					
	36 Data da Exposição					
	37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ?					
	38 Se Houve, quando foi concluído?					
	39 Nº de Doses Aplicadas					
Tratamento Atual	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 Laboratório Produtor Vacina						
45 Número do Lote						
46 Data do Vencimento						

(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)





Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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	
<b>ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS</b>					
<b>CASO CONFIRMADO:</b> 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	<b>ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS</b>		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) X 29	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		28 (DDD) Telefone		
	29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)		
<b>Dados Complementares do Caso</b>					
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 Data do Acidente		
	34 UF	35 Município de Ocorrência do Acidente:	Código (IBGE)	36 Localidade de Ocorrência do Acidente:	
	37 Zona de Ocorrência		38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento		
	39 Local da Picada				
Dados Clínicos	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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Rua Magalhães Filho, 655 – Centro/Sul – Teresina-PI

CEP: 64001-350 – CNPJ: 04.769.874/0001-69

Fone: (86) 3200-9999 – Site: [www.coren-pi.org.br](http://www.coren-pi.org.br)

E-mail: [protocolo@coren-pi.org.br](mailto:protocolo@coren-pi.org.br)



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

Acidentes com animais peçonhentos: manifestações clínicas, classificação e soroterapia			
Tipo	Manifestações Clínicas	Tipo Soro	Nº ampolas
OFIDISMO	<b>Botrópico</b> <i>jararaca jararacuçu urutu caicaca</i>	SAB	Leve: dor, edema local e equimose discreto
	Moderado: dor, edema e equimose evidentes, manifestações hemorrágicas discretas		
	Grave: dor e edema intenso e extenso, bolhas, hemorragia intensa, oligoanúria, hipotensão		
	<b>Crotático</b> <i>cascavel boicininga</i>	SAC	Leve: ptose palpebral, turvação visual discretos de aparecimento tardio, sem alteração da cor da urina, mialgia discreta ou ausente
			Moderado: ptose palpebral, turvação visual discretos de início precoce, mialgia discreta, urina escura
			Grave: ptose palpebral, turvação visual evidentes e intensos, mialgia intensa e generalizada, urina escura, oligúria ou anúria
	<b>Laquetico</b> <i>surucuru pico-de-jaca</i>	SABL	Moderado: dor, edema, bolhas e hemorragia discreta
			Grave: dor, edema, bolhas, hemorragia, cólicas abdominais, diarreia, bradicardia, hipotensão arterial
	<b>Elapídico</b> <i>coral verdadeira</i>	SAEL	Grave: dor ou parestesia discreta, ptose palpebral, turvação visual
	ESCORPIONISMO	SAEsc ou SAA	Leve: dor, eritema e parestesia local
			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
ARANHEISMO	SAA ou SALox	Leve: lesão incaracterística sem aranha identificada	
		Moderado: lesão sugestiva com equimose, palidez, eritema e edema endureado local, cefaléia, febre, exantema	
		Grave: lesão característica, hemólise intravascular	
	<b>Foneutrismo</b> <i>aranha-armadeira aranha-da-banana</i>	SAA	Leve: dor local
Moderado: sudorese ocasional, vômitos ocasionais, agitação, hipertensão arterial			
Grave: sudorese profusa, vômitos frequentes, priapismo, edema pulmonar agudo, hipotensão arterial			
LONOMIA	SALon	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.)


<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	Animais Peçonhentos	Sinan Net	SVS 19/01/2006

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)

## 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 de 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 Agravo/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	<b>ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE</b>		Y 96
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/>	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,...)	19 Distrito
	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)
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	31 Ocupação		

#### Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	32 Situação no Mercado de Trabalho	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
	33 Tempo de Trabalho na Ocupação	34 Local Onde Ocorreu o Acidente												
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - Instalações do contratante 3 - Instalações de terceiros 9 - Ignorado											
	2 - Via pública 4 - Domicílio próprio		Dados da Empresa Contratante											
	35 Registro/ CNPJ ou CPF	36 Nome da Empresa ou Empregador												
	37 Atividade Econômica (CNAE)	38 UF	39 Município											
	Código (IBGE)		40 Distrito	41 Bairro	42 Endereço									
	43 Número	44 Ponto de Referência	45 (DDD) Telefone											
	46 O Empregador é Empresa Terceirizada													
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado													

Acidente de Trabalho Grave

Sinan Net

SVS

27/09/2005

(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)

Rua Magalhães Filho, 655 – Centro/Sul – Teresina-PI

CEP: 64001-350 – CNPJ: 04.769.874/0001-69

Fone: (86) 3200-9999 – Site: [www.coren-pi.org.br](http://www.coren-pi.org.br)

E-mail: [protocolo@coren-pi.org.br](mailto:protocolo@coren-pi.org.br)



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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) CID 10			
	55	Tipo de Acidente 1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado	56	Houve Outros Trabalhadores Atingidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Dados do Atendimento Médico	57	Se Sim, Quantos			
	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	63	Código	
Dados do Atendimento Médico	63	Partes do Corpo Atingidas		64	Diagnóstico da Lesão CID 10
	01- Olho 04- Tórax 07- Membro superior 10- Todo o corpo	02- Cabeça 05- Abdome 08-Membro inferior 11- Outro	03- Pescoço 06- Mão 09- Pé 99- Ignorado	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
Conclusão	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
	Acidente de Trabalho Grave	Sinan Net	SVS 27/09/2005

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## ANEXO E

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

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

SINAN

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 Data do Notificação
	<b>ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO</b>		Z20.9
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	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
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	31 Ocupação		

#### Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	32 Situação no Mercado de Trabalho	33 Tempo de Trabalho na Ocupação	
	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		
	Dados da Empresa Contratante		
	34 Registro/ CNPJ ou CPF	35 Nome da Empresa ou Empregador	
	36 Atividade Econômica (CNAE)	37 UF	38 Município
	39 Distrito	40 Bairro	41 Endereço
42 Número	43 Ponto de Referência	44 (DDD) Telefone	
45 O Empregador é Empresa Terceirizada			
1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado			

Acidente de trabalho com exposição à material biológico

Sinan Net

SVS

27/09/2005

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Rua Magalhães Filho, 655 – Centro/Sul – Teresina-PI

CEP: 64001-350 – CNPJ: 04.769.874/0001-69

Fone: (86) 3200-9999 – Site: [www.coren-pi.org.br](http://www.coren-pi.org.br)

E-mail: [protocolo@coren-pi.org.br](mailto:protocolo@coren-pi.org.br)



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Acidente com material biológico	<b>46</b> Tipo de Exposição 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Percutânea <input type="checkbox"/> Pele íntegra <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Mucosa (oral/ ocular) <input type="checkbox"/> Pele não íntegra
	<b>47</b> Material orgânico 1- Sangue 2- Líquor 3- Líquido pleural 4- Líquido ascítico 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 5- Líquido amniótico 6- Fluido com sangue 7- Soro/plasma 8- Outros: _____
	<b>48</b> Circunstância do Acidente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 em saco de lixo 15 - Dextro 16 - Reescape 08 - Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc... 98 - Outros 99 - Ignorado
	<b>49</b> Agente <input type="checkbox"/> 1- Agulha com lúmen (luz) 2 - Agulha sem lúmen/maciça 3 - Intracath 4 - Vidros 5 - Lâmina/lanceta (qualquer tipo) 6 - Outros 9 - Ignorado
	<b>50</b> Uso de EPI (aceita mais de uma opção) 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> LUVA <input type="checkbox"/> Avental <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Proteção facial <input type="checkbox"/> Bota
	<b>51</b> Situação vacinal do acidentado em relação à hepatite B (3 doses) <input type="checkbox"/> 1- Vacinado 2- Não vacinado 9- Ignorado
	<b>52</b> Resultados de exames do acidentado (no momento do acidente - data ZERO) <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HCV
	<b>53</b> Paciente Fonte Conhecida? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	<b>54</b> Se sim, qual o resultado dos testes sorológicos? 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não Realizado 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Hbs Ag <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-HCV
	<b>55</b> Conduta no momento do acidente 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Sem indicação de quimioprofilaxia <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Indinavir <input type="checkbox"/> Vacina contra hepatite B <input type="checkbox"/> Recusou quimioprofilaxia indicada <input type="checkbox"/> AZT+3TC+Nelfinavir <input type="checkbox"/> Outro Esquema de ARV Especifique _____ <input type="checkbox"/> AZT+3TC <input type="checkbox"/> Imunoglobulina humana contra hepatite B (HBIG)

Conclusão	<b>56</b> Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 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
	<b>57</b> Se Óbito, Data _____ <b>58</b> Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

**Informações complementares e observações**

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

**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) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de saúde: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de segurança: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
CPF: _____	CNS: _____	Passaporte: _____	
Ocupação (CBO): _____			
Nome Completo: _____			
Nome Completo da Mãe: _____			
Data de nascimento: _____		País de origem: _____	
Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Raça/Cor: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Indígena	Se indígena, informar etnia: _____	
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>Se sim, qual?</i> _____			
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) <input type="checkbox"/> Diagnóstico assistencial (sintomático) <input type="checkbox"/> Busca ativa de assintomático <input type="checkbox"/> Triagem de população específica <input type="checkbox"/>			
Se busca ativa de assintomático: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Monitoramento de contatos <input type="checkbox"/> Investigação de surtos <input type="checkbox"/> Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena) <input type="checkbox"/> Outro: _____	Se triagem de população específica: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos <input type="checkbox"/> Profissionais de saúde <input type="checkbox"/> Gestantes e puérperas <input type="checkbox"/> Povos e comunidades tradicionais <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Local de realização da testagem: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.) <input type="checkbox"/> Local de trabalho <input type="checkbox"/> Aeroporto <input type="checkbox"/> Farmácia ou drogaria <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Domicílio ou comunidade <input type="checkbox"/> Outro: _____			

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS			
Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça <input type="checkbox"/> Distúrbios gustativos <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Data do início dos sintomas: _____			
Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Recebeu vacina Covid-19? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se recebeu vacina Covid-19, informar:	Dose	Data da vacinação
		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	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado	_____	<input type="checkbox"/> Não detectável <input type="checkbox"/> Detectável <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
RT-LAMP	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado	_____	<input type="checkbox"/> Não detectável <input type="checkbox"/> Detectável <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgA	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado	_____	<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgM	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado	_____	<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgG	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado	_____	<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico – anticorpos totais	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado	_____	<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgM	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado	_____	<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgG	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado	_____	<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**





Autarquia Federal – Lei 5.905/73

(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)

## 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, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

**Caso suspeito de Chikungunya:** febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que reside 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	3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA <input type="checkbox"/> Código (CID10) A 90 A 92	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 <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	12 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica	13 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade <input type="checkbox"/> 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	
Dados de Residência	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...) Código		
	22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados clínicos e laboratoriais				
Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação		
Dados clínicos	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital	34 Doenças pré-existentes 1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica		
	Dados laboratoriais	Sorologia (IgM) Chikungunya 35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1) 36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	Exame PRNT 37 Data da Coleta	38 Resultado S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado
Sorologia (IgM) Dengue 39 Data da Coleta		Exame NS1 41 Data da Coleta	42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado	
43 Isolamento Data da Coleta		44 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado	45 RT-PCR Data da Coleta	46 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado
47 Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4 - DENV 4		48 Histopatologia 1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado	49 Imunohistoquímica 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado	
Chikungunya/Dengue				

Chikungunya/Dengue Sinan Online SVS 14/03/2016

(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)	
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone			
Conclusão	<b>Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)</b>					
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>		64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica		
	65 Evolução do Caso 1-Cura 2- Óbito pelo agravamento 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias			
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>Sangramento grave:</b>		
	<b>Extravasamento grave de plasma:</b>	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
	<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
	<input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	<b>Comprometimento grave de órgãos:</b>	
	<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência
	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:		
	71 Data de início dos sinais de gravidade:			

**Informações complementares e observações**

**Observações Adicionais**


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

Chikungunya/Dengue

Sinan Online

SVS 14/03/2016

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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 - Individual	
	2 Agravado/doença	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 dos Primeiros Sintomas
	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
Dados de Residência	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica	15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe	17 UF	
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	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)
<b>Conclusão</b>			
Conclusão	31 Data da Investigação	32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico
	Local Provável da Fonte de Infecção		
	34 O caso é autóctone do município de residência?	35 UF	36 País
	37 Município	Código (IBGE)	38 Distrito
	39 Bairro	40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	42 Data do Óbito	
43 Data do Encerramento			
<b>Informações complementares e observações</b>			
Observações adicionais			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cod. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura
	Notificação/conclusão		Sinan NET

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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	<b>HANSENÍASE</b>	Código (CID10) <b>A 3 0. 9</b>
	3 Data da Notificação	Código (IBGE)	
Dados de Residência	4 UF	5 Município de Notificação	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)
	7 Data do Diagnóstico		8 Nome do Paciente
	9 Data de Nascimento		10 (ou) Idade
Notificação Individual	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - 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	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2
Dados Complementares do Caso			
Dados Clínicos	26 Ponto de Referência	27 CEP	28 (DDD) Telefone
	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	31 N° do Prontuário
Atendimento	32 Ocupação	33 N° de Lesões Cutâneas	34 Forma Clínica
	35 Classificação Operacional	36 N° de Nervos afetados	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico
Dados Lab.	38 Modo de Entrada	39 Modo de Detecção do Caso Novo	40 Baciloscopia
	41 Data do Início do Tratamento	42 Esquema Terapêutico Inicial	43 Número de Contatos Registrados
Tratamento	44 Observações adicionais:		
Med. Contr.	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura
Hanseníase		Sinan NET	SVS 30/10/2007

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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

<p><b>Suspeita clínica/bioquímica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomático icterício:           <ul style="list-style-type: none"> <li>* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal.</li> <li>* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.</li> </ul> </li> <li>- Sintomático anictérico:           <ul style="list-style-type: none"> <li>* Indivíduo sem icterícia, com um ou mais sintomas (febre, mal estar, náusea, vômitos, mialgia) e valor aumentado das aminotransferases.</li> </ul> </li> <li>- Assintomático:           <ul style="list-style-type: none"> <li>* Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (hemodiálise, acidente ocupacional, transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos/odontológicos/colocação de "piercing"/tatuagem com material contaminado, uso de drogas com compartilhamento de instrumentos).</li> <li>* Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso índice.</li> <li>* Indivíduo com alteração de aminotransferases igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Suspeito com marcador sorológico reagente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doador de sangue:           <ul style="list-style-type: none"> <li>* Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes de hepatite B e C.</li> </ul> </li> <li>- Indivíduo assintomático com marcador: reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E.</li> </ul>				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/doença <b>HEPATITES VIRAIS</b>	Código (CID10) B 19	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		15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
	30 País (se residente fora do Brasil)			
<b>Dados Complementares do Caso</b>				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Suspeita de: 1 - Hepatite A 2 - Hepatite B/C 3 - Não especificada		34 Tomou vacina para: 1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 9 - Ignorado	
	35 Institucionalizado em 1 - Creche 2 - Escola 3 - Asilo 4 - Empresa 5 - Penitenciária 6 - Hospital/clínica 7 - Outras 8 - Não institucionalizado 9 - Ignorado		36 Agravos associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	36 Agravos associados HIV/AIDS Outras DSTs		37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC 1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 9 - Ignorado	
Hepatites Virais		Sinan NET		SVS 29/09/2006

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Antecedentes Epidemiológicos	<b>38</b> 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			
	<input type="checkbox"/> Medicamentos Injetáveis <input type="checkbox"/> Drogas inaláveis ou Crack <input type="checkbox"/> Drogas injetáveis <input type="checkbox"/> Água/Alimento contaminado <input type="checkbox"/> Três ou mais parceiros sexuais <input type="checkbox"/> Transplante		<input type="checkbox"/> Tatuagem/Piercing <input type="checkbox"/> Acupuntura <input type="checkbox"/> Tratamento Cirúrgico <input type="checkbox"/> Tratamento Dentário <input type="checkbox"/> Hemodiálise <input type="checkbox"/> Outras	
			<input type="checkbox"/> Acidente com Material Biológico <input type="checkbox"/> Transfusão de sangue /derivados	
			<b>39</b> Data do acidente ou transfusão ou transplante <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
	<b>40</b> 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
	<b>41</b> 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	
<b>42</b> Paciente encaminhado de <input type="checkbox"/>				
1- Banco de sangue 2- Centro de Testagem e aconselhamento (CTA) 3- Não se aplica		<b>43</b> Data da Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		
<b>45</b> Data da Coleta da Sorologia <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		<b>44</b> Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA 1-Reagente    4-Não realizado <input type="checkbox"/> HBsAg 2-Não reagente    9-Ignorado <input type="checkbox"/> Anti HBc (Total) 3-Inconclusivo <input type="checkbox"/> Anti-HCV		
<b>46</b> Resultados Sorológicos/Viroológicos				
<b>47</b> Genótipo para HCV <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Anti-HAV - IgM <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti -HDV - IgM <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HBeAg <input type="checkbox"/> Anti -HEV - IgM <input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM <input type="checkbox"/> Anti-HBe <input type="checkbox"/> Anti-HCV <input type="checkbox"/> Anti -HBc (Total) <input type="checkbox"/> Anti -HDV Total <input type="checkbox"/> HCV-RNA		
1-Genótipo 1    4-Genótipo 4    7-Não se aplica 2-Genótipo 2    5-Genótipo 5    9-Ignorado 3-Genótipo 3    6-Genótipo 6		<b>49</b> Forma Clínica <input type="checkbox"/>		
1 - Confirmação laboratorial 2 - Confirmação clínico-epidemiológica 3 - Descartado 4 - Cicatriz Sorológica 8 - Inconclusivo		1 - Hepatite Aguda 2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático 3 - Hepatite Fulminante 4 - Inconclusivo		
<b>50</b> Classificação Etiológica				
<b>48</b> Classificação final <input type="checkbox"/>		01- Vírus A    06- Vírus B e C <input type="checkbox"/> 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		
<b>51</b> Provável Fonte / Mecanismo de Infecção <input type="checkbox"/>				
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		<b>52</b> Data do Encerramento <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		
<b>Observações:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 5px;"></div>				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	
	Hepatites Virais	Sinan NET	SVS    29/09/2006	

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO INTOXICAÇÃO EXÓGENA

Nº

**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	INTOXICAÇÃO EXÓGENA	3 Código (CID10) T 65.9	
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/>	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	19 Código (IBGE)	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Distrito	
	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 Situação no Mercado de Trabalho			34 Local de ocorrência da exposição
	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência			36 Atividade Econômica (CNAE)
Dados da Exposição	37 UF	38 Município do estabelecimento	39 Código (IBGE)	
	40 Bairro	41 Logradouro ( rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)		
	42 Número	43 Complemento (apto., casa, ...)	44 Ponto de Referência do estabelecimento	
	46 (DDD) Telefone	47 Zona de exposição	48 País (se estabelecimento fora do Brasil)	
	45 CEP			

Intoxicação Exógena

SVS 27/09/2005

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Rua Magalhães Filho, 655 – Centro/Sul – Teresina-PI

CEP: 64001-350 – CNPJ: 04.769.874/0001-69

Fone: (86) 3200-9999 – Site: [www.coren-pi.org.br](http://www.coren-pi.org.br)

E-mail: [protocolo@coren-pi.org.br](mailto:protocolo@coren-pi.org.br)



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Dados da Exposição	<b>49</b> Grupo do agente tóxico/Classificação geral <span style="float: right;">□ □</span> 01.Medicamento      02.Agotóxico;uso agrícola      03.Agotóxico/uso doméstico      04.Agotóxico/uso saúde pública 05.Raticida      06.Produto veterinário      07.Produto de uso Domiciliar      08.Cosmético/higiene pessoal 09.Produto químico de uso industrial      10.metal      11.Drogas de abuso      12.Planta tóxica 13.Alimento e bebida      14.Outro      99.Ignorado			
	<b>50</b> Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular _____ Príncípio Ativo _____ 1 - _____ 1 - _____ 2 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 3 - _____			
	<b>51</b> Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização <span style="float: right;">□</span> 1.Inseticida      2.Herbicida      3.Carrapaticida      4.Raticida      5.Fungicida 6.Preservante para madeira      7.Outro _____      8.Não se aplica      9.Ignorado			
	<b>52</b> Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual 01- Diluição      05-Colheita      09-Outros      1ªOpção: □ □ 02-Pulverização      06- Transporte      10-Não se aplica      2ªOpção: □ □ 03- Tratamento de sementes      07-Desinsetização      99-Ignorado      3ªOpção: □ □ 04- Armazenagem      08-Produção/formulação			
	<b>53</b> Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura _____			
	<b>54</b> Via de exposição/contaminação <span style="float: right;">1ªOpção: □</span> 1- Digestiva      4-Ocular      7-Transplacentária      2ªOpção: □ 2-Cutânea      5-Parenteral      8-Outra      3ªOpção: □ 3-Respiratória      6-Vaginal      9-Ignorada			
Dados do Atendimento	<b>55</b> Circunstância da exposição/contaminação <span style="float: right;">□ □</span> 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			
	<b>56</b> A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? <span style="float: right;">□</span> 1 - Sim      2 - Não      9 - Ignorado		<b>57</b> Tipo de Exposição <span style="float: right;">□</span> 1 -Aguda - única      2 -Aguda - repetida      3 - Crônica 4 - Aguda sobre Crônica      9 - Ignorado	
	<b>58</b> Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento <span style="float: right;">□</span> 1 - Hora      2 - Dia      3 - Mês      4 - Ano      9- Ignorado			
	<b>59</b> Tipo de atendimento <span style="float: right;">□</span> 1 -Hospitalar      2 -Ambulatorial      3 - Domiciliar 4 -Nenhum      9 - Ignorado		<b>60</b> Houve hospitalização? <span style="float: right;">□</span> 1 -Sim      2 -Não      9 - Ignorado	
	<b>61</b> Data da internação _____		<b>62</b> UF _____	
Conclusão do Caso	<b>63</b> Município de hospitalização _____ Código (IBGE) _____			
	<b>64</b> Unidade de saúde _____		Código _____	
	<b>65</b> Classificação final <span style="float: right;">□</span> 1 - Intoxicação confirmada      2 - Só Exposição      3 -Reação Adversa 4 -Outro Diagnóstico      5 -Síndrome de abstinência      9 -Ignorado			
	<b>66</b> Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico _____ CID - 10 _____			
<b>67</b> Critério de confirmação <span style="float: right;">□</span> 1 - Clínico laboratorial 2 - Clínico epidemiológico		<b>68</b> Evolução do Caso <span style="float: right;">□</span> 1 - Cura sem sequelas      2 - Cura com sequelas      3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa      5-Perda de seguimento      9-Ignorado		
<b>69</b> Data do óbito _____		<b>70</b> Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. <span style="float: right;">□</span> 1 - Sim      2 - Não      3 - Não se aplica      9 - Ignorado		
<b>71</b> Data do Encerramento _____				
<b>Informações complementares e observações</b>				
<b>Observações:</b> _____ _____ _____				
Investigador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde _____	
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____	

Intoxicação Exógena

SVS 27/09/2005

**(ALTERAR RODAPE PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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 <b>LEISHMANIOSE VISCERAL</b>		Código (CID10) B 5 5.0	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					
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	<b>Dados Complementares do Caso</b>					
Antec. Epidem.	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
	33 Manifestações Clínicas (sinais e sintomas) <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Emagrecimento <input type="checkbox"/> Aumento do Baço <input type="checkbox"/> Aumento do Fígado <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Tosse e/ou diarreia <input type="checkbox"/> Quadro infeccioso <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Fenômenos hemorrágicos <input type="checkbox"/> Outros _____					
Dados Clínicos	34 Co - infecção HIV 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	Dados Labor. /Class. do caso	35 Diagnóstico Parasitológico 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		36 Diagnóstico Imunológico 1 - Positivo <input type="checkbox"/> IFI 2 - Negativo <input type="checkbox"/> Outro 3 - Não Realizado		37 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3-Transferência 9- Ignorado
Tratamento		38 Data do Início do Tratamento	39 Droga Inicial Administrada 1 - Antimonial Pentavalente 3 - Pentamidina 5 - Outras 2 - Anfotericina b 4 - Anfotericina b lipossomal 6 - Não Utilizada			
	40 Peso _____ Kg	41 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb <sup>+5</sup> 1-Maior ou igual a 10 e menor que 15 2-Maior ou igual a 15 e menor que 20 3-Maior ou igual a 20	42 Nº Total de Ampolas Prescritas _____ Ampolas			
	43 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial 1 - Anfotericina b 2 - Anfotericina b lipossomal 3 - Outras 4 - Não se Aplica					

Leishmaniose Visceral

Sinan NET

SVS

27/09/2005

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Rua Magalhães Filho, 655 – Centro/Sul – Teresina-PI

CEP: 64001-350 – CNPJ: 04.769.874/0001-69

Fone: (86) 3200-9999 – Site: [www.coren-pi.org.br](http://www.coren-pi.org.br)

E-mail: [protocolo@coren-pi.org.br](mailto:protocolo@coren-pi.org.br)





Autarquia Federal – Lei 5.905/73

(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)

## ANEXO M

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

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

Nº

**Definição de caso:**  
**Situação 1:** Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis<sup>a</sup> não tratada ou tratada de forma não adequada<sup>b,c</sup>.  
 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<sup>d</sup>:** 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<sup>e</sup>;  
 - 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<sup>f</sup> de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.  
 f Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença	<b>SÍFILIS CONGÊNITA</b>		Código (CID10)	A 5 0.9
	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 1 - 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	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)		
Antecedentes Epi. da gestante / mãe	<b>Dados Complementares</b>				
	31 Idade da mãe	32 Raça/cor da mãe	33 Ocupação da 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	36 UF	37 Município de Realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	
Dados do Lab. da gestante / mãe	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal	Código			
	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	41 Título	42 Data		
Trat. da gestante / mãe	43 Teste treponêmico no parto/curetagem	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			
	44 Esquema de tratamento	45 Data do Início do Tratamento	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante		
	1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		

Sífilis Congênita Sinan NET SVS 04/08/2008

(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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	52 Data
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			1:	
	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	57 Data
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			1:		
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 Liquórica			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		
Dados Clínicos da Criança	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		
		<input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia			
Tratamento	64 Esquema de tratamento				
	1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias		4 - Outro esquema _____		
2 - Penicilina G procaina 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias		5 - Não realizado			
3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia		9 - Ignorado			
Evolução	65 Evolução do Caso				66 Data do Óbito
	1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado				
<b>Observações Adicionais:</b>					
Investigador	Município / Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura		

**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 a glutinação passiva de partículas par a *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 enquadrarem 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 necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

60 - Alteração liquórica - 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.



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

**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
<b>Definição de caso:</b>				
<b>Situação 1</b> - 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.				
<b>Situação 2</b> - Mulher sintomática <sup>a</sup> 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.				
<sup>a</sup> 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 <a href="http://www.saude.gov.br/svs">www.saude.gov.br/svs</a> e <a href="http://www.aids.gov.br/pcdt">www.aids.gov.br/pcdt</a> .				
<b>Situação 3</b> - 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		3 Data da Notificação	
	2 Agravo/doença <b>SÍFILIS EM GESTANTE</b>		Código (CID10) O98.1	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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo F - Feminino	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4 - Idade gestacional ignorada 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	
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	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
<b>Dados Complementares do Caso</b>				
Ant. epid. gestante	31 Ocupação			
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
Dados laboratoriais	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL			
	36 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado			
	Resultado dos Exames			
Tratamento/encerramento	37 Teste não treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado			
	38 Título 1:			
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	39 Data			
	40 Teste treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			
	41 Esquema de tratamento prescrito 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			
42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro 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				

Sífilis em gestante

Sinan NET

SVS

29/09/2008

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Ant. epidemiológicos da parceria sexual	44	Motivo para o não tratamento do Parceiro	<input type="checkbox"/>
	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	Cod. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura

Sífilis em gestante

Sinan NET

SVS 29/09/2008

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

**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	
<b>CRITÉRIO LABORATORIAL</b> - 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.					
<b>CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO</b> - 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	<b>TUBERCULOSE</b>		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) A 1 6. 9	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	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,...)		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	30 País (se residente fora do Brasil)		
	<b>Dados Complementares do Caso</b>				
Dados complementares	31 Nº 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	

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



## 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	
	2	Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
		Código (CID10)		Y09	
	3	Data da notificação			
	4	UF	5		Município de notificação
		Código (IBGE)			
Notificação Individual	6	Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros	
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)	
	9	Data da ocorrência da violência			
	10	Nome do paciente		11	
		Data de nascimento			
Dados de Residência	12	(ou) Idade	13		Sexo
		<input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		<input type="checkbox"/> 14 Gestante <input type="checkbox"/> 1- 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2- 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3- 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
	15	Raça/Cor		<input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	16	Escolaridade		<input type="checkbox"/> 0- Analfabeto <input type="checkbox"/> 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8- Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica	
	17	Número do Cartão SUS		18	
		Nome da mãe			
Dados Complementares	19	UF	20		Município de Residência
		Código (IBGE)		21	
		Distrito			
	22	Bairro		23	
		Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	24	Número	25		Complemento (apto., casa, ...)
Dados da Pessoa Atendida	26	Geo campo 1			
	27	Geo campo 2		28	
		Ponto de Referência		29	
		CEP			
	30	(DDD) Telefone	31		Zona
		<input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		32	
	Pais (se residente fora do Brasil)				
Dados da Ocorrência	33	Nome Social		34	
		Ocupação			
	35	Situação conjugal / Estado civil		<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
	36	Orientação Sexual		37	
		<input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> 37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39	
	<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		<input type="checkbox"/> Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento		
Dados da Ocorrência	40	UF	41		Município de ocorrência
		Código (IBGE)		42	
		Distrito			
	43	Bairro		44	
		Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	45	Número	46		Complemento (apto., casa, ...)
Dados da Ocorrência	47	Geo campo 3		48	
		Geo campo 4			
	49	Ponto de Referência		50	
		Zona		<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
	51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			
	52	Local de ocorrência		53	
	<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
	54		A lesão foi autoprovocada?		
	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				

SVS 15.06.2015

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Rua Magalhães Filho, 655 – Centro/Sul – Teresina-PI

CEP: 64001-350 – CNPJ: 04.769.874/0001-69

Fone: (86) 3200-9999 – Site: [www.coren-pi.org.br](http://www.coren-pi.org.br)

E-mail: [protocolo@coren-pi.org.br](mailto:protocolo@coren-pi.org.br)



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



## 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
	<input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> 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?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
13	A falecida esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



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



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

61 Se não recebeu tratamento em serviços de saúde porque não?	
<input type="checkbox"/> não percebeu que necessitava de atendimento	<input type="checkbox"/> chegou ao local mas não teve atendimento
<input type="checkbox"/> não conseguiu chegar a tempo ao local de atendimento	<input type="checkbox"/> outro _____
<input type="checkbox"/> encontrou morto	<input type="checkbox"/> não se aplica
<input type="checkbox"/> não quis / não aceitou	<input type="checkbox"/> não sabe
<b>ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES</b>	
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? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe	
64.1 Quais?	<input type="checkbox"/> dupla (difteria e tétano) <input type="checkbox"/> hepatite <input type="checkbox"/> febre amarela <input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> tríplice (sarampo, rubéola, caxumba) <input type="checkbox"/> gripe <input type="checkbox"/> pneumococo <input type="checkbox"/> 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.)	
<b>CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DA AUTÓPSIA VERBAL</b>	
<b>CAUSAS DA MORTE DEPOIS DA ENTREVISTA</b>	
	<b>CID-10</b>
<b>Parte I</b>	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	<b>a</b>
Causas antecedentes	<b>b</b> Devido ou como consequência de
Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada mencionado-se em último lugar a causa básica	<b>c</b> Devido ou como consequência de
	<b>d</b> Devido ou como consequência de
<b>Parte II</b>	
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
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**





Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

18	Local do parto	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/> Ign
18.1	Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto	Nome _____ Código CNES _____				<input type="checkbox"/> Não se aplica
18.2	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Privado conveniado	<input type="checkbox"/> Privado não conveniado	<input type="checkbox"/> Filantrópico	<input type="checkbox"/> Ign
18.3	Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
18.4	Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
19	A criança era acompanhada na atenção básica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
19.1	Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada:	Nome _____ Código CNES _____				<input type="checkbox"/> Não se aplica
19.2	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal	<input type="checkbox"/> Ign
19.3	A vacinação estava em dia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
20	A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Não se aplica		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
24.1	Quais campos e que alterações					
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			
	Campo _____	Original _____	Após a investigação _____			

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

25	Foram identificados problemas após a investigação?	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> não se aplica
26.5	Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS / PSF / PACS	1 2 3	1 2 3	<input type="checkbox"/> não se aplica
26.6	Assistência à criança na urgência / emergência	1 2 3	1 2 3	<input type="checkbox"/> não se aplica
26.7	Assistência à criança no hospital	1 2 3	1 2 3	<input type="checkbox"/> não se aplica
26.8	Dificuldades da família	1 2 3	1 2 3	
26.9	Causas externas		1 2 3	<input type="checkbox"/> 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. _____			

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

27	Este óbito poderia ter sido evitado?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Inconclusivo						
28	Assinale a classificação de evitabilidade para este caso (mais de uma classificação pode ser assinalada)									
	Wigglesworth Expandida	<input type="checkbox"/> W1	<input type="checkbox"/> W2	<input type="checkbox"/> W3	<input type="checkbox"/> W4	<input type="checkbox"/> W5	<input type="checkbox"/> W6	<input type="checkbox"/> W7	<input type="checkbox"/> W8	<input type="checkbox"/> W9
	SEADE	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3	<input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> S5	<input type="checkbox"/> S6	<input type="checkbox"/> S7	<input type="checkbox"/> S8	
	Lista brasileira	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 1.2.1	<input type="checkbox"/> 1.2.2	<input type="checkbox"/> 1.2.3	<input type="checkbox"/> 1.3	<input type="checkbox"/> 1.4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
29	Recomendações e medidas de prevenção									
29.1	Planejamento familiar									
29.2	Pré-natal									
29.3	Assistências 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31	Responsável									
	Nome	<input type="text"/>	Carimbo e rubrica							<input type="text"/>

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)

**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](http://www.aids.gov.br)).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	<b>AIDS</b>	Código (CID10) B 24
	3 Data da Notificação	Código (IBGE)	
Dados de Residência	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)	Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
Dados 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	29 Zona 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso		
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação	Provável modo de transmissão
32 Transmissão vertical		33 Sexual	
34 Sanguínea		Uso de drogas injetáveis	Transfusão sanguínea
35 Data da transfusão/acidente		36 UF	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente
38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente		Código (IBGE)	
Dados do Laboratório	39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?	Código	
	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV	Código (IBGE)	

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

Sinan NET

SVS

08/06/2006

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Rua Magalhães Filho, 655 – Centro/Sul – Teresina-PI

CEP: 64001-350 – CNPJ: 04.769.874/0001-69

Fone: (86) 3200-9999 – Site: [www.coren-pi.org.br](http://www.coren-pi.org.br)

E-mail: [protocolo@coren-pi.org.br](mailto:protocolo@coren-pi.org.br)



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Critérios de definição de casos de aids	<b>41 Critério Rio de Janeiro/Caracas</b> 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*		<input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2)		
	<i>*Excluída a tuberculose como causa</i>				
	<b>42 Critério CDC adaptado</b> 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês		<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm <sup>3</sup>		
	<b>43 Critério óbito -</b> 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 <input type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/> 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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

## 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 - Individual	
	2 Agravado/doença <b>MENINGITE</b> 1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA 2 - OUTRAS MENINGITES	3 Data da Notificação	
	4 UF 5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	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 1 - 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		
Dados de Residência	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	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)	
<b>Dados Complementares do Caso</b>			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
	33 Vacinação 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Nº Doses Data da Última Dose	Nº Doses Data da Última Dose
	34 Doenças Pré-existentes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Polissacarídica A/C <input type="checkbox"/> Polissacarídica B/C <input type="checkbox"/> Conjugada meningocócica <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Triplíce <input type="checkbox"/> Hemófilo (Tetravalente ou Hib) <input type="checkbox"/> Pneumococo <input type="checkbox"/> Outra	
	35 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas)	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV + <input type="checkbox"/> Outras Doenças Imunodepressoras <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Infecção Hospitalar <input type="checkbox"/> Outro	
	36 Nome do Contato	37 (DDD) Telefone	
38 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)	39 Caso Secundário 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Dados Clínicos	40 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca <input type="checkbox"/> Abaulamento de Fontanela <input type="checkbox"/> Petéquias/Sufusões Hemorrágicas <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Kernig/Brudzinski <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Outras	

Meningite

Sinan NET

SVS 15/10/2007

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

Rua Magalhães Filho, 655 – Centro/Sul – Teresina-PI

CEP: 64001-350 – CNPJ: 04.769.874/0001-69

Fone: (86) 3200-9999 – Site: [www.coren-pi.org.br](http://www.coren-pi.org.br)

E-mail: [protocolo@coren-pi.org.br](mailto:protocolo@coren-pi.org.br)



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

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

**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



Autarquia Federal – Lei 5.905/73

(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)

## 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	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (CID10) B 57.1
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	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS
	17 UF	18 Município de Residência	16 Nome da mãe
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	19 Distrito
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	20 Código (IBGE)
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	24 Geo campo 1
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	27 CEP
	30 País (se residente fora do Brasil)	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	35 Data de encontro dos vestígios	36 História de Uso de Sangue ou Hemoderivados nos Últimos 120 Dias
	37 Existência de Controle Sorológico na Unidade de Hemoterapia	38 Manipulação/Contato de Material com T. cruzi	39 Menor ou igual a 9 meses de idade: Mãe com Infecção Chagásica
40 Possibilidade de transmissão por via oral			

Doença de Chagas Aguda

Sinan NET

SVS

08/10/2009

(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)



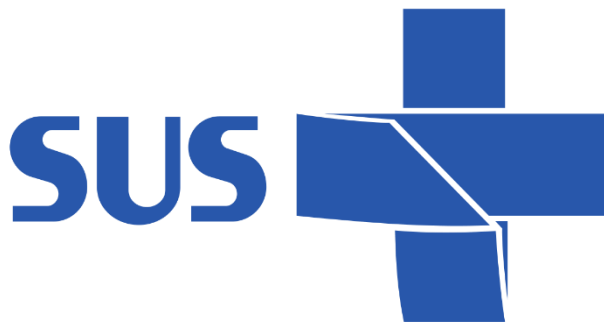
# Coren<sup>PI</sup>

Conselho Regional de Enfermagem do Piauí

---

Autarquia Federal – Lei 5.905/73

**(ALTERAR CABEÇALHO PARA LOGOMARCA E DADOS DA INSTITUIÇÃO)**



**(ALTERAR RODAPÉ PARA DADOS DA INSTITUIÇÃO)**

---

Rua Magalhães Filho, 655 – Centro/Sul – Teresina-PI  
CEP: 64001-350 – CNPJ: 04.769.874/0001-69  
Fone: (86) 3200-9999 – Site: [www.coren-pi.org.br](http://www.coren-pi.org.br)  
E-mail: [protocolo@coren-pi.org.br](mailto:protocolo@coren-pi.org.br)