

Nota Informativa VIGEPI nº 01/2024 14 de março de 2024

Área Técnica de Vigilância e Controle das Arboviroses

Assunto: Notificações, investigações de casos e critérios necessários para realização dos exames diagnósticos e complementares para ZDC (zika, dengue e chikungunya)

É objetivo desta NOTA informar aos profissionais da rede municipal de saúde do município de Arapiraca/AL acerca das notificações, investigações e critérios necessários para solicitação dos exames diagnósticos e complementares mediante suspeição de casos das principais arboviroses: dengue, zika e chikungunya.

1. DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

A notificação compulsória é obrigatória para médicos e outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, devendo ser realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo estabelecido.

Conforme dispõe a Portaria GM/MS n.º 420, de 2 de março de 2022, que altera o Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 28 de setembro de 2017, dengue, chikungunya e Zika são doenças de notificação compulsória, ou seja, todo caso suspeito e/ou confirmado deve ser obrigatoriamente notificado ao Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

1.1 DA PERIODICIDADE DO ENVIO DAS NOTIFICAÇÕES REALIZADAS PARA A SMS/ÁREA TÉCNICA DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DAS ARBOVIROSES

Ordem	Agravo	Notificação e comunicação Imediata a SMS	Notificação e comunicação Semanal a SMS
01	Dengue - Casos		x
02	Dengue - Óbito	x	
03	Doença aguda pelo vírus Zika		x

04	Doença aguda pelo vírus Zika em gestante	x	
05	Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	x	
06	Febre de Chikungunya		x
07	Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	x	

Nota: Os casos de Notificação Compulsória Imediata devem ser comunicados imediatamente, em até 24 (vinte quatro) horas desse atendimento, à Secretaria Municipal de Saúde através do email arapiracadengue@gmail.com

2. DA DEFINIÇÃO DE CASO

2.1 CASO SUSPEITO DE DENGUE

Indivíduo que resida em área onde se registram casos de dengue ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão ou presença de *Aedes aegypti*, apresentar febre mesmo que referida (alta, podendo variar de 38°C a 40°C), com duração usualmente entre dois e sete dias, e duas ou mais das seguintes manifestações clínicas:

- Náusea/vômitos;
- Exantema;
- Mialgia/artralgia;
- Cefaleia/dor retro-orbital;
- Petéquias/prova do laço positiva;
- Leucopenia.

2.1.1 CASO SUSPEITO DE DENGUE COM SINAIS DE ALARME

Todo caso de dengue que, no período de defervescência da febre, apresenta um ou mais dos seguintes sinais de alarme:

- Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua ou sensibilidade.
- Vômitos persistentes.

- Acúmulo de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico).
- Hipotensão postural e/ou lipotimia.
- Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal.
- Letargia/irritabilidade.
- Sangramento de mucosa.
- Aumento progressivo do hematócrito.

2.1.2 CASO SUSPEITO DE DENGUE GRAVE

Todo caso de dengue que apresenta uma ou mais das condições a seguir:

- Choque ou desconforto respiratório em função do extravasamento grave de plasma.
- Choque evidenciado por taquicardia, pulso débil ou indetectável, taquicardia, extremidades frias e tempo de perfusão capilar >2 segundos, e pressão diferencial convergente <20mmHg, indicando hipotensão em fase tardia.
- Sangramento grave segundo a avaliação do médico (exemplos: hematêmese, melena, metrorragia volumosa e sangramento do sistema nervoso central).
- Comprometimento grave de órgãos, a exemplo de dano hepático importante (AST/ ALT>1.000 U/L), do sistema nervoso central (alteração da consciência), do coração (miocardite) ou de outros órgãos.

2.1.1 CASO SUSPEITO DE ZIKA

Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de um dos seguintes sinais e sintomas:

- Febre;
- Hiperemia conjuntival/conjuntivite não purulenta;
- Artralgia/poliartralgia;
- Edema periarticular.

2.2 CASO SUSPEITO DE CHIKUNGUNYA

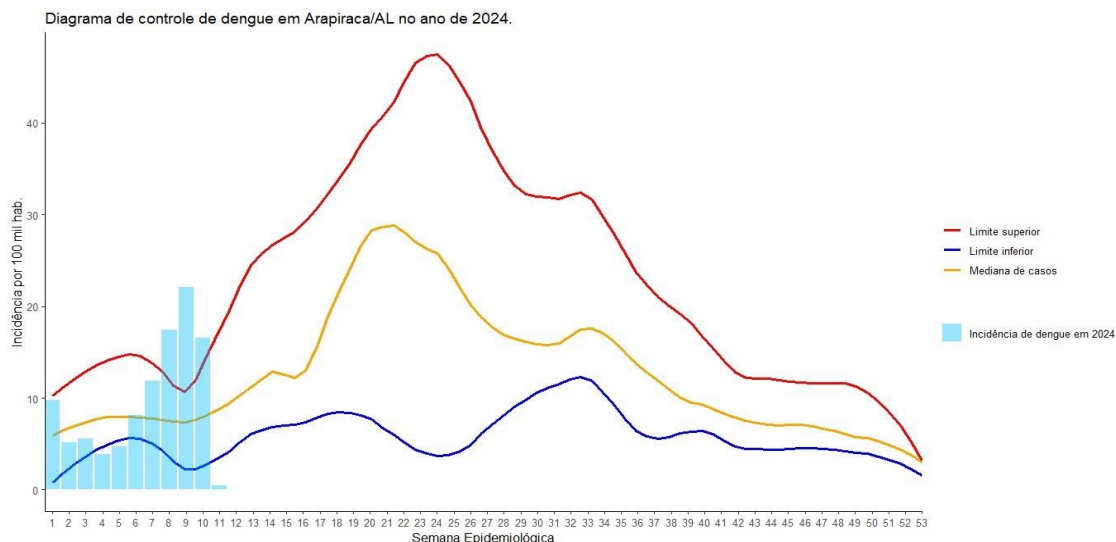
Paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou artrite intensa de início agudo, não explicado por outras condições, residente em (ou que tenha visitado) áreas com transmissão até duas semanas antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com caso importado confirmado.

3. DO ENCERRAMENTO DOS CASOS

Os casos de dengue, chikungunya e Zika devem ser encerrados oportunamente em até 60 dias após a data da notificação. Os dados de notificação, investigação e os resultados dos exames laboratoriais específicos, juntamente com a análise da situação epidemiológica, subsidiarão o diagnóstico final, considerando-se as definições de casos oficiais vigentes. Nos períodos epidêmicos, recomenda-se avaliar a capacidade local para investigar 100% dos casos notificados. Em situações nas quais esse procedimento for inviável, recomenda-se investigar prioritariamente: os primeiros casos de uma nova área; casos graves de dengue; manifestações atípicas e graves de chikungunya; casos de dengue e chikungunya entre idosos, além de gestantes e recém-nascidos de mães virêmicas que tiveram a doença durante a gestação. Para suspeita de Zika, recomenda-se investigar prioritariamente os primeiros casos de uma área, 100% das gestantes, de recém-nascidos e crianças (primeira infância), além de idosos.

Cabe destacar que devem ser obrigatoriamente investigados 100% dos casos suspeitos de manifestações neurológicas e óbitos por dengue, chikungunya e Zika.

4. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM ARAPIRACA.



Ao analisar nosso Diagrama de Controle para Dengue no ano de 2024 até a semana epidemiológica de número 10 (03/03/2024 a 09/03/2024), percebe-se que a incidência de dengue em nosso município (representado pelas barras na cor azul) vem mantendo-se acima da linha vermelha nas últimas duas semanas, indicando que já começamos a apresentar uma quantidade de casos acima do limite superior esperado demandando atenção e alerta.

5. REALIZAÇÃO DOS EXAMES ESPECÍFICOS PARA DIAGNÓSTICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames específicos para diagnóstico de Dengue, Zika e Chikungunya devem ser solicitados para os pacientes que atendam aos critérios estabelecidos no Guia de Vigilância em Saúde (2023), ou seja, aqueles que atendem à definição de caso suspeito para cada doença.

É importante esclarecer sobre a imperiosa necessidade de identificação do sorotipo circulante do vírus dengue (DENV) no Estado, e para que seja possível tal investigação, as amostras (PCR) devem ser obtidas em tempo oportuno para diagnóstico molecular.

5.1 CRITÉRIOS DE OPORTUNIZAÇÃO DA COLETA DE AMOSTRAS

AGRAVO	METODOLOGIA
DENGUE	PCR ou NS1 - Até o 5º dia após o início dos sintomas ISOLAMENTO VIRAL - Até o 5º dia após o início dos sintomas SOROLOGIA - A partir do 8º dia após o início dos sintomas
ZIKA	PCR - Até o 5º dia após o início dos sintomas SOROLOGIA - A partir do 8º dia após o início dos sintomas
CHIKUNGUNYA	PCR - Até o 5º dia após o início dos sintomas SOROLOGIA - A partir do 8º dia após o início dos sintomas

5.2 PROTOCOLOS NECESSÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES ESPECÍFICOS

- Ficha de notificação do agravo/doença suspeita preenchida (anexo I)

- Requisição de exame do sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL preenchida (anexo II)

Encaminhar o paciente para o Laboratório Municipal (segunda à sexta-feira) a partir das 7:30 às 12:30hrs de posse das guias citadas + documento de identidade com foto + Cartão SUS ou CPF. Não é necessário jejum.

5.3 PROTOCOLOS NECESSÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

5.3.1 Hemograma com contagem de Plaquetas

O exame “Hemograma com contagem de plaquetas” pode ser solicitado como exame complementar. O profissional de saúde solicitante deve colocar a justificativa “Suspeito Dengue” e o número da notificação do SINAN no receituário de solicitação do exame, sendo critério para a aceitação da requisição pela rede municipal de laboratórios conveniados, listados na tabela 1.

Tabela 1 . Rede de laboratórios conveniados para a realização de hemograma com contagem de plaquetas em Arapiraca/Al.

LABORATÓRIO	ENDEREÇO
Lab. Nossa Senhora de Fátima	RUA SAO FRANCISCO, 470, CENTRO
Lab. Santa Maria	RUA MONSENHOR MACEDO, 199
Lab. Nossa Senhora das Dores	AVENIDA RIO BRANCO, 340
Lab. José Mendes	AVENIDA RIO BRANCO, 334
Lab. Análise	RUA SAO FRANCISCO, 582
Lab. Diagnóstico	AVENIDA RIO BRANCO, 480
Lab. Lima do Vale	RUA SÃO FRANCISCO, 896
Lab Lac	RUA PEDRO NUNES DE ALBUQUERQUE, 140
Lab. Lacel	RUA FERNANDES LIMA, 558
Lab. Santa Terezinha das Rosas	AVENIDA PEDRO LEAO, 162
Lab. Saúde	RUA MANOEL LEAO, 50



Lab. Santa Mônica

RUA PADRE CICERO, 103

Fonte: Superintendência de Regulação Controle Avaliação e Auditoria Municipal - SURCAA

Verônica Maria dos Santos

Verônica Maria dos Santos

Coordenação de Dengue e outras arboviroses

Ruana Silva de Paula

Ruana Silva de Paula

Coordenação de Vigilância Epidemiológica

Evandro da Silva Melo Junior

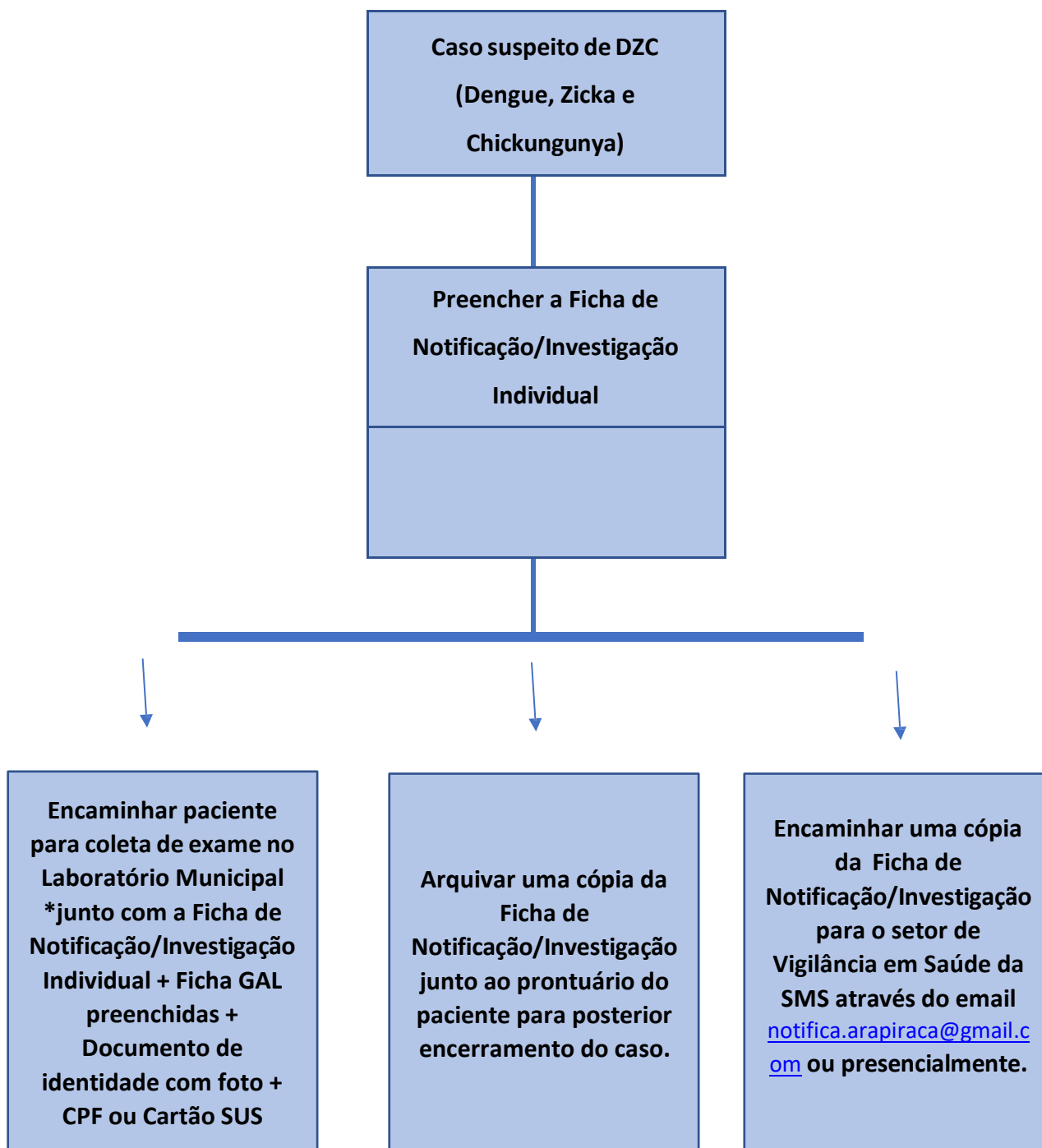
Evandro da Silva Melo Junior

Superintendente de Vigilância em Saúde

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia de Vigilância em Saúde [versão eletrônica]. 6. ed. Brasília (DF): MS; 2023. Disponível em: < [Guia de vigilância em saúde: volume 1 \(6ª edição\) — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](https://www.gov.br/saude/pt-br/publicacoes/guia-de-vigilancia-em-saude)>.
2. Saúde Alagoas, Superintendência de Vigilância em Saúde. Nota Informativa SUVISA nº16/2023: Diagnóstico laboratorial por Biologia Molecular para arboviroses (dengue, zika e chikungunya), solicitação, coleta e envio ao LACEN/AL. 17 de março de 2023.

FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE ZDC



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 resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravos/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA <input type="checkbox"/>	Código (CID10) A 90 A 92	3 Data da Notificação
	4 UF		5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	

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 <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <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
<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		Exame PRNT		38 Resultado
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37 Data da Coleta		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		Exame NS1		42 Resultado
	39 Data da Coleta	40 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado	41 Data da Coleta		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado
	43 Isolamento Data da Coleta	44 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado	45 RT-PCR Data da Coleta		46 Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado
47 Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4 - DENV 4	48 Histopatologia 1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado	49 Imunohistoquímica 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado			

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		

Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)				
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <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 <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravo 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado	66 Data do Óbito		67 Data do Encerramento		

Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave

Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme <input type="checkbox"/> 1-Sim 2- Não	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm	
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos	
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não	Extravasamento grave de plasma:		Sangramento grave:	
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia		Comprometimento grave de órgãos:	
			<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000	<input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência
			<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar: _____	
71 Data de início dos sinais de gravidade:				

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

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



REQUISIÇÃO

1 N° Requisição:		2 Unidade de Saúde (ou outra fonte):*			3 CNES:*		
4 Município de Atendimento:					5 Código IBGE:*		6 UF:
7 Nome do Profissional de Saúde:*				8 Registro Conselho/Matricula:*		9 Assinatura:	
10 Data de Solicitação:*		11 Data dos Primeiros Sintomas:		12 Caso: 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - Óbito 6 - Caso grave 7 - Surto 9 - Ignorado			
13 Tratamento: Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado		14 Etapa de Tratamento: 1 - Pretratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado		15 Paciente Tomou Vacina? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		16 Data da Última Dose:	
17 Qual Vacina?		18 Finalidade: 1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação Especifique: 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado					

PACIENTE

19 Nome do Paciente:*									
20 Data de Nascimento:*		21 Idade:*		22 Sexo:*		23 Idade Gestacional:		24 Nacionalidade:	
		Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s)		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		1 - 1º Trim. 2 - 2º Trim. 3 - 3º Trim. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado			
25 Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação			26 Etnia:		27 Nome da Mãe:				
28 Documento do Paciente 1: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS Número: 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN				29 Documento do Paciente 2: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS Número: 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN					
30 Logradouro: (Rua, Avenida...)								31 Número:	
32 Complemento do Logradouro:			33 Ponto de Referência:			34 Bairro:			
35 Município de Residência:*					36 Código IBGE:*		37 UF:		
38 CEP:		39 DDD / Telefone:		40 Zona: 1 - Urbana 2 - Periurbana 3 - Rural 9 - Ignorado		41 País (Se reside fora do Brasil):*			

AMOSTRA / EXAME

42 Exame Solicitado:*	43 Material Enviado:*	44 Amostra:*	45 Tipo de Amostra:	46 Data da coleta:*	47 Usou medicamento antes da data da coleta?
		(1ª, 2ª, 3ª, Única)	1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique:
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique:
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique:
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique:
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique:

SINAN

48 Agravo/Doença:		49 CID 10:*		50 N° Notificação do SINAN:*		51 Data de Notificação:*	
52 Unidade de Saúde Notificante:					53 CNES*		
54 Município de Notificação:					55 Código IBGE*		56 UF:

DADOS COMPLEMENTARES

57 Dados Clínicos/Laboratoriais:							
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--