

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica

Sistema
de Informação
de Agravos
de Notificação

((Sinan))

2.^a edição

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Normas e Rotinas



Brasília – DF
2007

© 2007 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>
O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 2.^a edição – 2007 – 20.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Edifício Sede, 1.º andar
70058-900 Brasília – DF
E-mail: svs@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/svs

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Equipe técnica GT-Sinan/ CGDT/ DEVEP/ SVS/ MS:

Carla Magda Allan Santos Domingues
Carolina Novaes Carvalho
Geraldo Augusto de Moraes Figueiredo
Ronaldo de Almeida Coelho
Ruth Glatt

Colaboração:

Denise Leão Ciríaco – Divisão de Informações e Análise – SES/AL
José Olímpio Albuquerque – SMS/SP
Maria Fernanda Sardella Alvim Hilton – PN-DST/AIDS
Vera Gattás – CGDT/ DVE/ SVS/ MS
Wendell Kill – DATASUS/MS

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.
68 p. : il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-334-1331-3

1. Sistemas de informação. 2. Notificação de doenças. 3. Planejamento em saúde comunitária. I. Título. II. Série.

NLM Z 699

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0098

Títulos para indexação:

Em inglês: Information System on Diseases of Compulsory Declaration – Sinan: rules and routines

Em espanhol: Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Compulsoria – Sinan: normas y rutinas

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

71200-040 Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe Editorial:

Normalização: Karla Gentil

Revisão: Lilian Assunção, Vânia Lucas e Augusto Corado (Estagiário)

Capa, projeto gráfico e diagramação: Denis Gonçalves

SUMÁRIO

Apresentação,	7
1 Objetivo,	9
2 Atribuições das três esferas de governo,	9
2.1 União,	9
2.2 Estados,	10
2.3 Municípios,	11
2.4 Distrito Federal,	11
3 Implantação do sistema,	12
3.1 Instrumentos de coleta de dados,	12
3.1.1 Ficha de notificação,	12
3.1.2 Ficha de investigação,	14
3.1.2.1 Planilha e boletim de acompanhamento de surto,	16
3.1.2.2 Boletins de acompanhamento de hanseníase e de tuberculose,	16
3.1.2.3 Boletim de inquérito de tracoma,	17
3.1.3 Características dos bancos de dados,	17
3.1.3.1 Campos-chave identificadores do registro no sistema,	17
3.1.3.2 Banco de dados,	17
3.1.4 Cadastramento das unidades notificantes,	18
3.1.5 Informatização do nível regional e/ou municipal e unidades de saúde,	18
3.1.5.1 Descentralização de bancos de dados, anterior à implantação do Sinan nos municípios,	18
3.1.5.2 Informatização da notificação e investigação de agravos notificados como suspeitos e/ou confirmados,	19
3.1.5.2.1 Notificação e investigação realizada no município de residência,	19
3.1.5.2.2 Notificação de casos realizada pelo município notificante (fora do município de residência) e investigação realizada no município de residência,	19
3.1.5.2.3 Notificação e investigação de casos realizados pelo município notificante (fora do município de residência),	22
3.1.5.2.4 Atualização e correções das informações,	22
3.1.5.3 Informatização da ficha de notificação/investigação e boletim de acompanhamento para hanseníase e tuberculose,	22
3.1.5.3.1 Notificação/investigação e/ou acompanhamento de casos fora do município de residência (município notificante),	22

3.1.5.3.2	Atualização das informações ,	23
3.1.5.4	Exclusão de registros duplicados ,	23
3.1.5.5	Duplo registro e vinculação de casos de hanseníase e tuberculose,	24
3.1.5.6	Casos homônimos,	26
3.1.5.7	Reenviando um registro isolado,	26
3.1.6	Fluxo de dados,	26
3.1.6.1	Notificação periódica,	26
3.1.6.2	Periodicidade de envio de dados ,	26
3.1.6.2.1	Do nível municipal para o nível estadual,	26
3.1.6.2.2	Do nível estadual para o nível federal,	27
3.1.7	Fluxograma de dados,	28
3.1.8	Encerramento de casos notificados como suspeitos e/ou confirmados,	28
3.2	Transmissão de dados,	30
3.2.1	Execução da rotina de transferência,	30
3.2.2	Compactação de arquivos,	31
3.3	Qualidade das informações,	31
3.4	Sigilo dos dados ,	32
4	Rotinas para notificação de casos,	33
4.1	Agravos incluídos na base de dados do Sinan,	33
4.2	Lista nacional de doenças de notificação compulsória,	33
4.3	Lista dos agravos de interesse nacional,	33
4.4	Inclusão de agravos de interesse estadual,	33
4.5	Notificação de casos,	34
4.5.1	No ato da constatação da ocorrência ou confirmação do caso (notificação imediata),	34
4.5.2	Prazo para inclusão de novas notificações no Sinan,	35
4.5.3	Prazo para encerramento oportuno da investigação do caso,	37
4.5.4	Prazo para encerramento do banco de dados para efeito estatístico do ano anterior (atualização da base de dados do Sinan em nível nacional)	38
4.5.5	Notificação negativa,	41
5	Rotinas de operacionalização do Sinan,	42
5.1	Notificação negativa,	42
5.2	Agravos notificados a partir da suspeita e/ou confirmação,	43
5.2.1	Fichas de notificação,	43
5.2.2	Ficha de investigação,	44

5.2.3	Ficha de notificação/investigação ,	45
5.2.4	Acompanhamento,	46
5.3	Surto,	46
5.3.1	Ficha de notificação,	46
5.3.2	Ficha de investigação,	48
5.3.3	Planilha de casos de acompanhamento de surto,	48
5.4	Boletim de inquérito de tracoma,	49
5.5	Duplicidade/duplo registro,	49
5.6	Cadastramento de outros agravos que não façam parte da listagem do Sinan e que são prioritários para estado ou município,	50
5.6.1	Para a inclusão de novos agravos observar,	50
5.6.2	Procedimento,	50
5.7	Cadastramento de novas unidades e/ou profissionais liberais como unidades notificantes,	50
5.8	Cruzamento dos dados,	51
5.9	Transferência de dados dos sistemas,	51
5.10	Cópias de segurança dos sistemas,	51
	Referências,	52
	Anexos,	55
	Anexo A – Abordagem Sindrômica,	55
	Anexo B – Portaria n.º 5,	63

APRESENTAÇÃO

Este Manual tem como finalidade padronizar a utilização do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), nas três esferas de governo.

O Sinan foi implantado, de forma gradual, a partir de 1993. No entanto, esta implantação foi realizada de forma heterogênea nas unidades federadas e municípios, não havendo uma coordenação e acompanhamento por parte dos gestores de saúde, nas três esferas de governo. Em 1998, o Centro Nacional de Epidemiologia – Cenepi retoma este processo e constitui uma comissão para desenvolver instrumentos, definir fluxos e um novo *software* para o Sinan, além de definir estratégias para sua imediata implantação em todo o território nacional, através da Portaria Funasa/MS n.º 073 de 9/3/98 (BRASIL, 1998).

A partir de 1998, o uso do Sinan foi regulamentado (BRASIL, 1998), tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal, bem como designando a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), por meio do Cenepi, como gestora nacional do Sistema.

Com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em 2003, as atribuições do Cenepi passam a ser de responsabilidade da SVS.

Este sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.

Sua utilização efetiva permitirá a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribuirá para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. Pode, portanto, tornar-se um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

Nesse sentido, a utilização do Sinan, em conjunto com os demais Sistemas de Informação em Saúde, torna-se uma importante ferramenta para facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população.

Jarbas Barbosa da Silva Junior
Secretário

1 OBJETIVO

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.

2 ATRIBUIÇÕES DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

As atribuições das três esferas de governo com relação à gestão, à estruturação e à operacionalização do Sistema de Informação Epidemiológica Informatizada, a fim de garantir a alimentação permanente e regular de dados nacionais, estaduais e municipais, foram definidas pela Portaria MG/MS n.º 1.399 (BRASIL, 1999) e Portaria GM/MS n.º 95 (BRASIL, 2001) e Instrução Normativa SVS/MS n.º 2 (BRASIL, 2005)

A seguir, apresentamos de forma sistematizada essas atribuições:

2.1 UNIÃO

Compete à SVS/MS, como gestora nacional do Sinan:

- I. estabelecer diretrizes e normas técnicas para o Sinan;
- II. prestar apoio técnico às unidades federadas para utilização e operacionalização do Sinan;
- III. estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível estadual;
- IV. atualizar e fornecer as versões do Sinan e os modelos de instrumentos de coleta de dados para as unidades federadas;
- V. coordenar a seleção dos códigos correspondentes aos agravos de interesse estadual e municipal, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID 10;
- VI. consolidar os dados provenientes das unidades federadas;
- VII. informar às unidades federadas a ocorrência de casos de notificação compulsória, detectados em países que fazem fronteira com o Brasil, ou a ocorrência de surtos ou epidemias, com risco de disseminação no país;

VIII. avaliar regularidade, completitude, consistência e integridade dos dados e duplicidade de registros, efetuando os procedimentos definidos como de responsabilidade do nível nacional, para a manutenção da qualidade da base de dados;

IX. realizar análises epidemiológicas e operacionais;

X. retroalimentar as informações para os integrantes do sistema; e

XI. divulgar informações e análises epidemiológicas.

2.2 ESTADOS

Compete aos estados:

I. consolidar os dados do Sinan provenientes dos municípios;

II. prestar apoio técnico aos municípios para utilização e operacionalização do Sinan;

III. coordenar a seleção dos códigos correspondentes a tabela de estabelecimentos de saúde a ser utilizada pelo Sinan;

IV. estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal, respeitando os fluxos e prazos estabelecidos pela SVS/MS;

V. distribuir as versões do Sinan e seus instrumentos de coleta de dados para os municípios;

VI. enviar os dados à SVS/MS regularmente, observados os prazos estabelecidos nesta Portaria;

VII. informar às outras unidades federadas a ocorrência de casos de notificação compulsória, detectados na sua área de abrangência (residentes em outras unidades federadas), ou a ocorrência de surtos ou epidemias, com risco de disseminação no país;

VIII. informar à SVS/MS a ocorrência de surtos ou epidemias, com risco de disseminação no país;

IX. avaliar a regularidade, completitude, consistência e integridade dos dados e duplicidade de registros, efetuando os procedimentos definidos como de responsabilidade da unidade federada, para a manutenção da qualidade da base de dados;

X. realizar análises epidemiológicas e operacionais;

XI. retroalimentar as informações para os integrantes do sistema;

XII. divulgar informações e análises epidemiológicas; e

XIII. normatizar aspectos técnicos em caráter complementar a atuação do nível federal para a sua área de abrangência.

2.3 MUNICÍPIOS

Compete aos municípios:

- I. prestar apoio técnico às unidades notificantes;
- II. coletar e consolidar os dados provenientes de unidades notificantes;
- III. estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelas unidades notificantes; respeitando os fluxos e prazos estabelecidos pela SVS/MS;
- IV. enviar os dados ao nível estadual, observados os fluxos e prazos estabelecidos pelos estados e pela SVS/MS;
- V. distribuir as versões do Sinan e seus instrumentos de coleta de dados para as unidades notificantes;
- VI. informar à unidade federada a ocorrência de casos de notificação compulsória, detectados na sua área de abrangência, residentes em outros municípios, ou a ocorrência de surtos ou epidemias, com risco de disseminação no país;
- VII. avaliar a regularidade, completitude, consistência e integridade dos dados e duplicidade de registros, efetuando os procedimentos definidos como de responsabilidade do município, para a manutenção da qualidade da base de dados;
- VIII. realizar análises epidemiológicas e operacionais;
- IX. retroalimentar os dados para os integrantes do sistema;
- X. divulgar informações e análises epidemiológicas; e
- XI. normatizar aspectos técnicos em caráter complementar à atuação do nível estadual para a sua área de abrangência.
- XII. Executar a rotina “fluxo de retorno” para obter os casos residentes notificados por outros municípios/estado e disponibilizar o arquivo gerado para os seus distritos sanitários, semanalmente.

2.4 DISTRITO FEDERAL

Compete ao Distrito Federal, no que couber, simultaneamente, as atribuições referentes a estados e municípios.

3 IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA

3.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

É fundamental a utilização de instrumentos de coleta padronizados. Toda vez que os instrumentos de coleta forem alterados, os instrumentos antigos devem ser recolhidos e substituídos pelos novos instrumentos de coleta. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) deve coordenar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), essa substituição.

3.1.1 FICHA DE NOTIFICAÇÃO

As unidades federadas deverão utilizar o modelo padronizado pela SVS/MS. A Ficha de Notificação deverá ser impressa em duas vias pré-numeradas. A primeira via deverá ser enviada pela unidade de saúde para o local no qual será feita a digitação, caso a unidade de saúde não seja informatizada, e a segunda via deverá ser arquivada na própria unidade de saúde.

Caso a unidade federada opte por não trabalhar com a Ficha de Notificação pré-numerada em duas vias, as informações preenchidas na Ficha de Notificação deverão ser transcritas para o cabeçalho da ficha de investigação do respectivo agravo notificado.

A impressão, distribuição e o controle da Ficha de Notificação pré-numerada para os municípios é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, podendo ser delegada para o município.

A distribuição e o controle da Ficha de Notificação pré-numerada para as unidades de saúde e outras fontes notificadoras é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

A importância na utilização de fichas de notificação pré-numeradas consiste em evitar que haja sobreposição de fichas de notificação de dois casos distintos, que tenham os mesmos campos-chave identificadores do registro no sistema (mesmo número, data de notificação, município de notificação e agravo).

Este fato ocorre quando a digitação dessas fichas de notificação, que apresentam os mesmos campos-chave identificadores do registro, é realizada em dois microcomputadores. Ao ser realizada a transferência desses dados para o computador centralizador do município, as informa-

ções da Ficha de Notificação que forem transferidas em segundo lugar irão sobrepor as informações da primeira ficha, transferida anteriormente, o que acarretará perda de notificações.

A Ficha de Notificação deverá ser utilizada para:

- **Notificação negativa;**
- **Notificação individual de casos suspeitos e/ou confirmados dos seguintes agravos de notificação compulsória:** carbúnculo ou “antraz”, cólera, coqueluche, dengue, difteria doença de Chagas (casos agudos) doença de Creutzfeldt-Jacob, doença meningocócica e outras meningites, eventos adversos pós-vacinação, febre amarela, febre do Nilo, febre maculosa, febre tifóide, hantaviruses, hepatites virais, *Influenza* humana por novo subtipo (pandêmico) e botulismo, leishmaniose visceral, leptospirose, malária (em área não endêmica), paralisia flácida aguda/poliomielite peste, raiva humana, rubéola, sarampo, síndrome febril ictero-hemorrágica aguda síndrome da rubéola congênita, síndrome respiratória aguda grave, tétano acidental e tétano neonatal, tularemia e varíola;
- **Notificação individual de casos suspeitos e/ou confirmados dos seguintes agravos de interesse nacional:** acidente por animais peçonhentos, atendimento anti-rábico humano, intoxicação exógena e varicela;
- **Notificação de casos suspeitos e/ou confirmados dos agravos de interesse estadual e municipal;**
- **Notificação de surto ou agregado de casos/óbitos por:**
 - agravos de origem desconhecida. A notificação destes agravos deverá ser realizada por meio da abordagem sindrômica, de acordo com as seguintes categorias: diarreia aguda sanguinolenta, icterícia aguda, febre hemorrágica aguda, respiratória aguda, neurológica aguda, insuficiência renal aguda e outras síndromes (definições ver anexo A);
 - casos agregados constituindo uma situação epidêmica das doenças que não constam na Lista de Doenças de Notificação Compulsória (LDNC);
 - surto de doenças da LDNC com alteração no padrão epidemiológico;
 - casos agregados das doenças que constam na LDNC, mas cujo volume das notificações torne operacionalmente inviável o registro individualizado dos casos.

Nota 1: A utilização do módulo de surtos para a notificação de agravos que constam na lista de notificação compulsória deve ser acordada entre os gestores federal, estadual e

municipal, tanto para iniciar este processo de notificação agregada de casos, quanto para finalizá-lo.

Nota 2: Quando o surto/epidemia for de agravos que constem na LDNC, pelo menos 10% dos casos deverão ser investigados e cadastrados no Sinan, utilizando o módulo de notificação individual, além de serem coletadas e processadas amostras biológicas para os referidos casos.

Nota 3: Outras denominações como surto epidêmico, epidemias ou agregações de casos devem ser compreendidos como surto/epidemia para fins de notificação.

Atenção: A notificação de surto/epidemias só deverá ser utilizada nos casos acima descritos, portanto, o instrumento de coleta de dados agregados não substitui a notificação individual de casos da LDNC.

A Ficha de Notificação não deverá ser utilizada para as doenças que são notificadas somente após a confirmação como aids (menores de 13 anos e maiores de 13 anos), esquistossomose em área não endêmica, hanseníase, gestante HIV +, leishmaniose tegumentar americana, tuberculose, sífilis congênita, sífilis em gestante e as doenças relacionadas à saúde do trabalhador (acidente de trabalho com exposição a material biológico, acidente de trabalho grave, câncer relacionado ao trabalho, dermatoses ocupacionais, Ler/Dort, Pair, pneumoconioses, transtornos mentais relacionados ao trabalho).

3.1.2 FICHA DE INVESTIGAÇÃO

As unidades federadas deverão utilizar o modelo padronizado pela SVS/MS específico para cada agravo de notificação compulsória ou de interesse nacional.

Com relação às fichas de investigação de casos suspeitos e/ou confirmados, a sua numeração deverá ser a mesma da Ficha de Notificação que deu origem ao caso, devendo ser transcrita, manualmente, no momento da abertura desta ficha.

As Fichas de Investigação de casos suspeitos e/ou confirmados e de surto poderão ser reproduzidas pelos municípios.

Preconiza-se para os casos que serão notificados somente após a confirmação como aids (menores de 13 anos e maiores de 13 anos), esquistossomose em área não endêmica, hanseníase, gestante HIV + , leishmaniose tegumentar americana, tuberculose, sífilis congênita, sífilis em gestante e as doenças relacionadas a saúde do trabalhador, a utilização da Ficha de Notificação/Investigação específica para cada agravo.

Deverá ser utilizado o número impresso na Ficha de Notificação, transcrevendo-o manualmente para a Ficha de Notificação/Investigação, sendo que essa Ficha de Notificação deverá ser inutilizada (será aproveitado apenas o número impresso), caso contrário poderá haver sobreposição de registros na base de dados.

Caso a unidade federada opte por fazer a pré-numeração das fichas de notificação/investigação para os casos notificados após a confirmação, deverá ser observado o seguimento da numeração para que não haja sobreposição com a numeração da Ficha de Notificação, devendo ser distribuída pela Secretaria Estadual de Saúde para os municípios.

Exemplo:

NUMERAÇÃO	INSTRUMENTO
1 a 80.000	Ficha de Notificação
80.001 a 90.000	Ficha de Notificação/Investigação de aids (pacientes menores de 13 anos)
90.001 a 100.000	Ficha de Notificação/Investigação de aids (pacientes maiores de 13 anos)
100.001 a 110.000	Ficha de Notificação/Investigação de Gestante HIV+
110.001 a 120.000	Ficha de Notificação/Investigação de Hanseníase
120.001 a 130.000	Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose

O controle e distribuição da Ficha de Notificação/Investigação pré-numerada para as unidades de saúde e outras fontes notificadoras é de responsabilidade da SMS.

Para os agravos de interesse estadual e municipal, somente o módulo de conclusão da Ficha de Investigação poderá ser digitado no sistema.

A Ficha de Notificação/Investigação de tuberculose deve ser utilizada para notificar os casos novos, recidivas, reingressos após abandono e transferências.

A Ficha de Notificação/Investigação de hanseníase deve ser utilizada para notificar os casos novos, recidivas, reingressos e transferências.

3.1.2.1 Planilha e boletim de acompanhamento de surto

As unidades federadas deverão utilizar os modelos padronizados pela SVS/MS, podendo ser reproduzidos pelo município.

3.1.2.2 Boletins de acompanhamento de hanseníase e de tuberculose

As unidades federadas deverão utilizar os modelos padronizados pela SVS/MS, sendo emitidos pelo próprio sistema.

Estes relatórios têm como objetivo a coleta na unidade de saúde e a inclusão no sistema, dos dados de acompanhamento dos casos, viabilizando, assim, à avaliação operacional das ações de controle.

Apresentam, por unidade de saúde, a relação de pacientes que estão em acompanhamento na unidade e seus respectivos dados para atualização.

Para tuberculose, o sistema seleciona, por unidade de saúde atual, os casos que têm pelo menos um mês e um dia de diagnóstico (data da emissão do relatório subtraída a data do diagnóstico é igual ou maior que 31 dias) e cuja situação de encerramento não tenha sido ainda informada.

Para hanseníase, o sistema seleciona, por unidade de saúde atual, os casos que têm o campo tipo de alta em branco.

Os dados de acompanhamento são apresentados no relatório da mesma forma como estão preenchidos, ou não, os respectivos campos na base de dados.

Para a emissão destes relatórios, o usuário tem as seguintes opções de seleção:

“Por município de notificação atual” – O sistema emite um boletim de acompanhamento para cada unidade de saúde do município selecionado que tenha casos que se enquadram nos critérios definidos acima.

“Por unidade de saúde atual” – O sistema emite o boletim da unidade selecionada e que tenha casos que se enquadram nos critérios definidos acima (ver também item 3.1.5.3.2). Atualização das informações (informatização dos boletins de acompanhamento de hanseníase e de tuberculose).

3.1.2.3 Boletim de inquérito de tracoma

Esse boletim deve ser utilizado para registrar os dados de inquéritos escolares e/ou domiciliares de tracoma.

Cada linha do Boletim corresponde a um caso de tracoma diagnosticado no inquérito, ou seja, somente para os casos positivos devem ser registrados dados do local de residência, sexo, idade, etc.

3.1.3 CARACTERÍSTICAS DOS BANCOS DE DADOS

3.1.3.1 Campos-chave identificadores do registro no sistema

O Sinan tem como campos-chave identificadores do registro no sistema (o número da notificação, data da notificação, município notificante – código do IBGE e agravo). Toda pesquisa de registro pela rotina de notificação individual do sistema, solicitará estas chaves para realizar a busca do mesmo.

3.1.3.2 Banco de dados

As notificações e investigações de casos registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan – versão Net) geram tabelas internas ao sistema, que compõem o arquivo Sinannet.dat.

Os dados de acompanhamento de hanseníase e tuberculose são armazenados juntamente com a investigação e sobrepostos na medida em que são atualizados, de modo que o banco contenha as últimas informações digitadas.

A junção dos dois arquivos (notificação e investigação e acompanhamento de um agravo específico) é feita por meio da rotina Exportação (menu Ferramentas).

3.1.4 CADASTRAMENTO DAS UNIDADES NOTIFICANTES

Unidades notificantes são, em geral, aquelas que prestam atendimento ao Sistema Único de Saúde. Outras unidades como hospitais privados e/ou consultórios particulares ou instituições não vinculadas ao setor Saúde (creche, etc.) poderão ser cadastradas no Sinan como fontes de notificação.

O Sinan irá trabalhar com a tabela de estabelecimentos de saúde composta pelos códigos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O cadastramento das unidades notificantes do Sinan segue os mesmos procedimentos já adotados para o CNES.

A cada atualização da tabela do CNES, o DATASUS irá realizar sua liberação pelo *site* <http://www.saude.gov.br/sinan_net>, que deverá ser atualizada pelas SES e SMS por meio de *download* de tabela, disponibilizada no *site* do Sinan Net.

3.1.5 INFORMATIZAÇÃO DO NÍVEL REGIONAL E/OU MUNICIPAL E UNIDADES DE SAÚDE

O Sinan foi desenvolvido para ser operacionalizado num nível administrativo o mais periférico possível, ou seja, a unidade de saúde. Caso o município não disponha de microcomputadores nas suas unidades, o mesmo pode ser operacionalizado a partir dos Distritos Sanitários, das Gerências de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais, das Regionais de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, tendo em vista que a assunção dessas atribuições depende da condição de gestão do município.

O processo de informatização gradual das regionais de saúde, municípios, distritos sanitários e unidades de saúde pressupõe rotinas prévias para o funcionamento adequado do Sinan em cada esfera de governo. Qualquer mudança na rotina de implantação poderá acarretar em alterações nas informações contidas no banco de dados.

Qualquer alteração nesta rotina deverá ser testada e comunicada a SVS/MS, antes que a mesma seja implantada.

3.1.5.1 Descentralização de bancos de dados, anterior à implantação do Sinan nos municípios

Cada regional, município ou unidade de saúde que implantar o Sinan deverá receber do nível hierárquico superior informatizado, o banco de dados contendo todos os registros por local

de notificação (série histórica de todos os casos registrados). Para tanto, é necessário utilizar a rotina Descentralização da base de dados, disponível no menu Ferramentas do Sistema. Somente a partir do banco de dados descentralizado é que deverá ter início a digitação das fichas de notificação/investigação e dados de acompanhamento dos casos de hanseníase e tuberculose nestas regionais, municípios ou unidades de saúde.

3.1.5.2 Informatização da notificação e investigação de agravos notificados como suspeitos e/ou confirmados

A notificação deverá ser encaminhada para que se proceda a digitação no núcleo de tratamento de dados da Secretaria Municipal de Saúde, caso a unidade de saúde não seja informatizada.

Em hipótese alguma, deve-se aguardar o encerramento da investigação para que as informações iniciais da Ficha de Notificação/Investigação sejam processadas.

A digitação da Ficha de Notificação no Sinan deverá ser realizada sempre pelo município notificante, independentemente do local de residência do paciente.

Em decorrência deste fato, configuram-se três situações diferentes, que serão descritas a seguir:

3.1.5.2.1 Notificação e investigação realizada no município de residência

Quando o município de notificação for igual ao município de residência do paciente, a digitação dos instrumentos de coleta do Sinan deverá ser realizada pelo próprio município.

3.1.5.2.2 Notificação de casos realizada pelo município notificante (fora do município de residência) e investigação realizada no município de residência

Quando o município de notificação for diferente do município de residência do paciente, a digitação da Ficha de Notificação deverá ser realizada pelo município notificante.

Os municípios informatizados deverão digitar tanto os casos residentes no próprio município, quanto aqueles residentes em outros municípios.

Os dados da Ficha de Notificação deverão ser processados logo que se tome conhecimento do caso.

Caso sejam coletadas informações constantes na ficha de investigação (epidemiológicas, clínicas e laboratoriais), estas só deverão ser encaminhadas para a digitação quando todas as informações estiverem disponíveis. (Exemplo: foram coletadas as informações clínicas, foram realizados exames laboratoriais, porém o resultado ainda não foi emitido. Portanto, deve-se aguardar a emissão do laudo laboratorial para que os respectivos campos sejam preenchidos na ficha de investigação. Só então, a mesma deverá ser encaminhada para a digitação).

O fluxo de retorno do sistema deverá ser utilizado para enviar a notificação/investigação do local de notificação para o local de residência do caso.

Quando este procedimento não é cumprido manualmente (com a marcação de um *flag* no sistema), após metade do prazo de encerramento da investigação, o sistema automaticamente habilitará o envio da notificação/investigação pelo fluxo de retorno para algumas doenças/ agravos. As notificações/investigações só serão liberadas para serem enviadas automaticamente pelo fluxo de retorno, quando:

- AIDS (Adulto e Criança) e Gestante HIV: O local de notificação deve liberar manualmente a notificação. Isso será feito marcando um *flag* na notificação/investigação depois que o local de notificação preencher todos os dados de sua competência naquele registro.
- Hanseníase e Tuberculose são transferidas somente após o encerramento do caso.
- Leishmaniose Tegumentar Americana: A liberação é feita automaticamente somente após o preenchimento dos campos: Evolução do Caso e Data do Encerramento.
- Leishmaniose Visceral, Síndrome da Rubéola Congênita e Hepatites Virais: A liberação é feita automaticamente somente após o preenchimento dos campos: Classificação Final e Data do Encerramento.

AGRAVO	PRAZO PARA LIBERAÇÃO DO FLUXO DE RETORNO
<ul style="list-style-type: none"> • Botulismo • Carbúnculo ou “Antraz” • Cólera • Coqueluche • Doenças Exantemáticas (Sarampo e Rubéola) • Dengue • Difteria • Doença de Creutzfeldt-Jacob • Doenças de Chagas (casos agudos) • Esquistossomose (em área não endêmica) • Febre Amarela • Febre do Nilo Ocidental • Febre Maculosa • Febre Tifóide • Hantavirose • Leptospirose • Malária • Meningite • Peste • Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda • Raiva Humana • Sífilis Congênita • Sífilis em gestante • Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica Aguda • Síndrome Respiratória Aguda Grave • Tétano Neonatal e Acidental • Tularemia • Varíola 	<p>30 dias após a data de notificação</p>

As Doenças relacionadas ao trabalho não farão parte do fluxo de retorno por serem notificados apenas em Unidades Sentinela.

Após a liberação para fluxo de retorno o registro fica bloqueado para alteração e exclusão e não pode ser desmarcado, para que não ocorra superposição das informações incluídas pelo local de residência pelas do local de notificação. O município que finalizará a investigação acrescentará os demais dados da ficha de investigação sendo, portanto, o responsável pelo encerramento do caso.

O fluxo de retorno deverá ser acessado pelo município na página <http://www.saude.gov.br/sinan_net>, semanalmente, para execução da rotina e recebimento do arquivo que por ventura contenha registros de seu município que tenham sido notificados por outro município.

A Regional de Saúde que realiza digitação de casos de municípios não informatizados também deverá acessar a página semanalmente e receber o fluxo de retorno dos municípios dos quais ela digita.

Os Distritos Sanitários para terem acesso ao arquivo de fluxo de retorno deverão aguardar a execução da rotina pelo município ao qual fazem parte e disponibilização do arquivo gerado, semanalmente, utilizando rotina disponibilizada no Sinan.

3.1.5.2.3 Notificação e investigação de casos realizados pelo município notificante (fora do município de residência)

Nesta situação, tanto a notificação quanto a investigação deverão ser digitadas no município notificante, realizando, portanto, o encerramento do caso.

Para que o município de residência atualize sua base de dados, referente a esses casos, é necessário que a SMS acesse a página <http://www.saude.gov.br/sinan_net>, semanalmente, para execução da rotina de fluxo de retorno e realize o recebimento do arquivo que por ventura contenha registros de seu município que tenham sido notificados/investigados por outro município.

Da mesma forma, como apontado no item 3.1.5.2.2 não haverá duplicidade de casos no nível hierárquico superior e sim uma sobreposição do mesmo caso não incorrendo em erro.

3.1.5.2.4 Atualização e correções das informações

Após a realização das rotinas estabelecidas nos itens 3.1.5.2.2 e 3.1.5.2.3, apenas o município de residência poderá realizar correções ou alterações nas fichas de notificação e investigação.

3.1.5.3 Informatização da ficha de notificação/investigação e boletim de acompanhamento para hanseníase e tuberculose

3.1.5.3.1 Notificação/investigação e/ou acompanhamento de casos fora do município de residência (município notificante)

Casos de hanseníase e tuberculose notificados e/ou acompanhados fora do município de residência (município notificante) deverão ter suas fichas de notificação/investigação e dados do

acompanhamento enviados, em papel, para o município de residência **somente após o encerramento do caso**, para serem digitados. Deverão ser incluídos, mantendo os mesmos campos-chave, evitando desta forma que ocorra duplicação do caso, conforme orientação do item 3.1.5.2.2.

Ressalta-se que as informações sobre o acompanhamento do caso deverão ser atualizadas apenas pelo município de notificação, ou seja, aquele que está acompanhando atualmente o paciente, e não pelo de residência.

A digitação deste caso no município de residência tem a finalidade de permitir que esse município possa conhecer a situação epidemiológica desse agravo, segundo o local de residência.

3.1.5.3.2 Atualização das informações

O nível central estadual (Secretarias Estaduais de Saúde), após a distribuição do banco de dados para cada regional, município ou unidade de saúde informatizados, digitarão somente as fichas de notificação/investigação para hanseníase e tuberculose e os boletins de acompanhamento dos casos de hanseníase e tuberculose das regionais ou municípios não informatizadas.

O boletim de acompanhamento dos casos de hanseníase e tuberculose deverá ser emitido, pelo primeiro nível informatizado, no mínimo quatro vezes por ano para tuberculose, em janeiro, abril, julho e outubro e duas vezes por ano para hanseníase, em janeiro e julho, e enviado às unidades de saúde para atualização manual dos dados de cada caso. As unidades de saúde, por sua vez, devem retornar o relatório de acompanhamento preenchido para o primeiro nível informatizado que irá digitar esses dados na tela de acompanhamento.

3.1.5.4 Exclusão de registros duplicados

Para os agravos agudos, considera-se duplicidade de registros de agravos notificados como casos suspeitos e/ou confirmados, quando o mesmo paciente foi notificado mais de uma vez pela mesma ou outra unidade de saúde, para o mesmo agravo, durante o período prodromico de um mesmo evento. (ex.: paciente com sarampo, notificado duas vezes, por unidades de saúde diferentes e com data de primeiros sintomas na mesma semana epidemiológica).

Considera-se duplicidade para hanseníase e tuberculose quando o mesmo paciente foi notificado, durante o mesmo tratamento, mais de uma vez pela mesma unidade de saúde. (ex.: o paciente foi notificado pelo médico e após alguns dias foi notificado novamente pela auxiliar de enfermagem).

Considera-se duplicidade para aids e para gestante HIV positivo, quando o mesmo paciente foi notificado mais de uma vez, pela mesma ou outra unidade de saúde independente do período de notificação.

Após a identificação de dois ou mais registros duplicados, deverá ser mantido no sistema aquele que tiver sido notificado em primeiro lugar.

Caso a data da notificação seja a mesma, deverá permanecer no sistema a notificação realizada pelo município de residência.

A exclusão de registro deve ser efetuada no primeiro nível informatizado (nível que digitou a ficha).

Antes da realização da exclusão do(s) registro(s), deverá ser realizada a impressão das fichas de notificação e de investigação (se houver), comparando as informações registradas.

Se a Ficha de Notificação/Investigação, que deverá ser mantida no Sistema estiver incompleta, em relação a que será excluída, as informações adicionais disponíveis deverão ser encaminhadas ao município responsável para que complemente estas informações na ficha que ficará no Sistema.

3.1.5.5 Duplo registro e vinculação de casos de hanseníase e tuberculose

Duplo registro: conceito utilizado em hanseníase e tuberculose para situação em que o mesmo paciente foi notificado mais de uma vez por unidades de saúde diferentes durante o mesmo tratamento (transferência oficial ou espontânea) ou pela mesma unidade ou unidades diferentes em tratamentos diferentes (recidiva, reingresso após abandono ou outros reingressos).

Os procedimentos necessários para duplos registros devido à transferência são:

- a vinculação de registros no primeiro nível informatizado (permanece no banco apenas uma Ficha de Notificação, a mais antiga, e um acompanhamento, o mais recente);
- a comunicação à primeira unidade de saúde que notificou o caso para registrar alta por transferência;
- a comunicação à segunda unidade de saúde para alterar o tipo ou modo de entrada do caso para “transferência”.

Para os demais tipos de duplo registros o procedimento recomendável é opção “não listar” para que estes registros não sejam listados no relatório de duplicidade até que surja uma nova notificação.

Dessa forma, o nível municipal informatizado deverá vincular as notificações dos casos transferidos para as unidades de saúde de sua abrangência (transferência intramunicipal).

As regionais de saúde informatizadas deverão vincular as notificações dos casos transferidos para as unidades de saúde de municípios da sua abrangência (transferência intermunicipal), assim como a vinculação intramunicipal dos casos notificados por município não informatizado.

As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) deverão vincular as notificações dos casos transferidos para as unidades de saúde de municípios pertencentes a diferentes regionais. Nas unidades federadas onde não houver regionais de saúde ou estas não forem informatizadas, a SES deverá vincular transferências intermunicipais, independente da regional de notificação. A SES efetuará a vinculação intramunicipal somente quando esta for o primeiro nível informatizado do Sinan.

Quando o paciente efetuou mais de uma transferência durante o mesmo tratamento, devem ser realizadas sucessivas vinculações das notificações, mantendo desse modo os dados da notificação/investigação mais antiga e o acompanhamento pela unidade de saúde responsável pela conclusão do tratamento.

Quando o paciente foi transferido, temporariamente, para unidade hospitalar, esta unidade deverá notificar este paciente. Após alta hospitalar, a unidade de saúde para a qual o paciente foi transferido para acompanhamento de tratamento ambulatorial deverá notificá-lo novamente, ainda que seja a mesma unidade que o transferiu para o hospital. A rotina adotada, nessa situação, é a mesma adotada quando o paciente efetuou mais de uma transferência durante o mesmo tratamento, conforme citado no parágrafo anterior. Dessa forma, é possível acompanhar no Sinan as transferências desse paciente entre as unidades de saúde e solicitar dados sobre a situação de encerramento do caso à unidade que ficou responsável pela conclusão do caso.

Não confundir o duplo registro com a duplicidade de registros. Considera-se duplicidade para hanseníase e tuberculose quando o mesmo paciente foi notificado, durante o mesmo tratamento, mais de uma vez pela mesma unidade de saúde. (ex.: o paciente foi notificado pelo médico e após alguns dias foi notificado novamente pela auxiliar de enfermagem). O procedimento a ser efetivado é o mesmo referido no item 3.1.5.4.

3.1.5.6 Casos homônimos

Homônimos são registros que apresentam o primeiro e último nome iguais, mesma data de nascimento e mesmo sexo e, no entanto, são pessoas diferentes (ex.: mães com nomes diferentes, endereços diferentes ou no caso de gêmeos que tenham o primeiro e o último nome iguais).

O procedimento recomendado é a utilização da opção “não listar” para que estes registros não sejam listados no relatório de duplicidade, localizada na rotina de Duplicidade do Sistema.

3.1.5.7 Reenviando um registro isolado

Caso ocorra o envio de um registro que tenha sido alterado indevidamente por outro local de notificação, apagando, dessa forma, as informações já atualizadas, para que este registro seja transferido novamente deve-se realizar uma “falsa alteração”.

Como proceder: entrar na ficha de investigação do caso e redigitar a mesma data da investigação que já existe na ficha, salvando em seguida a “falsa alteração”. Dessa forma, o lote será apagado e o registro poderá ser transferido novamente.

3.1.6 FLUXO DE DADOS

3.1.6.1 Notificação periódica

A atualização sistemática das informações do Sinan será acompanhada pelo SVS. A interrupção de envio de dados, por dois meses consecutivos, acarretará na suspensão do pagamento do Piso de Atenção Básica, conforme Portaria GM/MS n.º 1.882 (BRASIL, 1997).

A falta de alimentação por dois meses consecutivos ou três meses alternados acarretará a desabilitação do município na sua condição de gestão, conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS 01/2001, Portaria GM/MS n.º 95 (BRASIL, 2001).

3.1.6.2 Periodicidade de envio de dados

3.1.6.2.1 Do nível municipal para o nível estadual

O arquivo de transferência deverá ser encaminhado semanalmente das SMS para as SES.

3.1.6.2.2 Do nível estadual para o nível federal

O arquivo de transferência deverá ser encaminhado, quinzenalmente, das SES para o SVS, de acordo com as seguintes datas:

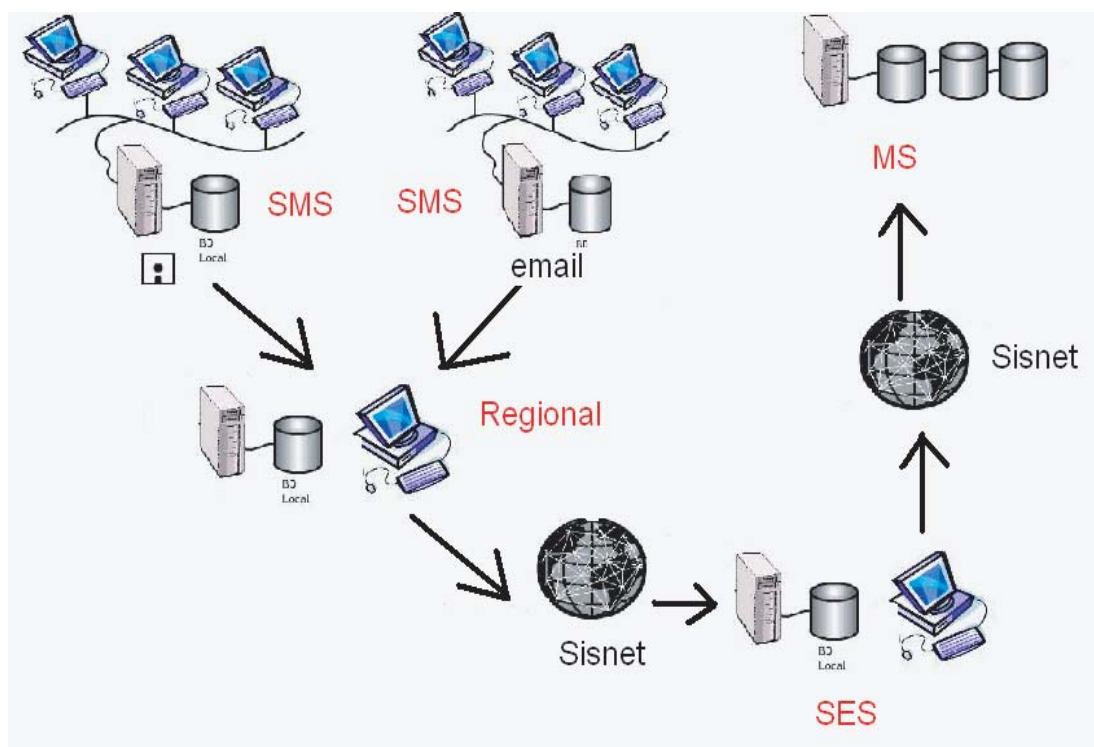
- primeira quinzena: do 1.º ao 3.º dia útil de cada mês
- segunda quinzena: do 15.º ao 18.º dia útil de cada mês

No início de cada ano, a SVS encaminhará o cronograma de transferência de arquivos do Sinan, para os interlocutores do sistema, em cada UF.

A falta de alimentação de dados no Sinan por mais de 60 dias acarretará suspensão das transferências dos recursos financeiros do Piso de Atenção Básica (PAB), conforme disposto no parágrafo 4.º do Art. 5.º, da Portaria GM n.º 2.023, de 23 de setembro de 2004.

Situações excepcionais para o não cumprimento desta meta deverão ser comunicadas a SVS.

3.1.7 FLUXOGRAMA DE DADOS



3.1.8 ENCERRAMENTO DE CASOS NOTIFICADOS COMO SUSPEITOS E/OU CONFIRMADOS

O encerramento das investigações referentes aos casos notificados como suspeitos e/ou confirmados deverá ser efetuado após um período de tempo definido, de acordo com o agravo notificado. Será considerado caso encerrado aquele que tenha as informações do diagnóstico final e data do encerramento preenchidos. A seguir, o quadro I apresenta o prazo esperado para encerramento de caso notificado, segundo agravo.

Quadro I - Prazo para encerramento dos casos notificados como suspeitos ou confirmados

AGRAVO		PRAZO
<ul style="list-style-type: none"> • Botulismo • Carbúnculo ou “Antraz” • Cólera • Coqueluche • Doenças Exantemáticas (Sarampo e Rubéola) • Dengue • Difteria • Doença de Creutzfeldt-Jacob • Doenças de Chagas (casos agudos) • Esquistossomose (em área não endêmica) • Febre Amarela • Febre do Nilo Ocidental • Febre Maculosa • Febre Tifóide 	<ul style="list-style-type: none"> • Hantavirose • Leptospirose • Malária • Meningite • Peste • Poliomielite/ Paralisia Flácida Aguda • Raiva Humana • Sífilis Congênita • Sífilis em gestante • Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica Aguda • Síndrome Respiratória Aguda Grave • Tétano Neonatal e Acidental • Tularemia • Varíola 	Até 60 dias após a data de notificação.
<ul style="list-style-type: none"> • Hepatites Virais • Leishmaniose Tegumentar Americana • Leishmaniose Visceral 		Até 180 dias após a data de notificação.
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome da Rubéola Congênita 		Até 180 dias após a data de nascimento.
<ul style="list-style-type: none"> • Hanseníase 		<ul style="list-style-type: none"> • 9 meses para os casos paucibacilares (PB) e 18 meses para os casos multibacilares (MB) após a data do diagnóstico Para os casos que abandonam o tratamento: PB - 2 anos após a data do diagnóstico MB - 4 anos após a data do diagnóstico

continua

continuação

AGRAVO	PRAZO
<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose 	9 meses para os casos em tratamento de esquema I e IR; 12 meses para os casos em tratamento de esquema II e 15 meses para os casos em tratamento de esquema III, após a data do diagnóstico, conforme normas do Manual Técnico para Controle da Tuberculose.

A falta de encerramento dos casos de notificação compulsória nacional, após 60 (sessenta) dias do prazo estipulado para encerramento dos casos relacionados no Quadro I, acarretará suspensão das transferências dos recursos do PAB, (exceto para hanseníase tuberculose), conforme Instrução Normativa n.º 02 (BRASIL, 2005).

Os casos de hanseníase e tuberculose não são considerados para efeito da suspensão do PAB.

3.2 TRANSMISSÃO DE DADOS

O primeiro nível informatizado deverá transmitir as informações do Sinan utilizando meio magnético, eletrônico, ou ainda utilizando o Sisnet (Sistema de transferência de lotes via internet), conforme definição e estrutura de cada UF.

Do nível estadual para o nível nacional, essas informações devem ser enviadas por meio do programa Sisnet. As informações vindas dos níveis inferiores que utilizarem o Sisnet já serão automaticamente transferidas ao nível federal. Os arquivos de transferência que chegarem ao estado por outros meios (*e-mail* ou disquete) deverão ser encaminhados ao nível federal via cliente Sisnet.

3.2.1 EXECUÇÃO DA ROTINA DE TRANSFERÊNCIA

Todos os dados digitados (inclusões, alterações, exclusões de dados) irão gerar um arquivo único para serem transferidos para os níveis hierárquicos superiores, que compõem o Sistema de Vigilância Epidemiológica (Unidade de Saúde -> Distritos Sanitários -> SMS -> Regional de Saúde -> SES -> SVS/MS).

Cada transferência é identificada por um número de lote e gera um arquivo (.sisnet), contendo todos os registros a serem transferidos.

A regra para a geração deste arquivo é a seguinte: as notificações incluídas ou alteradas estão aptas a serem transferidas no momento em que forem salvas. Já as investigações dos agravos agudos só serão transferidas quando o caso for encerrado, ou finda a metade do prazo de encerramento, caso a notificação seja de outro local de residência. Outro caso onde a investigação é liberada para transferência é quando se encerra o prazo para encerramento do caso.

Caso algum lote não tenha sido recebido pelo nível superior, deve-se solicitar ao nível hierárquico responsável por aquele lote específico uma nova transferência, utilizando a rotina de retransferência, e reencaminhá-la via sisnet ou outro meio.

3.2.2 COMPACTAÇÃO DE ARQUIVOS

Os arquivos gerados pela rotina de transferência vertical terão nomes compostos, conforme nomenclatura abaixo:

→ V + “Código do local de instalação” ou sigla da UF (se for transferência da SES) + ANO + número do LOTE + número da máquina (identificação dada pelo Usuário no ato da configuração) + extensão sisnet

→ VXXXXXXXXXXXXX.sisnet

V - Trata-se do tipo de transferência: Vertical (entre níveis)

Código do local de instalação ou UF-Sigla da Unidade Federada que está remetendo arquivo

XXXX- Ano

XXX-Número do LOTE

XX-Número da máquina

Exemplo: VRJ200100100.sisnet

3.3 QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES

A manutenção periódica da atualização da base de dados do Sinan é fundamental para o acompanhamento da situação epidemiológica dos agravos incluídos no sistema. Dados de má qualidade, ou seja, fichas de notificação ou investigação com a maioria dos campos em branco, incongruências de informações (casos com informação laboratorial, com diagnóstico positivo

e com classificação final clínica), duplicidades de registros, entre outros problemas frequentemente identificados no nível estadual ou federal, apontam para a necessidade de uma avaliação sistemática da qualidade da informação coletada e digitada no primeiro nível hierárquico de entrada de dados no sistema, antes da realização da transferência.

Alguns bancos de dados têm demorado de dois a três anos para serem encerrados, fazendo com que as análises geradas a partir dos dados existentes no Sistema não representem o real perfil epidemiológico dos agravos, prejudicando, dessa forma, a avaliação das medidas de controle executadas e o gerenciamento dos programas de prevenção.

A avaliação da qualidade das informações do Sinan pode ser acompanhada na página <<http://www.saude.gov.br/Sinanweb>>

Outro ponto de relevância para a avaliação das informações é o grande número de casos duplicados no sistema, em função da notificação de um mesmo evento ser feita por diversas unidades de saúde. À medida que não há um acompanhamento sistemático dessas notificações e, conseqüentemente, a exclusão dos mesmos no sistema, o número de casos de uma determinada doença acaba sendo superestimado, aumentando sua incidência.

É importante ressaltar que apenas o primeiro nível informatizado poderá realizar qualquer alteração no banco de dados. Isto porque ao ser realizada nova transferência do primeiro nível hierárquico para o segundo, por exemplo, caso o segundo nível tenha feito alguma alteração na base de dados daquele município, essas alterações serão desfeitas pois o sistema sobrepõe a informação digitada pelo primeiro nível informatizado.

3.4 SIGILO DOS DADOS

Atitudes de discriminação e freqüentes violações dos direitos humanos das pessoas com doenças sujeitas ao preconceito exigem uma atenção especial quanto à confidencialidade dos dados obtidos nas investigações realizadas em todos os níveis. Em decorrência disso, o Sinan permite que se defina o nível de acesso aos diferentes módulos por meio da utilização de senhas. É de suma importância que sejam designadas as pessoas responsáveis pelo gerenciamento, acesso às bases de dados e pela interlocução entre as três esferas de governo.

4 ROTINAS PARA NOTIFICAÇÃO DE CASOS

4.1 AGRAVOS INCLUÍDOS NA BASE DE DADOS DO SINAN

A base de dados do Sinan é sistematizada segundo níveis de interesse:

- I – agravos compulsórios e agravos de interesse nacional que apresentam a Ficha de Notificação e de Investigação padronizados pela SVS;
- II – agravos de interesse estadual e municipal que apresentam a Ficha de Notificação e o módulo de conclusão.

4.2 LISTA NACIONAL DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, as doenças e os agravos relacionados na Portaria SVS/MS n.º 05 (BRASIL, 2006). (anexo B).

4.3 LISTA DOS AGRAVOS DE INTERESSE NACIONAL

Acidentes por animais peçonhentos, atendimento anti-rábico humano, intoxicação por agrotóxico e varicela.

4.4 INCLUSÃO DE AGRAVOS DE INTERESSE ESTADUAL

A inclusão de outros agravos, de acordo com a necessidade de se realizar um acompanhamento da situação epidemiológica municipal e/ou estadual, pode ser feita no Sinan, mas apenas com dados relativos à Ficha de Notificação padronizada, e deverão ser comunicadas pelos gestores estaduais e municipais ao GT-Sinan/CGDT/Devep/SVS/MS. Deve ser utilizado o código relativo ao CID 010, quando da inclusão desses agravos no sistema.

As informações relativas aos agravos de interesse municipal e/ou estadual não serão enviadas ao nível federal.

4.5 NOTIFICAÇÃO DE CASOS

4.5.1 NO ATO DA CONSTATAÇÃO DA OCORRÊNCIA OU CONFIRMAÇÃO DO CASO (NOTIFICAÇÃO IMEDIATA)

Para os agravos discriminados a seguir, além da notificação periódica, deve ser comunicado imediatamente ao Órgão de Vigilância Epidemiológica Estadual, e este para o SVS, no ato da constatação da suspeita ou diagnóstico de caso ou surto, por meio de telefonema, fax ou *e-mail*, sem prejuízo do registro das notificações pelos procedimentos rotineiros do Sinan.

1) Caso suspeito ou confirmando de:	<ul style="list-style-type: none"> • Botulismo • Carbúnculo ou antraz • Cólera • Febre amarela • Febre do Nilo Ocidental • Hantavirose • <i>Influenza</i> humana por novo subtipo (pandêmico) • Peste • Poliomielite • Raiva humana • Sarampo, em indivíduo com histórico de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior. • Síndrome febril ictero-hemorrágica aguda • Síndrome respiratória aguda grave • Variola • Tularemia
2) Caso confirmado de:	<ul style="list-style-type: none"> • Tétano neonatal
3) Surto ou agregação de casos ou agregação de óbitos por:	<ul style="list-style-type: none"> • Agravos inusitados • Difteria • Doença de Chagas aguda • Doença meningocócica • <i>Influenza</i> humana

As UF, além dos agravos descritos acima, definirão os agravos de interesse estadual que deverão ter a notificação imediata, do nível municipal para o estadual.

4.5.2 PRAZO PARA INCLUSÃO DE NOVAS NOTIFICAÇÕES NO SINAN

A inclusão de casos novos no sistema muito tempo depois da ocorrência do evento distorce a real magnitude do perfil epidemiológico dos agravos de notificação compulsória, não permitindo dessa forma que os dados gerados pelo Sinan possam auxiliar no planejamento das ações de saúde, avaliar impacto das intervenções e por consequência, não subsidia o processo de tomada de decisões.

O quadro abaixo apresenta o prazo para inclusão de novas reatificações no Sinan, segundo agravo.

AGRAVOS	PRAZO PARA INCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Botulismo • Carbúnculo ou Antraz • Cólera • Coqueluche • Dengue • Difteria • Doença de Creutzfeldt – Jacob • Doença de Chagas (casos agudos) • Doença Meningocócica e outras Meningites • Esquistossomose (em área não endêmica) • Febre Amarela • Febre do Nilo Ocidental • Febre Maculosa • Febre Tifóide • Hantaviroses • Hepatites Virais • <i>Influenza</i> Humana por novo subtipo (pandêmico) • Leishmaniose Visceral • Leishmaniose Tegumentar Americana 	<p>Até 180 dias após o início dos 1.º sintomas/ data do diagnóstico.</p>

continua

continuação

<ul style="list-style-type: none"> • Leptospirose • Malária • Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i> • Peste • Poliomielite • Paralisia Flácida Aguda • Raiva Humana • Rubéola • Síndrome da Rubéola Congênita • Sarampo • Sífilis Congênita • Sífilis em gestante • Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica Aguda • Síndrome Respiratória Aguda Grave • Tétano Acidental • Tétano Neonatal • Tularemia • Varíola 	<p>Até 180 dias após o início dos 1.º sintomas/ data do diagnóstico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose e Hanseníase 	<p>Até 1 ano e 3 meses após a data do diagnóstico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aids Adulto e Criança 	<p>Até 3 anos após a data do diagnóstico.</p>

4.5.3 PRAZO PARA ENCERRAMENTO OPORTUNO DA INVESTIGAÇÃO DO CASO

O quadro abaixo apresenta o prazo para encerramento oportuno da investigação do caso, por agravo.

AGRAVOS	PRAZO PARA ENCERRAMENTO OPORTUNO DA INVESTIGAÇÃO DO CASO
<ul style="list-style-type: none"> • Botulismo • Carbúnculo ou “Antraz” • Cólera • Coqueluche • Doenças Exantemáticas (Sarampo e Rubéola) • Dengue • Difteria • Doença de Creutzfeldt-Jacob • Doença de Chagas (casos agudos) • Esquistossomose (em área não endêmica) • Eventos Adversos Pós-Vacinação • Febre Amarela • Febre do Nilo Ocidental • Febre Maculosa • Febre Tifóide • Hantaviroses • <i>Influenza</i> Humana por novo subtipo (pandêmico) • Leptospirose • Malária • Meningite • Peste • Poliomielite/ Paralisia Flácida Aguda • Raiva Humana • Sífilis Congênita • Sífilis em gestante • Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica Aguda • Síndrome Respiratória Aguda Grave • Tétano Neonatal e Acidental • Tularemia • Varíola 	<p>Até 60 dias após a data de notificação.</p>

continua

continuação

<ul style="list-style-type: none"> • Hepatites Virais • Leishmaniose Tegumentar Americana • Leishmaniose Visceral 	Até 180 dias após a data de notificação
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome da Rubéola Congênita 	Até 180 dias após a data de nascimento da criança
<ul style="list-style-type: none"> • Hanseníase 	Paucibacilares: Até 180 dias após a data do diagnóstico Multibacilares: Até 12 meses após a data do diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose 	Até 90 dias após o prazo preconizado para conclusão do tratamento, a contar da data de início do tratamento.

4.5.4 PRAZO PARA ENCERRAMENTO DO BANCO DE DADOS PARA EFEITO ESTATÍSTICO DO ANO ANTERIOR (ATUALIZAÇÃO DA BASE DE DADOS DO SINAN EM NÍVEL NACIONAL)

O fechamento do banco de dados realizado de forma oportuna fornece o conhecimento de casos confirmados e descartados e, por conseguinte permite orientar a aplicação e avaliação das medidas de controle em tempo hábil.

Com a disponibilização dos dados do Sinan na página da SVS na internet, faz-se necessário o estabelecimento de prazos visando a divulgação de dados que retratem a real magnitude do perfil epidemiológico dos agravos de notificação compulsória, evitando assim disparidades entre os dados existentes nas três esferas de governo.

O quadro a seguir apresenta o prazo para encerramento do banco de dados para efeito estatístico:

AGRAVO	PRAZO DE ENCERRAMENTO DO BANCO DE DADOS PARA EFEITO ESTATÍSTICO
<ul style="list-style-type: none"> • Botulismo • Carbúnculo ou Antraz • Cólera • Coqueluche • Dengue • Difteria • Doença de Creutzfeldt – Jacob • Doença de Chagas (casos agudos) • Doença Meningocócica e outras Meningites • Esquistossomose (em área não endêmica) • Febre Amarela • Febre do Nilo Ocidental • Febre Maculosa • Febre Tifóide • Hantavirose • Hepatites Virais • Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV em gestantes (gestante HIV +) • <i>Influenza</i> humana por novo subtipo (pandêmico) • Leishmaniose Tegumentar Americana • Leishmaniose Visceral • Leptospirose • Malária • Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i> • Peste • Poliomielite 	<p>Até o dia 30/10 de cada ano, relativos aos dados do ano anterior.</p>

continua

continuação

<ul style="list-style-type: none">• Paralisia Flácida Aguda• Raiva Humana• Rubéola• Síndrome da Rubéola Congênita• Sarampo• Sífilis Congênita• Sífilis em gestante• Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica Aguda• Síndrome Respiratória Aguda Grave• Tétano Acidental• Tétano Neonatal• Tularemia• Varíola	
--	--

4.5.5 NOTIFICAÇÃO NEGATIVA

O acompanhamento sistemático da ocorrência ou não de casos é fundamental para avaliação da situação epidemiológica das doenças incluídas no Sistema, primordialmente daquelas constantes na lista nacional de doenças compulsórias.

Neste sentido, faz-se necessário que todas as unidades notificantes, caso não ocorra nenhuma doença a ser notificada, encaminhem a notificação negativa seguindo o mesmo fluxo das fichas de notificação individual de casos.

Deve ser realizado por todas as unidades notificantes dos municípios.

Deve ser preenchida a ficha de notificação pré-numerada (2 vias).

5 ROTINAS DE OPERACIONALIZAÇÃO DO SINAN

5.1 NOTIFICAÇÃO NEGATIVA

- a) Deve ser realizada pelas unidades de saúde notificantes dos municípios;
- b) Para efeito de padronização, a data da notificação a ser utilizada deverá ser a data do último dia da semana epidemiológica correspondente a não ocorrência de casos;
- c) A unidade de saúde notificante deverá digitar o último dia da semana epidemiológica correspondente (calendário epidemiológico padronizado) a não ocorrência de agravos de notificação compulsória ou de interesse nacional (listagem anexa);
- d) Deve ser preenchida a Ficha de Notificação pré-numerada (duas vias);
- e) As instruções de preenchimento devem ser rigorosamente obedecidas;
- f) O não preenchimento dos campos abaixo inviabilizará a inclusão da notificação:
 - Número da notificação;
 - Tipo de notificação: 1- Negativa;
 - Data da notificação: referente à semana epidemiológica correspondente à notificação;
 - Município de notificação: onde está localizada a Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação e;
 - Unidade de Saúde: nome da Unidade de Saúde que realizou a notificação;
- g) A segunda via deve ser arquivada na unidade de saúde;
- h) A primeira via deve ser encaminhada para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal. Caso o município não seja informatizado, este deverá encaminhar para o local no qual serão digitados os instrumentos de coleta do Sinan, semanalmente, de acordo com a rotina estabelecida pela SMS;
- i) As fichas devem ser submetidas à análise pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal antes do encaminhamento para inclusão no Sistema;
- j) A primeira via deve ser digitada e arquivada no primeiro nível informatizado;
- k) O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal deve realizar busca ativa de casos, rotineiramente, nas unidades que só notificam negativamente ou não estão realizando notificação; e

- l) As SMS devem realizar semanalmente a rotina de transferência para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Estadual. Recomenda-se que seja definido um dia na semana para realização das transferências. (Ex.: toda segunda-feira).

5.2 AGRAVOS NOTIFICADOS A PARTIR DA SUSPEITA E/OU CONFIRMAÇÃO

5.2.1 FICHAS DE NOTIFICAÇÃO

- a) Deve ser preenchida pela unidade de saúde ou outra fonte notificadora do município, na ocorrência de casos suspeitos e/ou confirmados de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual e/ou municipal; conforme listagem do item 3.1.1;
- b) O formulário utilizado deve ser a Ficha de Notificação padronizada (duas vias) e pré-numeradas;
- c) Caso a UF não tenha a impressão da Ficha de Notificação em duas vias, as informações desta ficha deverão ser transcritas para o cabeçalho da ficha de investigação do respectivo agravo, antes de encaminhá-la para o núcleo de tratamento de dados;
- d) As instruções de preenchimento devem ser rigorosamente obedecidas, não devendo ficar caselas em branco;
- e) O não preenchimento dos campos abaixo inviabilizará a inclusão do caso no sistema:
 - número da notificação;
 - data da notificação – data do preenchimento da notificação;
 - município de notificação – onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação;
 - Unidade de saúde: nome da unidade de saúde que realizou a notificação;
 - agravo – nome do agravo notificado;
 - data dos primeiros sintomas – data que foi referida como surgimento dos primeiros sintomas;
 - nome do paciente – nome completo sem abreviações;
 - data de nascimento;
 - idade – informar se a data de nascimento for desconhecida; observação: a idade será campo obrigatório. Se a data de nascimento for desconhecida, informar a idade aparente.
 - sexo – campo obrigatório; e
 - suspeita (quando a notificação for de doença exantemática), campo obrigatório.

- f) A unidade de saúde notificante deve encaminhar a primeira via, para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal de acordo com a rotina estabelecida pela SMS, exceto para os agravos de notificação imediata (item 4. 5. 1) que deverão ser encaminhados diariamente;
- g) A segunda via deverá ser arquivada na unidade de saúde;
- h) As fichas devem ser submetidas à análise pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal antes do encaminhamento para inclusão no sistema;
- i) A digitação deve ser realizada pelo primeiro nível informatizado, onde a primeira via deve ser arquivada; e
- j) Encerramento dos agravos apenas de notificação, deve ser feito de acordo com os critérios de confirmação ou descarte de cada agravo, constante no Manual de Vigilância Epidemiológica vigente.

5.2.2 FICHA DE INVESTIGAÇÃO

- a) Deve ser preenchida para os agravos de notificação compulsória e de interesse nacional, passível de investigação;
- b) Deve receber a mesma numeração de Ficha de Notificação correspondente ao caso;
- c) O preenchimento da Ficha de Investigação deve ser iniciado no momento do 1º atendimento pelo profissional que levantar a hipótese diagnóstica. Em seguida, deve-se seguir o fluxo estabelecido pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal;
- d) As instruções de preenchimento devem ser rigorosamente obedecidas, não devendo ficar caselas em branco;
- e) O não preenchimento dos campos obrigatórios específicos de cada agravo, inviabilizará a inclusão dos casos no sistema. Os campos obrigatórios de cada ficha de investigação constam no instrucional de preenchimento ou no dicionário de dados de cada ficha;
- f) As Fichas de Atendimento Anti-rábico Humano devem permanecer na unidade até o término do esquema profilático prescrito, só após devem ser encaminhadas para digitação, conforme fluxo estabelecido para os demais agravos;
- g) As fichas devem ser submetidas à análise pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal antes do encaminhamento para inclusão no sistema;
- h) A digitação deve ser realizada pelo primeiro nível informatizado, onde a primeira via deve ser arquivada;

- i) O encerramento dos casos deve ser feito de acordo com os critérios de confirmação ou descarte de cada agravo, constante do Manual de Vigilância Epidemiológica Nacional, conforme prazo estabelecido no Quadro I;
- j) As Fichas de Investigação deverão ser encaminhadas para o primeiro nível informatizado para que ocorra o primeiro processamento de dados, mesmo que os dados pertinentes para encerramento de casos ainda não estejam disponíveis; e
- k) Após o recebimento das informações complementares, as fichas deverão ter o preenchimento completado e ser encaminhadas novamente para que seja digitado o encerramento dos casos.

5.2.3 FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO

- a) Só devem ser notificados após a confirmação do caso, como aids (menores de 13 anos e maiores de 13 anos), esquistossomose em área não endêmica, hanseníase, gestante HIV +, leishmaniose tegumentar americana, tuberculose, sífilis congênita, sífilis em gestante e as doenças relacionadas a saúde do trabalhador.
- b) O formulário utilizado deve ser a Ficha de Notificação/Investigação para a respectiva doença, utilizando a numeração de uma Ficha de Notificação;
- c) Esta Ficha de Notificação deverá ser inutilizada; pois só será aproveitado o número existente que deverá ser transcrito para a Ficha de Notificação/Investigação;
- d) Caso a UF opte em trabalhar com a Ficha de Notificação pré-numerada, específica para cada agravo, deverá obedecer à orientação para numeração dos instrumentos de coleta, item 3.1.2;
- e) As instruções de preenchimento devem ser rigorosamente obedecidas, não devendo ficar nenhum campo em branco;
- f) As fichas devem ser submetidas à análise técnica e complementação das informações quando necessárias antes da inclusão no sistema;
- g) o não preenchimento dos campos obrigatórios específicos de cada agravo, inviabilizará a inclusão do caso no sistema; ver instrucional de preenchimento;
- h) As fichas devem ser encaminhadas da unidade de saúde, para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal, de acordo com o fluxo estabelecido pela SMS; e
- i) A digitação e o arquivamento das fichas devem ser feitos no primeiro nível informatizado.

5.2.4 ACOMPANHAMENTO

- a) O primeiro nível informatizado deve emitir boletim de acompanhamento de hanseníase e tuberculose, no mínimo, semestral e trimestralmente, respectivamente, encaminhando às unidades para complementação dos dados;
- b) Os meses propostos para a alimentação da informação são, no mínimo:
 - janeiro, abril, julho e outubro para tuberculose; e
 - janeiro e julho para hanseníase;
- c) Cabe ao primeiro nível informatizado a emissão do boletim de acompanhamento para os **municípios não informatizados**.
- d) Após retornar das unidades, os boletins devem ser analisados criticamente e as correções devem ser solicitadas de imediato à unidade de saúde; e
- e) A digitação das informações na tela de acompanhamento e arquivamento dos boletins devem ser realizadas no primeiro nível informatizado.

Após o encerramento de casos não residentes, a Ficha de Notificação/Investigação e o acompanhamento devem ser enviados ao município de residência para digitação. Deverão ser mantidos os mesmos campos-chave atribuídos pelo município de notificação, evitando desta forma que ocorra duplicação do caso.

5.3 SURTO

5.3.1 FICHA DE NOTIFICAÇÃO

- a) Outras denominações como surto epidêmico, epidemias ou agregações de casos devem ser compreendidas como surto para fins de notificação;
- b) Deve ser preenchida pela Unidade de Saúde ou outra fonte notificadora do município, para o registro de:
 - Agravos inusitados de pelo menos dois casos possivelmente vinculados. A notificação destes agravos deverá ser realizada através da abordagem sindrômica, de acordo com as seguintes categorias: febre hemorrágica aguda, insuficiência renal aguda, diarreia aguda, neurológica aguda, e outras síndromes (Anexo A).
 - Surto de doenças que não constam na lista de notificação compulsória;
 - Surto de doença que consta na Lista de Doenças de Notificação Compulsória (LDNC) cujo volume das notificações torne operacionalmente inviável o registro individualizado dos casos. No entanto, pelo menos 10% dos ca-

os deverão ser investigados e cadastrados no Sinan, utilizando a notificação individual, além de serem coletadas e processadas amostras biológicas para os referidos casos.

- Surto de Doença Transmitida por Alimento.

- d) quando o surto/epidemia for de agravos que constem na LDNC, a cada dez casos, um deverá ter a ficha de investigação preenchida, ou seja, deve-se realizar a investigação completa, devendo a mesma ser digitada no Sinan, por meio do módulo de notificação individual, além de serem coletadas e processadas amostras biológicas para o referido caso;
- e) Deve ser preenchido pelo responsável do acompanhamento do surto em nível municipal;
- f) O formulário utilizado deve ser a Ficha de Notificação padronizada (duas vias) e pré-numeradas;
- g) Caso a UF não tenha a impressão da Ficha de Notificação em duas vias, as informações dessa ficha deverão ser transcritas para o cabeçalho da Ficha de Investigação do respectivo agravo, antes de encaminhá-la para o núcleo de tratamento de dados;
- h) As instruções de preenchimento devem ser rigorosamente obedecidas, não devendo ficar caselas em branco;
- i) O não preenchimento dos campos abaixo inviabilizará a inclusão da notificação:
 - número da notificação;
 - data da notificação – data do preenchimento da notificação;
 - município de notificação – onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação;
 - unidade de saúde: nome da unidade de saúde que realizou a notificação;
 - agravo ou síndrome – agravo ou síndrome a ser notificado;
 - data dos primeiros sintomas do primeiro caso suspeito – data do surgimento dos primeiros sintomas do primeiro caso suspeito;
 - n.º de casos suspeitos – informar o total de casos suspeitos que ocorreram até a data da notificação; e
 - local de ocorrência do surto: local da ocorrência dos casos, no início do surto;
- j) A segunda via deverá ser arquivada na unidade de saúde;
- k) As fichas devem ser submetidas à análise pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal antes do encaminhamento para inclusão no sistema; e
- l) A digitação deverá ser realizada pelo primeiro nível informatizado, onde a primeira via deve ser arquivada.

5.3.2 FICHA DE INVESTIGAÇÃO

- a) Deve ser preenchida para complementação das informações do surto notificado;
- b) Deve receber a mesma numeração de Ficha de Notificação correspondente ao surto;
- c) As instruções de preenchimento devem ser rigorosamente obedecidas, não devem ficar caselas em branco;
- d) O não preenchimento dos campos obrigatórios específicos inviabilizará a inclusão de investigação no sistema;
- e) Quando a ficha de investigação for preenchida pela unidade de saúde, deve seguir o fluxo estabelecido pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal;
- f) As fichas devem ser submetidas à análise pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal antes do encaminhamento para inclusão no sistema;
- g) A digitação deve ser realizada pelo primeiro nível informatizado, onde deve ser arquivada;
- h) Se na investigação de um surto o campo 26 – Se indireta, qual o veículo de transmissão provável for preenchido com a categoria 1-Alimento/Água, o sistema disponibiliza automaticamente para digitação campos específicos para registrar dados da investigação de surto de Doença Transmitida por Alimento (DTA); e
- i) Os dados de investigação de DTA devem ser digitados somente após a conclusão da investigação dos casos.

5.3.3 PLANILHA DE CASOS DE ACOMPANHAMENTO DE SURTO

- a) Deverá ser preenchida para consolidação das informações dos casos acompanhados do surto notificado;
- b) Deverá receber a mesma numeração de Ficha de Notificação correspondente ao surto;
- c) As instruções de preenchimento devem ser rigorosamente obedecidas, não devendo ficar caselas em branco;
- d) O resultado de cada campo consolidado nesta planilha deverá ser transcrito para o respectivo campo da Planilha de Acompanhamento de Surto; e
- e) Deve ser preenchida para acompanhamento e encerramento do surto notificado, exceto quando o surto for por Doença Transmitida por Alimento (DTA).

5.4 BOLETIM DE INQUÉRITO DE TRACOMA

Cada linha do Boletim corresponde a um caso de tracoma diagnosticado no inquérito, ou seja, somente para os casos positivos devem ser registrados dados do local de residência, sexo, idade, etc.

As instruções para seu preenchimento devem ser rigorosamente obedecidas, não devendo ficar campo em branco.

O não preenchimento dos campos abaixo inviabilizará a inclusão da notificação:

- N.º – número da notificação
- Data da notificação – data do preenchimento da notificação
- Município de notificação – onde está localizada a Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação

A digitação deve ser realizada pelo 1.º nível informatizado, onde a 1.ª via deve ser arquivada.

5.5 DUPLICIDADE/DUPLO REGISTRO

O nível informatizado municipal deve proceder semanalmente, à emissão e ao envio dos relatórios de duplicidade dos agravos para a área técnica correspondente para análise e decisão de procedimentos.

As regionais e as SES deverão também emitir e analisar os relatórios de duplicidade antes de realizarem a transferência dos dados para o nível hierárquico superior.

Os procedimentos, quando houver identificação de duplicidade, e duplo registro devem seguir as orientações constantes item 3.1.5.4 e 3.1.5.5.

5.6 CADASTRAMENTO DE OUTROS AGRAVOS QUE NÃO FAÇAM PARTE DA LISTAGEM DO SINAN E QUE SÃO PRIORITÁRIOS PARA ESTADO OU MUNICÍPIO

5.6.1 PARA A INCLUSÃO DE NOVOS AGRAVOS OBSERVAR

- a) A não existência de outros sistemas de informação que atenda ao objetivo da notificação;
- b) Viabilidade de se implantar estratégias para a coleta de dados;
- c) Possibilidade de intervenção na cadeia epidemiológica;
- d) Objetivos da iniciativa e capacidade operacional da rede de serviços;
- e) Necessidade de notificação caso a caso; e
- f) Avaliação dos critérios de magnitude, transcendência, potencial de disseminação e vulnerabilidade.

5.6.2 PROCEDIMENTO

Elaborar uma justificativa epidemiológica e apresentar ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Estadual.

Elaborar normas técnicas operacionais dando ênfase à definição de caso.

Obs.: Caso haja inclusão de novo agravo pelo município, o instrumento de coleta só poderá ser a Ficha de Notificação.

5.7 CADASTRAMENTO DE NOVAS UNIDADES E/OU PROFISSIONAIS LIBERAIS COMO UNIDADES NOTIFICANTES

Toda unidade de saúde que preste atendimento médico deve ser cadastrada como unidade notificante, utilizando-se o código do CNES.

A unidade de saúde ou profissional de saúde cadastrado deve obedecer todas as normas e rotinas estabelecidas neste Manual.

5.8 CRUZAMENTO DOS DADOS

Deve-se realizar o cruzamento das informações obtidas por intermédio dos diversos sistemas executados pelo município, procurando manter coerência nos dados transmitidos. Ex.: SIM, Sinan..

5.9 TRANSFERÊNCIA DE DADOS DOS SISTEMAS

- a) Realizar a rotina de *backup* (cópia de segurança) para o sistema;
- b) Executar a rotina de transferência vertical;
- c) Quando a transferência for enviada por disquete, deve-se etiquetar os disquetes conforme o modelo abaixo:

Sinan Nome do município: Nome do arquivo: N.º do lote: Data: Versão:

- d) Realizar envio do arquivo de transferência gerado pela rotina do sistema, para o nível estadual, por meio de disquete, *e-mail*, via sisnet ou qualquer outro mecanismo de envio sugerido pela SES;
- e) Para o nível nacional, a SES deve utilizar o *Sisnet Server*

5.10 CÓPIAS DE SEGURANÇA DOS SISTEMAS

- a) Executar rotina de cópia de segurança, após digitação final dos dados (ex.: término do expediente);
- b) Executar a cópia de segurança seguindo as instruções que o sistema fornece (ver manual operacional);
- c) Os disquetes ou CD com a cópia devem ser guardados em locais (setores) diferentes;
- d) Manter pelo menos duas cópias de segurança, utilizando-as alternadamente (você terá sempre uma cópia mais atrasada e uma mais atual, minimizado o risco de perda de informações).

REFERÊNCIAS

ALAGOAS (Estado). Secretaria do Estado da Saúde. *Manual de orientações de preenchimento dos formulários do Sisvan*. Alagoas, 2001.

BRASIL. Decreto n.º 78.231, de 12 de agosto de 1976. Dispõem sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e agravos (obrigatoriedade da notificação, da investigação e da adoção de medidas de controles. Lei e decreto ainda vigentes. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 out. 1976.

_____. Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre as organizações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 out. 1975.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Portaria n.º 73, de 9 de março de 1998. Constitui comissão para desenvolver os instrumentos, definir fluxos e no novo software do Sinan. *Boletim de Serviço da Funasa*, Brasília, 20 mar. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Instrução normativa n.º 02/SVS/MS, de 22 de novembro de 2005. Regulamenta as atividades de vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo, periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 nov. 2005. Seção 1. p. 46.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo*. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. *Manual do usuário do sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações*. Rio de Janeiro, 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Normas e rotinas dos sistemas de informação em saúde gerenciados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica*. Alagoas, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.399/GM, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o piso de atenção básica – PAB e sua composição. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 1997. Seção 1. p. 11.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.882/GM, de 16 de dezembro de 1997. Condiciona a transferência de recursos do Piso de Assistência Básica (PAB) aos Municípios habilitados (NOB/SUS/01/96) à alimentação regular do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 dez. de 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.943/GM, de 18 de outubro de 2001. Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 130, de 12 de julho 1999. Institui e formaliza a distribuição de competências dos órgãos do Ministério da Saúde em relação ao Sistema Nacional de Informações em Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 fev. 2005. Seção 1. p. 11.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 130/GM, de 12 de fevereiro de 1999. Designação dos gestores dos sistemas de informação em saúde de base nacional. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, fev. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2004. p. 44-45.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/96. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996. v. 84, n. 216, Seção 1, p. 22932.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 05/SVS/MS, de 21 de fevereiro de 2006. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006. Seção 1, p. 34.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de Regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 6. ed. Brasília, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.601, de 9 de agosto de 2000. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2000.

ANEXOS

ANEXO A – ABORDAGEM SINDRÔMICA

SURTO

A manifestação, em uma comunidade ou região, de casos de uma doença com uma frequência que exceda a incidência normal prevista (número esperado de casos) caracteriza-se como surto/epidemia. O aumento no número de casos pode indicar a existência de uma surto/epidemia varia dependendo do agente infeccioso (na quantidade ou virulência) no tamanho e nas características de alteração da população exposta (mudança na susceptibilidade da resposta do hospedeiro ao agente).

O caráter epidêmico guarda relação com a frequência comum da doença na mesma área geográfica, entre a população especificada e intervalo de tempo equivalente. Os surtos/epidemias podem ser classificados segundo o modo provável da transmissão na população:

- pessoa a pessoa ou propagado: se dissemina gradualmente por contato direto de pessoa a pessoa, geralmente com um número crescente de casos à medida que se espalha;
- fonte comum: é aquele em que um grupo de pessoas é exposto a uma influência nociva comum, tal como um agente infeccioso ou toxina;
- fonte comum seguida de pessoa a pessoa (mista): exposição comum seguida por uma disseminação secundária de pessoa a pessoa.

É importante também caracterizar a fonte de infecção, tais como água, alimentos, vetores (p. ex. mosquitos), animais e outros (ex. seringas).

O aparecimento de um só caso de uma doença transmissível que durante um período prolongado não havia acometido a uma população ou que ocorra pela primeira vez em uma região na qual não havia sido diagnosticada anteriormente requer a notificação imediata e uma investigação epidemiológica.

SÍNDROME DIARRÉICA AGUDA SANGUINOLENTA

Definição: diarreia de início agudo (três ou mais evacuações ou fezes líquuefeitas em 24h), com perda sangüínea visível ou não.

Exclusão: diarreia aquosa aguda (sem sangue) compatível com cólera.

Fatores de alerta: insuficiência renal na ausência de desidratação, icterícia, consciência alterada, choque, infecção grave (*Escherichia coli* Entero-Toxigênica – ETEC ou Entero-Hemorrágica – EHEC e Síndrome Hemolítica Urêmica – SHU e *Campylobacter*).

Informações epidemiológicas: viagem recente, história alimentar, contato com casos similares (não necessariamente com sangue), contato com animais reservatórios.

Investigação laboratorial: cultura de fezes, exame protoparasitológico, teste de sorotipagem. Na ausência de produção de urina: uréia e creatinina.

Conduta: observação hospitalar por 24 horas para resultado laboratorial e controle de volume urinário. Seguimento domiciliar em 12 horas verificar para identificar casos secundários .

SÍNDROME FEBRIL ICTÉRICA AGUDA

Definição: paciente com mais de um ano de idade, com relato de febre com duração de até três semanas e sinais clínicos de icterícia cutânea e /ou mucosa.

OBs.: O início agudo exclui a maioria das doenças hepáticas crônicas, infecciosas ou não, que geralmente não demandam intervenção imediata e, portanto, podem ser identificadas através das estatísticas das altas hospitalares.

O reconhecimento da síndrome é clínico, com atenção às definições de episódio febril agudo e de icterícia.

Critérios de Exclusão: hepatopatias crônicas; intoxicações agudas medicamentosas ou não; neoplasias; infecções agudas de vias biliares; doenças auto-imunes; abscesso hepático (bacterianos, amebiano ou misto); tuberculose; SIDA.

Informações epidemiológicas: múltiplos casos ou óbitos em uma mesma comunidade com características clínicas semelhantes as do caso investigado; contato com ratos ou áreas alagadas; histórico vacinal; histórico de epizootias na região; comunidade situada em zona endêmica para malária; deslocamentos recentes para zona de “mata”.

Exames complementares inespecíficos: Alanino Aminotransferase – ALT (TGP) ou Aspartato Aminotransferase – AST (TGO), uréia e creatinina, bilirrubina total e frações, fosfatase alcalina, albumina sanguínea, e outros exames de acordo com especificidades do quadro clínico.

Suspeita(s) clínica(s): leptospirose, hepatites virais agudas, malária por *P. falciparum*, febre amarela, septicemia e febre tifóide.

Investigação laboratorial para confirmação diagnóstica: pesquisa de hematozoários (gota espessa, teste sorológico rápido); testes sorológicos para patógenos selecionados: hepatites virais (marcadores virais), leptospirose e febre amarela; isolamento viral; hemocultura, coprocultura e culturas de outros materiais para cultivo bacteriano.

SÍNDROME FEBRIL HEMORRÁGICA AGUDA

Definição: paciente acima de 1 de idade, com relato de febre com duração de até três semanas e apresentando um ou mais sinais de hemorragia espontânea (mucosa, cutânea, intestinal, pulmonar, múltiplos órgãos e/ou outras) ou induzida (prova do laço positiva) Os sinais hemorrágicos mais freqüentes são: petéquias, púrpura, epistaxe, hemoptise, gengivorragia, hematúria e hemorragia intestinal.

Crítérios de exclusão: síndrome hematológica de etiologia não infecciosa; doenças hematológicas; acidentes poranimais peçonhentos, hepatopatias crônicas; intoxicações agudas medicamentosas ou não; neoplasias; doenças auto-imunes; tuberculose; SIDA.

Informações epidemiológicas: múltiplos casos ou óbitos em uma mesma comunidade com características clínicas semelhantes as do caso investigado; contato com ratos ou áreas alagadas; histórico vacinal; histórico de epizootias na região; comunidade situada em zona endêmica para malária; deslocamentos recentes para zona de “mata”, contato com carrapatos, ocorrência de dengue na região ou presença do vetor (*Aedes aegypti*).

Exames complementares inespecíficos: tempo de Protrombina – TP, Tempo Parcial de Trombina Ativada – TTPA, hemograma com contagem de plaquetas, uréia e creatinina, fosfatase alcalina, albumina sangüínea, outros exames de acordo com especificidades do quadro clínico.

Suspeita(s) clínica(s): dengue, hantavirose, leptospirose, doença meningocócica, malária por *P. falciparum* (severa), febre maculosa (*Rickettsia*), febre tifóide, febre purpúrica Brasileira e outras arboviroses.

Investigação laboratorial para confirmação diagnóstica: sorologias (dengue, leptospirose, febre maculosa brasileira, hantavírus); pesquisa de hematozoários (gota espessa); isolamento viral; exame líqüórico; coprocultura, hemocultura e culturas de secreção ocular, faringo-amidiana e cutânea.

SÍNDROME FEBRIL ÍCTERO-HEMORRÁGICA AGUDA

Definição: paciente acima de 1 ano de idade, com relato de febre com duração de até três semanas, apresentando sinais de síndrome febril icterica aguda e síndrome febril hemorrágica aguda.

Crterios de exclusão: síndrome hematológica de etiologia não infecciosa; doenças hematológicas; acidentes por animais peçonhentos, hepatopatias crônicas; intoxicações agudas medicamentosas ou não; neoplasias; infecções agudas de vias biliares; doenças auto-imunes; abscesso hepático (bacteriano, amebiano ou misto).

Informações epidemiológicas: múltiplos casos ou óbitos em uma mesma comunidade com características clínicas semelhantes as do caso investigado; contato com ratos ou áreas alagadas; histórico vacinal; histórico de epizootias na região; comunidade situada em zona endêmica para Malária; deslocamentos recentes para zona de “mata”, contato com carrapatos, ocorrência de dengue na região ou presença do vetor (*Aedes aegypti*).

Exames complementares inespecíficos: Alanino Aminotransferase – ALT (TGP) ou Aspartato Aminotransferase – AST (TGO), uréia e creatinina, bilirrubina total e frações, fosfatase alcalina, albumina sangüínea.

Tempo de Protrombina – TP, Tempo Parcial de Trombina Ativada – TTPA, hemograma com contagem de plaquetas, outros exames de acordo com especificidades do quadro clínico.

Suspeita(s) clínica(s): malária, hepatites virais, dengue, febre amarela, leptospirose, septicemia, febre tifóide.

Investigação laboratorial para confirmação diagnóstica: sorologias (dengue, leptospirose, hepatites virais, febre amarela); pesquisa de hematozoários (gota espessa); isolamento viral; coprocultura, hemocultura e culturas de outros materiais para cultivo bacteriano.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA

Definição: febre elevada de instalação súbita, tosse e dispnéia em pessoas acima de 5 anos de idade.

Exclusões: Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) e condições médicas que predisponem à SARA (doença pulmonar crônica, trauma, cauterização, cirurgia, sepse); pacientes com doenças crônicas de pulmão com exacerbação aguda (asma, fibrose cística, bronquite crônica); e crianças abaixo de 5 anos de idade com bronquiolite, coqueluche e pneumonia pois a maioria delas é de origem viral e para as quais a prevenção é limitada.

Fatores de alerta:

- Hipoxemia, cianose e tiragem subcostal.

Suspeita(s) clínica(s): hantavirose, legionella, leptospirose, tuberculose, infecções oportunistas relacionadas com HIV/Aids (sem diagnóstico anterior: pneumocistose, tuberculose, histoplasmose), Infecções por fungos (paracoccidiodomicose), pneumonia por vírus respiratórios (principalmente *influenza*, vírus respiratório sincial e coronavírus-SARS); infecção por micoplasma e clamidia *pneumoniae*, entre outros

Investigação laboratorial: radiografia de tórax, gasometria arterial (caso o paciente esteja dispnéico); hemograma completo; cultura de sangue. Em caso de pneumonia lobar, realizar cultura de escarro.

Testes diagnósticos específicos confirmação diagnóstica conforme suspeita(s) clínica(s): cultura de sangue (no mínimo duas amostras), esfregaço de escarro (BAAR, fungos), e cultura de esfregaço (BAAR, fungos), mensuração de anticorpos e imunofluorescência para Legionella, teste anti-HIV, soro para testes apropriados para patógenos específicos conforme suspeita(s) clínica(s), cultura ou PCR para vírus *influenza* e SARS-Cov, Imunofluorescência indireta (IFI) de SNE, sorologias específicas.

SÍNDROME NEUROLÓGICA AGUDA

Definição: febre de instalação aguda e consciência alterada (incluindo confusão, agitação, letargia, estupor ou ainda coma) e um ou mais dos seguintes sinais: dor de cabeça, vômitos,

sinais meníngeos, paralisia de nervo craniano, paresia ou paralisia, dificuldades sensoriais, reflexos alterados, convulsões, movimentos abdominais, movimentos involuntários (coréia, tremores, mioclonia).

Exclusão: traumatismo cerebral, abscesso cerebral, acidente vascular cerebral, distúrbio neurovegetarivo, afecções de causa tóxica.

- Diagnóstico confirmado de infecção prévia por HIV: concluir a investigação e avaliar após 48h.

Fatores de alerta:

- Alteração hemorrágica, icterícia, viagem recente para área endêmica de malária ou febre amarela.
- Criança menor de 1 ano: se não houver contra-indicação (trauma, hipertensão intracraniana), realizar punção lombar para exame de Líquido Céfalo-Raquidiano – LCR.
- Criança / Adultos: se não houver contra-indicação (trauma, hipertensão intracraniana), realizar punção lombar para exame de Líquido Céfalo-Raquidiano – LCR.
- IMPORTANTE: Caso haja uma das contra-indicações acima citadas, realizar tomografia computadorizada para avaliar efeitos de massa e desvios da linha média que impeçam a realização de punção para exame liquórico.

Suspeita(s) clínica(s):

✓ Meningite bacteriana (pneumococo, meningococo, *Haemophilus influenzae* tipo b), meningite viral, arboviroses, leptospirose, encefalite (encefalite Venezuelana), febre amarela, malária, infecções por fungos, HIV/Aids (toxoplasmose, criptococose, neurotripanossomíase), tuberculose.

Investigação laboratorial:

- Hemograma completo, cultura de sangue para bactérias (para fungos e micobactérias caso haja suspeita), estocar soro em *freezers* para testes posteriores.
- LCR: quimiocitológico – aglutinação direta para pneumococo, meningococo e HIB (*Haemophilus influenzae*) Latex, CIE e cultura para meningites bacterianas; sorologia e isolamento viral para Febre do Nilo Ocidental Atenção para sinais de elevação da pressão intracraniana.
- Para criptococose, se houver suspeita de aids; cultura para bactéria.

SÍNDROME DA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

Definição: falência renal e febre de instalação aguda, dor de cabeça evidenciada, edema, hipertensão arterial e diminuição do volume urinário.

- Exclusão: desidratação como causa de falência renal, síndrome nefrótica e sepse.

Fatores de alerta:

- Clínico: sangramento espontâneo (petéquias, hemoptise), palidez cutânea-mucosa, icterícia, consciência alterada, sinais meníngeos, dor abdominal, histórico de diarreia prolongada com ou sem sangue aparente (colite hemorrágica).

Suspeita(s) clínica(s): síndrome hemolítica urêmica (ex.: infecção de bactéria produtora de toxina **SHIGA**), leptospirose, hantavirose.

Investigação laboratorial: Uréia e creatinina, sódio e potássio, contagem de plaquetas, contagem de leucócitos, Alanina Aminotransferase – ALT (TGP) ou Aspartato Aminotransferase – AST (TGO), bilirrubina total, hematúria (microscopia e macroscopia), proteinúria, controle de volume urinário, hemograma completo, Elementos Anormais de Sedimentação – EAS, cultura de sangue e urina, punção lombar, pesquisa de leucócitos em fezes, exames para diagnóstico etiológico conforme suspeita(s) clínica(s) e radiografia de tórax.

Testes diagnósticos específicos confirmação diagnóstica conforme suspeita(s) clínica(s): cultura de sangue; CSF; Tinta nankin (pesquisa direta de criptococos); esfregaço de Gram; pesquisa de BAAR e cultura (bactéria, fungos, BAAR); aglutinação por látex – LCR (pneumococo,

meningococo, e Hib); pesquisa de hematozoário (gota espessa, teste sorológico rápido), testes sorológicos para patógenos específicos conforme suspeita(s) clínica(s), pesquisa de produção de toxinas (shiga ou vero toxina).

CASO CONFIRMADO: pessoa de quem foi isolado e identificado o agente etiológico ou de quem foram obtidas outras evidências epidemiológicas e/ou laboratoriais da presença do agente etiológico, como, por exemplo, a conversão sorológica em amostras de sangue colhidas nas fases aguda e de convalescência. Esse indivíduo pode ou não apresentar a síndrome indicativa da doença causada pelo agente. A confirmação do caso está sempre condicionada à observação dos critérios estabelecidos pela definição de caso, que, por sua vez, está relacionada ao objetivo do programa de controle da doença e/ou do sistema de vigilância.

INCIDÊNCIA: número de casos novos de uma doença ocorridos em uma população particular durante um período específico de tempo. Traz a idéia de intensidade com que incide uma doença numa população, mede a freqüência ou probabilidade de ocorrência de casos novos de doença na população. Alta incidência significa alto risco coletivo de adoecer.

NOTIFICAÇÃO: consiste na informação periódica do registro de doenças de notificação compulsória e outros agravos à saúde, obtidas por meio de todas fontes notificadoras.

ANEXO B – PORTARIA N.º 5

PORTARIA N.º 5, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2006

Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 36 do Decreto n.º 4.726, de 9 de junho de 2003 e, considerando o disposto no Art. 4.º da Portaria n.º 2.325, de 8 de dezembro de 2003, resolve:

Art. 1.º Adotar a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, constante do Anexo I desta Portaria, incluindo-se a notificação de casos suspeitos ou confirmados de influenza humana por novo subtipo.

Art. 2.º A ocorrência de agravo inusitado, caracterizado como a ocorrência de casos ou óbitos de doença de origem desconhecida ou alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, deverá também ser notificada às autoridades sanitárias.

Art. 3.º As doenças e agravos relacionados no Anexo II desta Portaria, para todo território nacional, devem ser notificados, imediatamente, às Secretarias Estaduais de Saúde, e estas deverão informar, também de forma imediata, à Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS.

Parágrafo Único. A notificação imediata deverá ser realizada por um dos seguintes meios de comunicação:

I. Serviço de notificação eletrônica de emergências epidemiológicas (e-notifica), por meio de mensagem de correio eletrônico enviada ao endereço notifica@saude.gov.br ou, diretamente pelo sítio eletrônico da Secretaria de Vigilância em Saúde, no endereço www.saude.gov.br/svs;

II. Serviço telefônico de notificação de emergências epidemiológicas, 24 horas (Disque-Notifica) por meio de ligação para o número nacional que será divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS, sendo este serviço destinado aos profissionais de saúde cujo Município ou Estado não possuam serviço telefônico em regime de plantão para recebimento das notificações imediatas.

Art. 4.º Os agravos de notificação imediata, constantes do Anexo II desta Portaria, devem ser notificados em, no máximo, 24 horas a partir do momento da suspeita inicial.

Parágrafo único. A notificação imediata não substitui a necessidade de registro posterior das notificações em conformidade com o fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

Art. 5.º Os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei n.º 6259 de 30 de outubro de 1975, são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas nos anexo I, II e III desta Portaria.

Parágrafo único. O não cumprimento desta obrigatoriedade será comunicado aos conselhos de entidades de Classe e ao Ministério Público para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

Art. 6.º Os resultados dos exames laboratoriais das doenças de notificação imediata relacionadas no Anexo III desta Portaria devem ser notificados, pelos laboratórios de referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública de cada Unidade Federada, concomitantemente às Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e a SVS/MS, conforme estabelecido no Art. 3.º desta Portaria.

Art. 7.º A definição de caso para cada doença relacionada no Anexo I desta Portaria, obedecerá à padronização definida pela SVS/MS.

Art. 8.º É vedada a exclusão de doenças e agravos componentes da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória pelos gestores municipais e estaduais do SUS.

Art. 9.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 10.º Fica revogada a Portaria n.º 33/SVS, de 14 de julho de 2005, publicada no DOU n.º 135, Seção 1, pág. 111, de 15 de julho de 2005.

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

ANEXO I

Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória

- I. Botulismo
- II. Carbúnculo ou “Antraz”
- III. Cólera
- IV. Coqueluche
- V. Dengue
- VI. Difteria
- VII. Doença de Creutzfeldt-Jacob
- VIII. Doenças de Chagas (casos agudos)
- IX. Doenças Meningocócica e outras Meningites
- X. Esquistossomose (em área não endêmica)
- XI. Eventos Adversos Pós-Vacinação
- XII. Febre Amarela
- XIII. Febre do Nilo Ocidental
- XIV. Febre Maculosa
- XV. Febre Tifóide
- XVI. Hanseníase
- XVII. Hantavíruses
- XVIII. Hepatites Virais
- XIX. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
- XX. *Influenza* humana por novo subtipo (pandêmico)
- XXI. Leishmaniose Tegumentar Americana
- XXII. Leishmaniose Visceral
- XXIII. Leptospirose
- XXIV. Malária
- XXV. Meningite por *Haemophilus influenzae*
- XXVI. Peste
- XXVII. Poliomielite
- XXVIII. Paralisia Flácida Aguda
- XXIX. Raiva Humana
- XXX. Rubéola
- XXXI. Síndrome da Rubéola Congênita
- XXXII. Sarampo
- XXXIII. Sífilis Congênita
- XXXIV. Sífilis em gestante
- XXXV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS
- XXXVI. Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica Aguda

- XXXVII. Síndrome Respiratória Aguda Grave
- XXXVIII. Tétano
- XXXIX. Tularemia
- XXXX. Tuberculose
- XLI. Varíola

ANEXO II

Doenças e Agravos de notificação imediata

I. Caso suspeito de:

- a) Botulismo
- b) Carbúnculo ou Antraz
- c) Cólera
- d) Febre Amarela
- e) Febre do Nilo Ocidental
- f) Hantavirose
- g) *Influenza* humana por novo subtipo (pandêmico)
- h) Peste
- i) Poliomielite
- j) Raiva Humana
- l) Sarampo, em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior
- m) Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica Aguda
- n) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- o) Varíola
- p) Tularemia

II. Caso confirmado de:

- a) Tétano Neonatal

III. Surto ou agregação de casos ou de óbitos por:

- a) Agravos inusitados
- b) Difteria
- c) Doença de Chagas Aguda
- d) Doença Meningocócica
- e) *Influenza* Humana

IV. Epizootias e/ou morte de animais que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos:

- a) Epizootias em primatas não humanos
- b) Outras epizootias de importância epidemiológica

ANEXO III

Resultados laboratoriais devem ser notificados de forma imediata pelos Laboratórios de Saúde Pública dos Estados (Lacen) e Laboratórios de Referência Nacional ou Regional

I. Resultado de amostra individual por:

- a) Botulismo
- b) Carbúnculo ou Antraz
- c) Cólera
- d) Febre Amarela
- e) Febre do Nilo Ocidental
- f) Hantavirose
- g) *Influenza* humana por novo subtipo (pandêmico)
- h) Peste
- i) Poliomielite
- j) Raiva Humana
- l) Sarampo
- m) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- n) Varíola
- o) Tularemia

II. Resultado de amostras procedentes de investigação de surtos:

- a) Agravos inusitados
- b) Doença de Chagas Aguda
- c) Difteria
- d) Doença Meningocócica
- e) *Influenza* Humana

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada
na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora Ministério da Saúde
pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, revisão e editoração)
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, maio de 2007
OS 0098/2007