

Escarlatina: orientações para surtos *Scarlet fever: outbreak guidelines*

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória (DDTR)
Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" (CVE)
Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD)
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)

Introdução

A escarlatina é uma doença infecciosa aguda causada pelo estreptococo β hemolítico do grupo A, produtor de toxina pirogênica (eritrogênica), que raramente pode ser devida à infecção pelo estreptococo dos grupos C e G. A doença ocorre mais freqüentemente associada à faringite e, ocasionalmente, aos impetigos. Atualmente, a forma toxêmica grave é pouco comum.

A importância das infecções estreptocócicas do grupo A está relacionada, principalmente, às suas manifestações supurativas, como fasciíte necrotizante, síndrome do choque tóxico estreptocócico, linfadenite cervical, abscesso retrofaríngeo ou peritonsilar, mastoidite, bacteremia, endocardite, pneumonia e otite média. No caso da escarlatina, sua importância está diretamente relacionada com as seqüelas não supurativas: a febre reumática e glomerulonefrite difusa aguda. A glomerulonefrite pós-estreptocócica pode ocorrer após quadro de impetigo ou outras lesões de pele.

Aspectos epidemiológicos

A escarlatina pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais freqüente em escolares entre 5 e 18 anos. É rara no lactente, provavelmente devido à transferência de anticorpos maternos contra a toxina eritrogênica. Acomete igualmente ambos os sexos. A maior taxa (11,3%) de portadores saudáveis ou assintomáticos de estreptococos do grupo A encontra-se na faixa etária de crianças, de ambos os sexos, enquanto para adultos a taxa é de 0,8%.

Em estudo realizado na cidade de Recife com 753 escolares de 5 a 19 anos foi encontrada uma taxa baixa, de 0,8%, e a freqüência foi maior na faixa etária de 7 anos. Em estudo realizado em Minas Gerais, a prevalência de febre reumática entre escolares foi de 3,6/1.000.

A distribuição é universal, com maior incidência no final do inverno e início da primavera.

Agente etiológico

É o *Streptococcus β hemolítico* do grupo A (*Streptococcus pyogenes*), eventualmente dos grupos C, D e G.

Reservatório

O homem é o hospedeiro natural do estreptococo do grupo A. Outros possíveis veículos de transmissão do estreptococo dos grupos D e G são os alimentos e a água.

Modo de transmissão

A transmissão da escarlatina dá-se por contato direto e próximo com paciente que apresenta a faringoamigdalite estreptocócica aguda, por intermédio de gotículas de saliva ou secreções nasofaríngeas. Aglomerações em ambientes fechados, como creches e escolas, principalmente nos meses frios, e após ou concomitante a quadros de varicela e feridas cirúrgicas infectadas favorecem a transmissão, podendo levar ao aparecimento de surtos.

Poeira, roupas, utensílios contaminados e outros fômites não têm importância significativa na transmissão. A água e os alimentos contaminados podem causar surtos de estreptococcias (principalmente dos grupos C, D e G). Para informações adicionais sobre estreptococcia transmitidas por alimentos acesse: www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hidrica/Strepto.htm.

Os portadores assintomáticos do estreptococo β hemolítico do grupo A raramente são transmissores a seus comunicantes, e apresentam menos complicações supurativas do que os não-portadores. Estreptococos do grupo A freqüentemente colonizam a faringe de crianças em idade escolar, sendo que a taxa de portadores assintomáticos varia com a localização geográfica e a estação do ano. Taxas de 15% a 20% têm sido referidas em vários estudos. A taxa de portadores assintomáticos entre adultos é consideravelmente baixa. Em pacientes sem tratamento, os microorganismos podem permanecer

por muitas semanas, apesar dos sinais e sintomas da doença diminuírem em poucos dias.

Período de incubação da escarlatina: de 2 a 5 dias, sendo discutível a transmissão nessa fase da doença.

Período de transmissibilidade: a transmissão tem seu início junto com os primeiros sintomas. Nos casos não tratados e sem complicações dura de 10 a 21 dias. Nos adequadamente tratados, até 24 horas do início do tratamento.

Suscetibilidade e imunidade: para que ocorra a doença é necessário que o indivíduo infectado não tenha imunidade contra o estreptococo (imunidade tipo-específica), nem imunidade antitóxica contra a exotoxina pirogênica (toxina eritrogênica). Em pacientes que não são tratados especificamente para faringite estreptocócica, anticorpos tipo-específicos são freqüentemente detectáveis no soro entre 4 a 8 semanas após a infecção.

Aspectos clínicos: na escarlatina ocorre um curto período prodrômico, geralmente de 12 a 24 horas, no qual pode ocorrer febre alta, dor à deglutição, mal-estar geral, anorexia e astenia; sintomas estes que podem estar acompanhados de náuseas, vômitos e dor abdominal, especialmente em crianças. Após esse período, o paciente pode apresentar faringoamigdalite com exsudato purulento, adenomegalia cervical, enantema em mucosa oral acompanhado de alteração na língua. Nos primeiros dias, a língua se reveste de uma camada branca, com papilas protuberantes que se tornam edemaciadas e avermelhadas. Após um ou dois dias a camada branca se descama, ressaltando as papilas hipertrofiadas e avermelhadas (língua em framboesa).

A erupção de pele surge tipicamente após 12 a 48 horas, manifestando-se como um exantema micropapular, iniciando-se no peito e expandindo-se para o tronco, pescoço e membros, poupando as palmas das mãos e as plantas dos pés; caracteristicamente, confere à pele o aspecto de lixa e desaparece à digitopressão. Na face são encontradas lesões puntiformes, com a testa e bochechas hiperemiadas, contrastando com a palidez da região perioral (sinal de Filatov). O exantema apresenta-se mais intenso nas dobras cutâneas e nas áreas de pressão, como nádegas; surgem nesses locais áreas de hiperpigmentação e nas dobras de flexão há formação de linhas transversais (sinal de Pastia).

A faringoamigdalite, a erupção e a febre, assim como as outras manifestações clínicas, desaparecem em torno de uma semana, seguindo-se um período de descamação, característico da escarlatina. A descamação começa na face e pescoço, em finas escamas, desce para o tronco e por último para

as extremidades, na segunda ou terceira semana. As mãos e os pés são os últimos que descamam, e de forma mais intensa.

A apresentação clássica da escarlatina é incomum em pacientes com menos de 3 anos de idade, que geralmente apresentam quadros atípicos, com sinais e sintomas inespecíficos, como febre baixa, irritabilidade, anorexia e adenite cervical. A doença ocorre mais comumente em associação com a faringite e raramente com piodermite ou ferida cirúrgica ou traumática infectada.

Nos raros casos de escarlatina provocados por impetigo não há a presença da angina estreptocócica. Ressalte-se que a evolução clínica típica é alterada com o diagnóstico e tratamento precoces.

Complicações

Podem ser de dois tipos:

- supurativas: abscessos, fasciíte necrotizante, bacteremia, síndrome do choque tóxico estreptocócico, meningite, pioartrite, endocardite, osteomielite, peritonite, sinusite e até meningite e abscesso cerebral, devido à infecção por contigüidade via mastóide ou disseminação hematogênica;
- não-supurativas: glomerulonefrite difusa aguda, febre reumática, eritema nodoso, eritema multiforme, poliarterite nodosa, artrite reativa.

A letalidade é alta nos casos de bacteriemia estreptocócica e choque séptico estreptocócico.

Diagnóstico laboratorial

- Laboratorial: a cultura de orofaringe é o principal exame (padrão ouro) para a identificação do estreptococo β hemolítico do grupo A. Deve-se utilizar *swab* adequado (Dracon ou Rayon), flexível, estéril, com haste de plástico (não usar *swab* de algodão ou alginato de cálcio) para a coleta de material da orofaringe, que deverá ser colocado em tubo estéril para encaminhamento imediato ao laboratório, em temperatura ambiente. Para informações complementares, consulte o Anexo 1.
- Os testes para anticorpos no soro da fase aguda e de convalescença, como a antiestreptolisina O (ASLO); são úteis e contribuem como mais um dado presuntivo de infecção por estreptococo do grupo A, porém não têm valor para o diagnóstico imediato ou tratamento da infecção aguda, pois a elevação do título obtido após 2 a 4 semanas do início do quadro clínico é muito mais confiável do que um único título alto.

- Os testes rápidos de detecção de antígeno como o látex, se disponíveis, podem ser usados; entretanto, apesar da alta especificidade (95%), sua sensibilidade é baixa (76% a 87%). Assim, quando o látex estiver disponível será utilizado. No entanto, também deverá ser feita coleta para cultura.
- O hemograma apresenta-se com leucocitose, neutrofilia e desvio à esquerda, e eosinofilia (5% a 10%), principalmente nos primeiros dias de infecção.

ATENÇÃO: no momento, os testes rápidos e a cultura não estão disponíveis à rede no Instituto Adolfo Lutz. No entanto, em caso de surto, deverá ser feito contato com o CVE (Central 0800 0555466 ou Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória: 11 3066-8236 e 3082-0957) ou com o IAL (Bacteriologia: 11 3068-2893 e 3068-2894), para verificar a possibilidade da coleta destes exames.

Diagnóstico diferencial da escarlatina

- faringoamigdalites causadas por vírus: rinovírus, adenovírus e Epstein Baar;
- faringoamigdalites causadas por bactérias: *S. aureus*, *H. influenzae*, *N. gonorrhoeae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* e *Arcanobacterim haemolyticus*, bactérias anaeróbias;
- doenças exantemáticas: sarampo, rubéola, parvovirose, exantema alérgico, doença de Kawasaki etc.

Tratamento

O tratamento pode ser iniciado até oito dias após o início do quadro, e as penicilinas continuam sendo o tratamento de escolha para a escarlatina. Devem ser usadas, a menos que o paciente seja alérgico. Pode ser usada a forma de penicilina G benzatina, nas doses de 600.000 UI, intramuscular, para crianças menores de 25 quilos, e 1.200.000 UI para maiores de 25 quilos e adultos, em dose única.

Também pode ser utilizada a penicilina V oral, em doses de 200.000 UI (125 mg) para menores de 25 quilos, e 400.000 UI (250 mg) para maiores de 25 quilos e adultos, a cada 6 ou 8 horas, durante dez dias. A eficácia clínica é similar nas duas formas, embora haja mais recaídas com a forma oral. Ambas previnem o aparecimento da febre reumática.

A amoxicilina, ou amoxicilina com clavulanato, também pode ser utilizada por dez dias, nas doses de 500 mg de 8/8horas VO (via oral) para adolescentes e adultos e 50-40mg/kg/dia, de 8/8horas, para crianças.

A eritromicina é indicada para pacientes alérgicos às penicilinas. O estolato de eritromicina é usado nas doses de 20mg a 50mg/kg/dia, por 3 ou 4 doses, via oral. Os novos macrolídeos, como a azitromicina (12mg/kg/dia, em 1 dose/dia – dose máxima 500mg/dia por cinco dias) e a claritromicina (7,5mg/kg/dia, de 12/12horas – dose máxima 500mg por sete dias) também podem ser utilizadas; no entanto, o custo do tratamento limita sua indicação.

As cefalosporinas de uso oral podem ser usadas nos pacientes alérgicos às penicilinas, embora 5% a 15% apresentem alergia às cefalosporinas, que estarão contra-indicadas em caso de alergia tipo choque anafilático. Cefalexina, cefadroxil e cefaclor são usadas durante dez dias. A axetil cefuroxima para crianças na dose de 20 mg/kg/dia, dose máxima de 250mg/kg/dia VO, de 12/12 horas; e para adultos 250 mg, também de 12/12horas, pode ser usada durante 5 a 7 dias, com eficácia semelhante às penicilinas. O custo do tratamento com as cefalosporinas é alto, limitando sua indicação.

Quadro 1. Possibilidades terapêuticas para o tratamento da escarlatina.

Antimicrobianos	Dose	Regime de tratamento	Duração do tratamento
Penicilina G Benzatina	Criança: 600.000 UI Adulto: 1.200.000 UI	Dose única Dose única	----- ----- --
Penicilina V	< 25Kg: 200.000 UI – 125mg > 25Kg: 400.000 UI – 250mg	8/8h	10 dias 10 dias
Amoxicilina	Criança: 50mg/kg/dia Adulto: 500mg	8/8 h ou 12/12 h 8/8h ou 12/12 h	10 dias 10 dias
Eritromicina	Criança: 20mg a 50mg/kg/dia Adulto: 500mg	6/6 h 6/6 h	10 dias 10 dias
Azitromicina	Criança: 12mg/kg/dia (máx 500mg/dia) Adulto: 500mg/dia	1 x ao dia 1 x ao dia	5 dias 5 dias
Claritromicina	Criança: 7,5mg/kg/dia (máx.500mg/dia) Adulto: 500mg	12/12 h 12/12 h	10 dias 10 dias
Amoxicilina - clavulanato de potássio	Criança: 40mg/kg/dia Adulto: 500mg-875mg	8/8 h ou 12/12 h 8/8 h ou 12/12 h	10 dias 10 dias
Cefalexina	Criança: 25 a 50mg/kg/dia Adulto: 500mg	6/6 h ou 12/12 h 12/12 h	10 dias 10 dias
Axetil cefuroxima	Criança: 20/kg/dia (máx.250mg) Adulto: 250mg	12/12 h 12/12 h	5-7 dias 5-7 dias

Vigilância epidemiológica

- **Objetivos:** notificar e investigar os surtos para adoção oportuna das medidas de controle.

- **Definição de caso suspeito:** febre alta com faringite ou faringoamigdalite presente ou anterior, que após 12-48 horas cursa com exantema caracterizado por erupção cutânea eritematosa difusa, micropapular (pápulas não ultrapassam 1,0 mm de diâmetro e dão à palpação sensação de lixa).

- **Definição de surto:** ocorrência de dois ou mais casos que atendam à definição de caso suspeito em determinado espaço geográfico e relacionados no tempo.

- **Notificação:** não sendo doença de notificação compulsória, apenas os surtos serão notificados. Deve-se utilizar instrumento apropriado, disponível no Anexo 2 (Ficha de Investigação de Surto/Instruções para Preenchimento – Sinan Net).

- **Investigação:** a investigação adequada deverá ser realizada em caso de surto (dois ou mais casos relacionados epidemiologicamente). Também neste momento deve-se utilizar instrumento apropriado, complementar ao anterior, disponível no Anexo 3 (Planilha de Acompanhamento de Surto/Instruções para Preenchimento – Sinan Net), com preenchimento semanal completo e estratificado até o encerramento do surto.

- Roteiro sucinto para investigação epidemiológica:

1. Construir uma definição de caso para o surto investigado.
2. Identificação dos pacientes que cumprem a definição de caso (preencher a Ficha de Investigação de Surtos e distribuir os casos, PREENCHENDO TODOS OS DADOS – idade, data dos primeiros sintomas etc.), na Planilha de Acompanhamento de Surto, completando os dados obtidos (Anexos 2 e 3).
3. Coleta de dados clínicos e epidemiológicos:
 - para confirmação da suspeita diagnóstica;
 - para identificação da área de transmissão;
 - para determinação da extensão da área de transmissão.
4. Coleta e remessa de material para exames, conforme protocolo laboratorial (Anexo 1).
5. Análise de dados (deverá ser realizada no sistema

local, municipal, estadual e federal). A qualidade dos dados é de importância vital para uma boa análise. Deve-se responder a questões básicas como: quando ocorreu (temporal); onde ocorreu (geográfica); e quais as pessoas (distribuição segundo atributos pessoais). A análise de tendência deverá ser realizada com o cálculo do coeficiente de incidência de períodos anteriores com o do surto.

6. Encerramento do surto e a conclusão de casos.
7. Emissão de relatório final.

a) Medidas gerais de controle:

- 1) notificar o surto (Anexo 2);
- 2) proceder à investigação do surto no local de ocorrência;
- 3) isolar o paciente até 24 horas após o início do tratamento específico;
- 4) proceder à vigilância sanitária dos comunicantes assintomáticos;
- 5) proceder à vigilância sanitária dos casos suspeitos, visando às complicações não supurativas;
- 6) realizar quimioprofilaxia nos comunicantes assintomáticos só se ocorrerem casos de febre reumática e glomerulonefrite*;
- 7) orientar desinfecção concorrente das secreções purulentas e de todo material contaminado por elas e realizar limpeza terminal;
- 8) realizar coletas de materiais para cultura só após contato prévio com o CVE e o IAL, que avaliarão a possibilidade do processamento das culturas.

b) Condutas nas creches, escolas e domicílios:

- comunicantes sintomáticos (casos) deverão ser encaminhados para tratamento conforme o Quadro 1;
- comunicantes assintomáticos: não tratar*.

Obs.: a quimioprofilaxia nos comunicantes assintomáticos só estará indicada se ocorrer em casos de febre reumática e glomerulonefrite*.

***Quando não for possível determinar por testes rápidos (látex) se se trata de estreptococos β hemolítico do grupo A, que é uma bactéria classicamente nefritogênica, deve-se considerar a quimioprofilaxia nos comunicantes assintomáticos próximos (íntimos). Além do estreptococos β hemolítico do grupo A, os dos grupos C e G têm provocado glomerulonefrite pós-infecciosa, ressaltando ainda mais a importância da coleta da cultura.**

- **Comunicantes íntimos:** são os que convivem nos mesmos domicílios do doente e, também, os que convivem com o doente em creches, quartéis, alojamentos coletivos e instituições fechadas, nos quais a natureza íntima e prolongada dos relacionamentos interpessoais simula aqueles observados no ambiente familiar.

Isolamento hospitalar:

- isolamento respiratório por gotículas até 24 horas após o início de terapia adequada – está indicado uso de máscaras comuns;
- desinfecção concorrente de materiais que tenham entrado em contato com secreções de orofaringe, com água e sabão ou álcool 70%.

Referências bibliográficas

1. Alves Meira ZM; de Castilho SR; Lins Barros MV *et al.* Prevalence of rheumatic fever in children from a public high school in Belo Horizonte. *Arq Bras Cardiol* 1995; 65 (4): 331-4.
2. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Division of Bacterial and Mycotic Diseases. Group A Streptococcal (GAS) Disease 2007. Disponível em: www.cdc.gov.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica (6ª ed.). Brasília, 2005; 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. Hayes CS, Williamson H. Management of group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis. *American Family Physician* 2001; 63:1557-64.
5. Kaplan EL, Gerber MA. Group A, Group C and Group G Beta-hemolytic Streptococcal Infections. *In:* Feign RD & Cherry JD. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. W.B. Saunders Co, Philadelphia, 1998, 4th ed; pg 1076-1088.
6. Kiselica D. Beta-hemolytic streptococcal pharyngitis: current-clinical concepts. *Am Phys* 1994; 49: 1143-7.
7. Lan AJ, Colford Jr JM. The impact of dosing frequency on the efficacy of 10-day penicillin or amoxicillin therapy for streptococcal

Obs.: para o estabelecimento de fluxo com o IAL da região todas as ações propostas neste documento deverão ser discutidas com a SUVIS e/ou GVE correspondente e a Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória do CVE.

ATENÇÃO:

Notificar surto de escarlatina à vigilância epidemiológica das:

- Secretaria Municipal de Saúde.
- Secretaria de Estado da Saúde.

Informações adicionais no endereço eletrônico: www.cve.saude.sp.gov.br.

tonsillopharyngitis: a meta-analysis. *Pediatrics*; 105: 1.

8. Martin J M, Green M, Barbadora KA, Wald ER. (2004). Group A Streptococci Among School-Aged Children: Clinical Characteristics and the Carrier State. *Pediatrics*; 114: 1212-1219 [Abstract] [Full Version].
9. Maciel A, Aca IS, Lopes ACS *et al.* Portadores assintomáticos de infecções por *Streptococcus pyogenes* em duas escolas públicas em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2003; 3 (2); 175-180.
10. Pichichero ME. Group A streptococcal: cost-effective diagnosis and treatment. *Ann Emerg Med* 1995; 25: 390-403.
11. Pickering LK. Ed. 2006 Red Book: report of the committee on infectious diseases. 25th ed. Elk Grove Village, Ill. American Academy of Pediatrics 2006; 610-620.
12. PHLS. Public Health Laboratory Service. 2002 Guidelines on the management of communicable diseases in schools and nurseries. Disponível em: www.phls.co.uk.
13. Weber DJ, Rutala WA, Denny FW. Management of healthcare workers with pharyngitis or suspected streptococcal infection. *Infection Control Hosp Epidemiol* 1996; 17:753-61.

ANEXO 1

PROTOCOLO LABORATORIAL

Orientações de coleta de amostras biológicas para isolamento de *Streptococcus pyogenes* em cultura de secreção de orofaringe.

1. Coletar o material no início dos sintomas e preferencialmente antes do uso de antibióticos (ou seguir orientação médica).
2. Introduzir na orofaringe do paciente um *swab* de Dracon ou Rayon, flexível, estéril, com haste de plástico.
3. Evitar tocar outras áreas da cavidade oral com *swab*, para prevenir contaminação com a flora da orofaringe.
4. Coletar a secreção orofaríngea realizando na área posterior da faringe e na superfície das tonsilas movimentos rotatórios com o *swab*. Introduzir o *swab* coletado em um tubo estéril para encaminhamento imediato ao laboratório, em temperatura ambiente.
5. O uso de meios de transporte não é necessário se o tempo de transporte for menor que duas horas. Na impossibilidade de transporte imediato ao laboratório (IAL mais próximo) para processamento da cultura, introduzir o *swab* coletado em meio de transporte de Amies com carvão. Transportar ao laboratório em temperatura ambiente em no máximo 48 horas após a coleta.
6. Identificar os tubos com os dados ou número de identificação do paciente e enviar a ficha de notificação (Sinan) com as informações clínicas e epidemiológicas correspondentes ao caso.

ANEXO 2
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO - Sinan NET



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



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

Nº

Dados Gerais
1 Tipo de Notificação 3 - Surto
2 Agravado/doença Código (CID10) 3 Data da Notificação
4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito

Notificação de Surto
8 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação
9 Local Inicial de Ocorrência do Surto
1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola
4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria (similares)
7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município
10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar

Dados de Ocorrência
10 UF 11 Município de Residência Código (IBGE) 12 Distrito
13 Bairro 14 Logradouro (rua, avenida,...) Código
15 Número 16 Complemento (apto., casa, ...) 17 Geo campo 1
18 Geo campo 2 19 Ponto de Referência 20 CEP
21 (DDD) Telefone 22 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 23 País (se residente fora do Brasil)

Situação Inicial
24 Data da Investigação 25 Modo Provável da Transmissão
1- Direta (pessoa a pessoa) 2- Indireta (Veículo comum ou Vetor) 9- Ignorado
26 Se indireta, qual o veículo de transmissão provável
1- Alimento/Água 2- Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reservatório de água) 3- Vetor
4- Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.) 5- Fômite (faca, lençóis, agulhas, etc.)
6- Outro Especificar 9- Ignorado

Observações

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

SURTO
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO – SINAN NET

DADOS GERAIS

(PREENCHER PARA NOTIFICAÇÃO NEGATIVA, INDIVIDUAL E DE SURTO)

Nº - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- 1- Preencher com o código correspondente ao tipo de notificação:
[3] Surto: ocorrência de casos agregados de surto conforme norma técnica;
- 2- Preencher com o nome do agravo ou doença que está sendo notificado sob a forma de surto ou por agregações de casos inusitados ou desconhecidos. Estes agravos serão classificados como síndromes, sendo classificados em **7 GRUPOS** (diarréia aguda sanguinolenta, icterica aguda, febre hemorrágica aguda, respiratória aguda, neurológica aguda, insuficiência renal aguda e outras síndromes). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 3- Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 4- Anotar a sigla da unidade federada da notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (ex. DF).
- 5- Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 6- Preencher com o nome completo (ou código correspondente segundo cadastro do Sinan) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 7- Anotar a data em que surgiram os primeiros sintomas do primeiro caso suspeito. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 8- Registrar o total de casos suspeitos conhecidos pela vigilância epidemiológica até a data da notificação.
- 9- Anotar segundo a categoria correspondente à abrangência de ocorrência dos casos.
- 10- Anotar a sigla da unidade federada do local de ocorrência do surto (ex. DF).
- 11- Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) do local de ocorrência do surto.
- 12- Anotar o nome do distrito do local de ocorrência do surto.
- 13- Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do Sinan) do local de ocorrência do surto.
- 14- Anotar o tipo (avenida, rua, travessa etc.) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do local de ocorrência do surto (ex. Av. Duque de Caxias). Se o local for indígena anotar o nome da aldeia.
- 15- Anotar o número do logradouro do local de ocorrência do surto (ex. nº 575).
- 16- Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14 etc.).
- 17- Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
- 18- Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.

- 19 - Anotar o ponto de referência para localização do local de ocorrência do surto (Perto da padaria do João).
- 20 - Anotar o CEP – código de endereçamento postal – do logradouro (avenida, rua, travessa etc.) do local de ocorrência do surto (ex. CEP 70036-030).
- 21 - Telefone do local de ocorrência do surto.
- 22 - Zona do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (ex. 1 = área com características estritamente urbanas; 2 = área com características estritamente rurais; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
- 23 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

DADOS DA INVESTIGAÇÃO DO SURTO

- 24 - Anotar a data em que iniciou a investigação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 25 - Anotar o modo provável da transmissão segundo os seguintes critérios:
 - 1 - Transmissão direta: doença transmitida através do contato direto de pessoa a pesso. (ex. influenza, gripe, varicela, ESCARLATINA).
 - 2 - Transmissão indireta: doença transmitida através de um veículo comum ou por um vetor.
 - 9 - Ignorado: quando não se conhece o modo provável da transmissão.
- 26 - Se o modo provável da transmissão for indireta, anotar o veículo provável da transmissão.

Informações complementares e observações adicionais.

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação (ex. Mário José da Silva).

Informar a função do responsável por esta investigação (ex. Enfermeiro).

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DE SURTOS

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

SINAN NET

*Este instrumento deve ser preenchido ao término de cada semana epidemiológica, até o encerramento do surto.***

1 - Anotar o número da notificação do surto atribuído pela unidade de saúde para identificação do surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

2 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

3 - Nome do agravo ou doença que está sendo notificado sob a forma de surto ou ocorrência de agregados de casos inusitados ou desconhecidos. Estes agravos serão classificados como síndromes, sendo classificados em **7 GRUPOS** (diarréica aguda sanguinolenta, icteríca aguda, febril hemorrágica aguda, respiratória aguda, neurológica aguda, insuficiência renal aguda e outras síndromes).

4 - Preencher com a sigla da UF onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

5 - Preencher com o nome completo do município ou código correspondente segundo cadastro do IBGE onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou o atendimento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

6 - Preencher com o nome completo da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) ou código correspondente segundo cadastro estabelecido pelo Sinan que realizou a notificação do surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

PLANILHA:

- anotar o número do caso de acordo com a ocorrência;
- anotar as iniciais do paciente;
- anotar a uf de residência do paciente;
- anotar o município de residência do paciente;
- anotar o distrito de residência do paciente;
- anotar o bairro de residência do paciente;
- anotar a zona de residência do paciente;
- anotar o sexo do paciente;
- anotar a idade do paciente;
- anotar a data do início dos primeiros sintomas no paciente;
- anotar se ocorreu hospitalização do paciente;
- anotar se ocorreu óbito do paciente;
- anotar a classificação final do surto do paciente;
- anotar o critério de confirmação do caso do paciente;
- anotar o diagnóstico final (cid-10) do paciente.

7 - Anotar a delimitação espacial do surto, de acordo com as opções listadas.

8 - Anotar a data de encerramento do surto.

****Obs.: a distribuição dos casos semanalmente nesta planilha, com os dados estratificados (preencher todas as colunas da tabela da ficha) e completos, é o que dará a magnitude da ocorrência.**