

VIGILÂNCIA DE SURTOS

GUIA RÁPIDO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

2025

VIGILÂNCIA DE SURTOS GUIA RÁPIDO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Tyago Ribeiro Hoffmann
Secretaria de Estado da Saúde

Orlei Amaral Cardoso
Subsecretaria de Vigilância em Saúde

Juliano Mosa Macao
Gerência de Vigilância em Saúde

Gustavo Teixeira Oliveira
Núcleo Especial de Sistemas de Informações em Saúde
Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

Aline Cobellari Zamprogno
Ana Paula Brioschi dos Santos
Grazyelle Fonseca Costa de Bortoli
Karla Spandl Ardisson
Rodrigo Leite Locatelli

Sumário

1. INTRODUÇÃO

1.1 Objetivos da investigação de surtos

1.2 Etapas recomendadas da investigação de surtos

2. ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE SURTOS

2.1 Síndrome gripal por Covid-19 ou outros vírus respiratórios

2.2 Varicela

2.3 Doença diarreica aguda

2.4 Caxumba- parotidite epidêmica

2.5 Doença mão-pé-boca

2.6 Escarlatina

2.7 Conjuntivite

2.8 Escabiose

3. REFERÊNCIAS

4. ANEXOS

5. APÊNDICE

1. INTRODUÇÃO

Define-se como surto a ocorrência de um número de casos de uma doença ou agravo superior ao esperado, em uma área específica ou em um grupo determinado, durante um certo período de tempo. No caso de doenças raras, como o tétano neonatal, a raiva humana ou a febre amarela urbana, a confirmação de apenas um caso já pode caracterizar um surto (BRASIL, 2018).

1.1 OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO DE SURTO

- ✓ Confirmar a ocorrência de um surto;
- ✓ Descrever o perfil dos casos;
- ✓ Identificar formas de interromper a cadeia de transmissão;
- ✓ Prevenir a ocorrência de novos casos.

Faz-se necessário que as ações de investigação e controle de surtos, rastreamento e monitoramento de casos sejam instituídas oportunamente e pautadas na integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde.

Diante da suspeita ou confirmação de um surto, a comunicação da ocorrência deve ser IMEDIATA, conforme estabelecido para evento de saúde pública na Portaria GM/MS n.º 3.148, de 6 de fevereiro de 2024, ou seja, no ato ou em até 24 horas da constatação da suspeita OU confirmação, por meio de telefone (27-998491613) ou e-mail (notifica.es@saude.es.gov.br).

A comunicação do surto deve ser realizada, sendo **IMPRESINDÍVEL** a notificação no sistema eSUS-VS. no ícone “SURTO”, somente os casos de Doenças de Transmissão Hídrica Alimentar (DTA) que deverão ser notificadas no ícone “ Surto de Doenças de Transmissão Alimentar”.



1.2 ETAPAS RECOMENDADAS PARA INVESTIGAÇÃO DE SURTOS

Em uma investigação de surto, é essencial agir com rapidez para identificar a causa. Para isso, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e o Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada do SUS orientam seguir 10 passos (BRASIL, 2018; CDC, 2018).

1 PREPARO PARA O CAMPO

O investigador deve se preparar cientificamente (revisar literatura, discutir com especialistas) e operacionalmente (organizar equipe, definir funções e garantir insumos, equipamentos e EPIs). É preciso planejar a logística, o transporte e a comunicação com o Serviço de Vigilância em Saúde (SVS) e o Centro de Informações de Vigilância em Saúde se necessário.

2 CONFIRMAR O DIAGNÓSTICO

Verificar se o diagnóstico é correto por meio de exames laboratoriais (ex.: LACEN) e revisão de prontuários. Entrevistas com profissionais e pacientes podem complementar as informações.

3 DETERMINAR A EXISTÊNCIA DO SURTO

Analisar se há aumento de casos além do esperado. Comparar dados atuais com registros anteriores para descartar variações do sistema de vigilância ou falhas diagnósticas.

4

DEFINIR E CONTABILIZAR CASOS

Estabelecer critérios claros de caso (clínicos, laboratoriais e epidemiológicos) para incluir ou excluir pessoas. Buscar casos adicionais por vigilância ativa e passiva, usando contatos presenciais ou virtuais.

5

DESCREVER DADOS EM TEMPO, LUGAR E PESSOA

Caracterizar o surto segundo data de início dos sintomas (curva epidêmica), localização geográfica (mapas) e perfil das pessoas afetadas (grupo de risco, exposição). Essa descrição ajuda a entender a origem, fonte e forma de transmissão.

6

ADOTAR MEDIDAS DE CONTROLE IMEDIATAS

Implementar ações de controle preliminares com base em dados iniciais e ajustá-las conforme a investigação avança.

7

DESENVOLVER E TESTAR HIPÓTESES

Formular hipóteses desde o início e testá-las com análises descritivas ou estudos analíticos (coorte ou caso-controle), comparando expostos e não expostos.

8

PLANEJAR ESTUDOS COMPLEMENTARES

Se as hipóteses não forem confirmadas, é preciso reavaliar os dados e planejar novos estudos para aperfeiçoar a investigação.

9

IMPLEMENTAR E AVALIAR MEDIDAS DE CONTROLE

As medidas de prevenção devem ser aplicadas o quanto antes, focando na interrupção da cadeia de transmissão (agente, fonte, via ou hospedeiro). É essencial garantir a confidencialidade das informações para evitar estigma. A eficácia das ações deve ser monitorada continuamente para orientar ajustes e confirmar a contenção do surto.

10

COMUNICAR RESULTADOS

Elaborar um relatório claro com os achados, encaminhá-lo aos serviços de vigilância e autoridades de saúde, e registrar os casos no eSUS-VS (ícone Surto) com o CID-10 correspondente. Fichas e planilhas padronizadas devem ser utilizadas para acompanhamento (Anexo 1).

Os casos individuais que são de notificação compulsória deverão ser registrados nos sistemas respectivos.

Exemplo: eSUS-VS e SIVEP-Gripe.

2. ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE SURTOS

De modo geral, a apuração de um caso suspeito de doença de notificação compulsória é de responsabilidade da Vigilância em Saúde do município, em conjunto com a unidade de saúde que realizou a notificação e a unidade de residência do paciente, seguindo os fluxos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA/ES).

Para reunir, alinhar e padronizar as ações de vigilância em saúde relacionadas a essas doenças e aos surtos, dentro das rotinas já consolidadas no Espírito Santo, foi criado este documento que apresenta diretrizes específicas sobre a definição de surtos de determinadas doenças e sobre os procedimentos para sua investigação epidemiológica.

A equipe da SESA deve oferecer suporte à investigação, principalmente em situações com risco de surto e/ou caracterizadas como Emergência em Saúde Pública (ESP). Dessa forma, a articulação e a troca de informações entre as esferas municipal, regional e estadual são indispensáveis para assegurar a qualidade e a agilidade das investigações epidemiológicas no estado.

O quadro a seguir lista as doenças/agravos que possuem orientação de serem digitados como surto e as orientações para inserção no eSUS-VS (Quadro 1).

DOENÇA/AGRAVO	CID-10 SURTO	MODO PROVÁVEL DE TRANSMISSÃO	DEFINIÇÃO DE SURTO	**MONITORAMENTO
Botulismo	A05.1	Indireta	1 caso	30 dias
Brucelose humana (transmissão alimentar)	A23	Indireta	2 ou mais	30 dias
Caxumba	B26	Direta	3 ou mais	25 dias
Caxumba (hospitalizado)	B26	Direta	1 caso	25 dias
Cólera	A00.9	Indireta	1 caso	30 dias
Conjuntivite*	H10	Direta	2 ou mais	15 dias
Coqueluche	A37.9	Direta	2 ou mais	42 dias
Doença de Chagas aguda (transmissão alimentar)	B57.1	Indireta	2 ou mais	30 dias
Doença de Haff (transmissão alimentar)	R69.9	Indireta	2 ou mais	30 dias
Doença diarreica aguda	A08	Direta ou Indireta	2 ou mais	14 dias
Doença mão-pé-boca*	R69.9	Direta	2 ou mais	7 dias
Doença meningocócica (mesmo sorogrupo)	G03.9	Direta	3 ou mais	30 dias
Eritema infeccioso*	R69.9	Direta	2 ou mais	14 dias
Escabiose*	R69.9	Direta	2 ou mais	42 dias
Escarlatina*	R69.9	Direta	2 ou mais	10 dias
Febre Q*	R69.9	Direta	2 ou mais	30 dias
Febre tifóide	A01.0	Direta ou Indireta	2 ou mais	30 dias
Impetigo*	R69.9	Direta	2 ou mais	10 dias

DOENÇA/AGRAVO	CID-10 SURTO	MODO PROVÁVEL DE TRANSMISSÃO	DEFINIÇÃO DE SURTO	**MONITORAMENTO
Infecção por coronavírus	J07.0	Direta	3 ou mais***	14 dias
Influenza	J06	Direta	3 ou mais***	14 dias
Intoxicação exógena (transmissão alimentar)	T65.9	Indireta	2 ou mais	14 dias
Poliovírus	A80.9	Direta	1 caso	30 dias
Rotavírus	A08.0	Direta ou Indireta	2 ou mais	14 dias
Rubéola	B09	Direta	1 caso	30 dias
Sarampo	B09	Direta	1 caso	30 dias
Síndrome gripal	J06	Direta	3 ou mais	14 dias
Síndrome hemolítico-urêmica	R69.9	Indireta	1 caso	30 dias
Toxoplasmose (transmissão hídrica alimentar)	B58	Indireta	2 ou mais	30 dias
Varicela	B01	Direta	2 ou mais	21 dias
Varicela (hospitalizado)	B01	Direta	1 caso	21 dias

*O caso individual da doença ou agravo não é de notificação compulsória DEVE SELECIONAR "TIPO DE DOENÇA/AGRAVO" EVENTO EM SAÚDE PÚBLICA (R69.9) e especificar a doença ou agravo com CID no campo observação. Em situações em que o caso resida em área diferente da notificante, o nível local deverá comunicar a ocorrência do surto para as demais áreas envolvidas, para investigação domiciliar.

** O monitoramento do surto deve ser feito pelos dias definidos na tabela a partir da data de início dos sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no eSUS-VS.

*** 3 ou mais, com intervalo de até 7 dias entre as datas de início dos sintomas.

2.1 SÍNDROME GRIPAL POR COVID-19 OU OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS

A síndrome gripal (SG) é caracterizada por febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias, podendo ou não estar acompanhada de outros sintomas tais: calafrios, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios degustativos.

Crianças: além dos itens anteriores, considerar-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico;

Idosos: considerar também critérios específicos de agravamento, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

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

Definição de surto

É considerado surto de SG, por COVID -19, influenza ou por outros vírus respiratórios, a ocorrência de, pelo menos, três casos de SG com vínculo epidemiológico em ambientes fechados/restritos, com intervalo de até sete dias entre as datas de início dos sintomas dos casos.

Entende-se por ambientes fechados/restritos instituições de longa permanência, unidades prisionais ou correcionais, população albergada, dormitórios coletivos, bases militares, uma mesma unidade de produção de empresa ou indústria, o mesmo setor de um serviço de saúde, uma mesma turma ou creche, entre outros.



Surto ocorrido em unidade hospitalar deve-se observar se os casos iniciaram os sintomas durante o período da internação e, no mínimo, 48 horas após a admissão. Em geral, os surtos em ambiente domiciliar não são de notificação compulsória. Na ocorrência de casos nesse ambiente, investigar vínculo epidemiológico com possíveis contatos sintomáticos ou assintomáticos com confirmação da doença em ambientes fechados/restritos.

Notificação

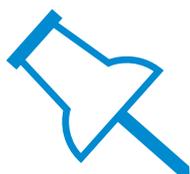
Os surtos de Síndrome Gripal (SG) causados por COVID-19, influenza e/ou outros vírus respiratórios configuram-se como eventos de importância em saúde pública, conforme estabelecido na Portaria vigente de notificação compulsória.

Nessas circunstâncias, o surto deve ser notificado de forma imediata, no prazo máximo de 24 horas, por todos os serviços da rede assistencial — pública, privada e filantrópica — em todos os níveis de atenção à saúde.

Dessa forma, toda suspeita ou rumor de casos com possível vínculo epidemiológico deve ser comunicado às instâncias da Vigilância em Saúde, a fim de permitir a pronta investigação e adoção de medidas de contenção.

A notificação do surto deve ser realizada por meio do módulo de **surtos do Sistema de Informação e-SUS Vigilância em Saúde (e-SUS VS)**. Na Ficha de Investigação de Surto, deve-se utilizar o **CID J06 no campo "Código do Agravado/Doença"**, com a devida **observação de que se trata de um surto de COVID-19**.

Na **ficha de surto** os casos devem ser registrados de forma agregada, paralelamente, é obrigatória a notificação individual dos casos suspeitos de SG por COVID-19 no sistema **e-SUS VS**. Nos casos em que os pacientes evoluírem para quadro grave, atendendo à definição de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), a notificação deve ser feita individualmente no sistema **SIVEP-Gripe**, conforme protocolo vigente.



Importante destacar que casos isolados de SG por influenza, identificados fora de unidades sentinelas, não devem ser notificados, independentemente da presença de fatores de risco para complicações ou da administração de antiviral.

Investigação epidemiológica

Após a notificação de uma possível ocorrência de surto de SG, a investigação epidemiológica deve ser desencadeada de forma imediata, com o objetivo de caracterizar os casos, elaborar hipóteses sobre os fatores envolvidos e implementar medidas de prevenção e controle, conforme os dez passos preconizados para investigação de surtos.

É fundamental que a investigação seja conduzida de forma articulada entre os diferentes níveis de atenção e instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo não apenas os serviços de atenção primária à saúde, mas também, quando aplicável, os Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), no contexto de surtos hospitalares, além das vigilâncias epidemiológicas municipal, regional e estadual.

Caracterização clínico-epidemiológica inicial

Para caracterizar e descrever o evento, deverá registrar:

- Dados de identificação do paciente.
- Antecedentes de exposição.
- Tipo de contato com casos semelhantes (contato próximo, utilização de ambiente comum, entre outros).
- Características clínicas dos casos suspeitos, especialmente se, no grupo acometido, há pessoas com fatores de risco para o desenvolvimento de complicações da doença.

Testagem Diagnóstica em Surto de SG

Diante do aumento de casos de SG em ambientes fechados ou restritos, recomenda-se a testagem de 100% dos casos para COVID-19, com a seguinte priorização:

- Preferencialmente por RT-qPCR, considerado o padrão-ouro para diagnóstico de vírus respiratórios;
- Na ausência de RT-qPCR, pode ser utilizado o teste rápido de antígeno (TR-Ag), conforme disponibilidade local.

Além da testagem para COVID-19, caso haja suspeita de influenza, devem ser coletadas no mínimo três amostras aleatórias entre os casos suspeitos, preferencialmente entre o 3º e o 7º dia após o início dos sintomas, para testagem por RT-PCR em tempo real, independentemente do cenário epidemiológico ou sazonalidade.

Critérios para Confirmação do Agente Etiológico no Surto

Um surto de SG pode ter seu agente etiológico confirmado com base no seguinte critério laboratorial (figura 1):

- **Surto de influenza:** confirmado pela detecção laboratorial de pelo menos uma amostra positiva para o vírus influenza entre as amostras testadas.
- **Surto de COVID-19:** confirmado pela detecção laboratorial de pelo menos três amostras positivas para o vírus SARS-CoV-2 entre as amostras testadas.

Nessas situações, todos os demais casos suspeitos relacionados ao mesmo surto (isto é, da mesma cadeia de transmissão) devem ser considerados confirmados por critério clínico-epidemiológico (vínculo epidemiológico).

No caso de resultado positivo para COVID-19, o caso deve ser encerrado no sistema e-SUS VS como "caso confirmado" por critério laboratorial.

Critérios para Descarte do Agente Etiológico

O agente etiológico de um surto de SG pode ser descartado quando:

- Todas as amostras coletadas testarem negativas por RT-PCR, desde que tenham sido coletadas, conservadas e transportadas adequadamente conforme as orientações laboratoriais.

Nesse cenário, os demais casos de SG relacionados ao surto (mesma cadeia de transmissão) devem ser descartados por critério clínico-epidemiológico (vínculo negativo).

Considerações Adicionais

- Em determinadas situações, poderá ser indicada a coleta de um número maior de amostras, especialmente para investigação de outros vírus respiratórios (ex: vírus sincicial respiratório, rinovírus, adenovírus). Essa decisão deve ser avaliada em conjunto pelas equipes de vigilância epidemiológica e laboratorial, para evitar impactos na qualidade da resposta ou na organização da rede assistencial.
- A coleta das amostras deve ser realizada com o uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e, preferencialmente, antes do início do tratamento antiviral.

As amostras devem ser acondicionadas e transportadas conforme orientações do LACEN (Laboratório Central de Saúde Pública). Para mais detalhes, consultar o Manual do LACEN, disponível em: <https://saude.es.gov.br/manuais-lacen>

Investigação epidemiológica

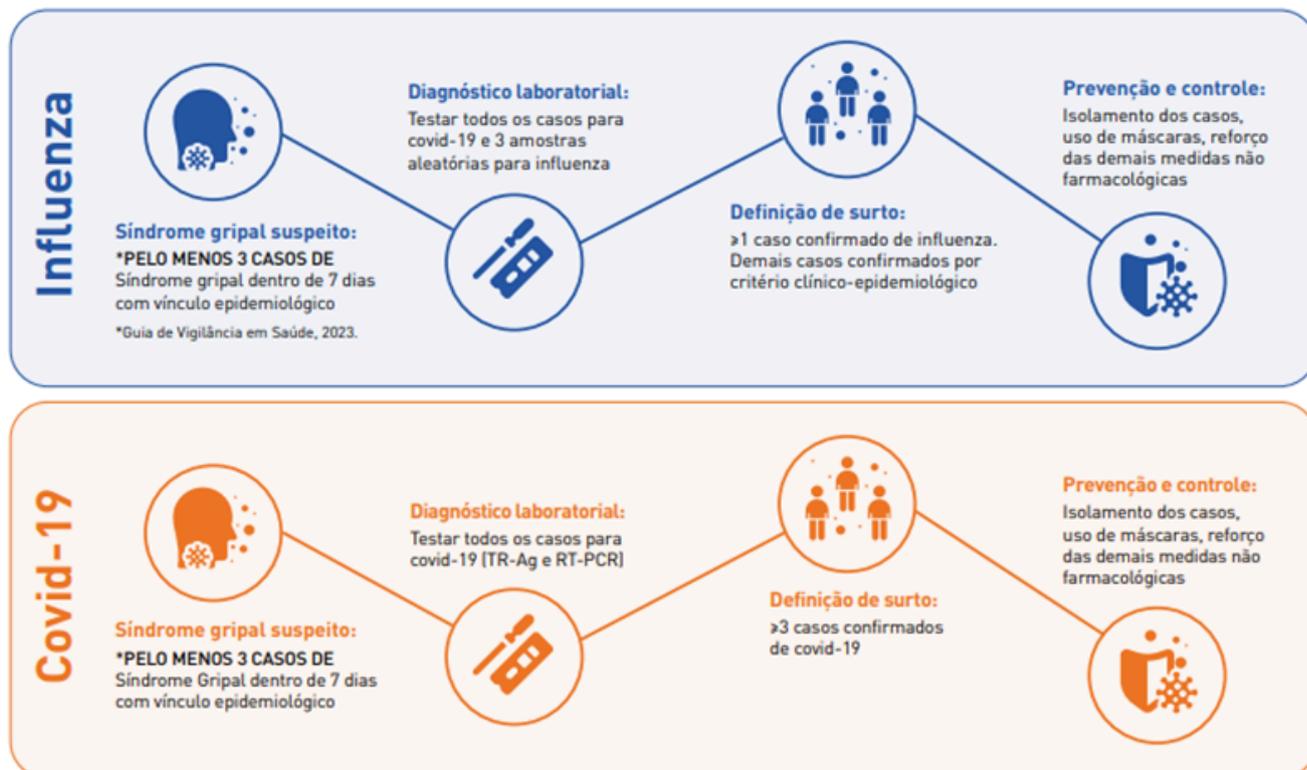


Figura 1. Comparação entre as definições de surto em caso de aumento de casos de SG suspeita para covid-19 e influenza em ambientes fechados/restritos. Fonte: Ministério da Saúde.

Encerramento

Considera-se como encerrado o surto de COVID - 19, influenza ou outros vírus respiratórios e quando decorridos 10 dias após a data de início de sinais e/ou sintomas (caso confirmado sintomático) ou após a data da coleta do exame (caso confirmado assintomático) do último caso, sem a presença e/ou aparecimento de um novo caso nesse período.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Medidas não farmacológicas:

- Distanciamento físico: Limitar o contato próximo entre pessoas infectadas e outras pessoas, recomendando a manutenção de uma distância física mínima de, pelo menos, um (1) metro de outras pessoas em locais públicos, reduzindo a chance da infecção por gotículas de pessoas infectadas;
- Etiqueta respiratória: a- Promover um conjunto de medidas que devem ser adotadas para evitar e/ou reduzir a disseminação de pequenas gotículas oriundas do aparelho respiratório; b- Cobrir nariz e boca com lenço de papel ou com o antebraço, e nunca com as mãos, ao tossir ou espirrar, descartar adequadamente o lenço utilizado; c- Evitar tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas, e se tocar, sempre higienizar as mãos, como já indicado; d- Higienizar com frequência os brinquedos das crianças e aparelhos celulares, e não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos; e- Evitar aglomerações, principalmente em espaços fechados, e manter os ambientes limpos e bem ventilados.
- Higienização das mãos e das superfícies;
- Reforçar medidas de higiene das mãos com o uso do álcool em gel à 70%;
- Uso de máscaras: Reforçar que as máscaras podem ser usadas para a proteção de pessoas saudáveis (quando em contato com alguém infectado) ou para controle da fonte (quando usadas por alguém infectado para prevenir transmissão subsequente). O uso de máscaras deve ser feito, no entanto, de maneira complementar a outras medidas nos âmbitos individual e comunitário, como higienização das mãos, distanciamento social, etiqueta respiratória e outras medidas de prevenção;
- Ventilação em ambientes: Reforçar a importância de uma boa ventilação em ambientes internos, para prevenir a transmissão em ambientes coletivos;
- Limpeza e desinfecção de ambientes;
- Isolamento: Orientar quanto às medidas de isolamento, que podem ocorrer entre 5 e 10 dias, dependendo do vírus identificado e da sintomatologia no fim do período;
- Vacinação: Verificar a situação vacinal para covid-19 e Influenza conforme indicações do Calendário Nacional de Vacinação para todos os expostos, recomendando, segundo as normas vigentes.

Medidas farmacológicas:

- Tratamento COVID-19: Verificar e encaminhar para possível tratamento com antiviral. É recomendado o uso de Nirmatrelvir/Ritonavir para pacientes imunossuprimidos com idade maior ou igual a 18 anos OU pessoas com idade maior ou igual a 65 anos que possuam sintomas leves a moderados (não graves) que não requeiram oxigênio suplementar, independentemente da condição vacinal, **E** com teste reagente/detectável para SARS-CoV-2, seja pelas metodologias de TR-Ag ou RT-PCR, **E** no prazo de cinco dias após o início dos sintomas. **Acesse o “Guia para uso do Antiviral Nirmatrelvir/Ritonavir em Pacientes com COVID-19, não Hospitalizados e de Alto Risco” para posologia e outras orientações.**
- Tratamento para influenza: Além do uso de medicamentos sintomáticos e da manutenção da hidratação adequada, está indicada a administração do antiviral fosfato de oseltamivir nos seguintes casos:
 - Todos os pacientes com Síndrome Gripal (SG) que apresentem condições clínicas ou fatores de risco para complicações, independentemente da situação vacinal e mesmo que o atendimento ocorra em nível ambulatorial;
 - Todos os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).
- O início precoce do tratamento com oseltamivir está associado à redução da gravidade e da duração da doença, sendo recomendado mesmo na ausência de confirmação laboratorial de influenza.

Importante: Sempre que houver indicação, deve-se verificar a disponibilidade do antiviral e realizar o encaminhamento imediato para início do tratamento conforme protocolo clínico vigente (Guia de Manejo e Tratamento de influenza 2023).

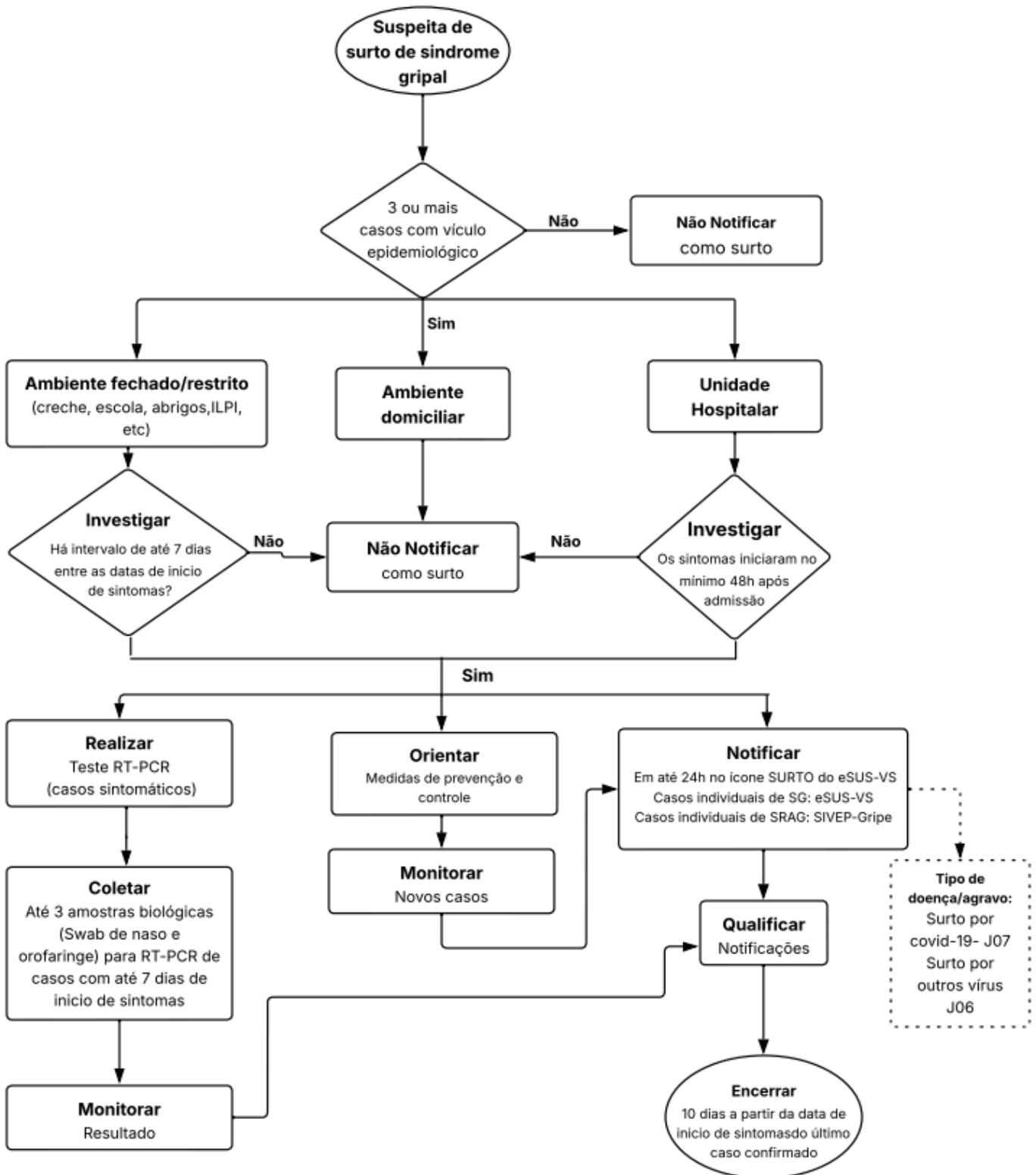
Medidas farmacológicas:

- Quimioprofilaxia para influenza: A quimioprofilaxia antiviral para influenza está indicada em situações específicas, preferencialmente iniciada até 48 horas após a exposição a um caso suspeito ou confirmado. As indicações incluem:
 - Adultos, adolescentes e crianças com imunodeficiência grave (incluindo os em uso de imunossupressores), após contato com pessoa com infecção por influenza;
 - Residentes de instituições de longa permanência, considerados de alto risco para complicações, durante surtos no ambiente institucional, desde que apresentem comorbidades.

Importante: A quimioprofilaxia não é recomendada se o período transcorrido desde a última exposição conhecida ao caso for superior a 48 horas.

Para que seja eficaz, o antiviral deve ser administrado durante o período de exposição ao caso de influenza e mantido por 7 dias após a última exposição confirmada.

Acesse o Guia de Manejo e Tratamento de influenza 2023 para orientações posológicas e duração do tratamento ou quimioprofilaxia.



Definição de caso:

- **Definição de caso suspeito de síndrome gripal (SG):** indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por, pelo menos, dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida); calafrios; dor de garganta; dor de cabeça; tosse; coriza; e distúrbios olfativos ou gustativos.
- **Definição de caso suspeito de síndrome respiratória aguda grave (SRAG):** SG que apresenta dispnéia/desconforto respiratório, ou pressão persistente no tórax, ou saturação de O₂ < 95% em ar ambiente, ou coloração azulada de lábios/face.

2.2 VARICELA

A varicela é uma doença caracterizada por quadro discreto de febre moderada, de início súbito, que dura de dois a três dias, e sintomas generalizados inespecíficos (mal-estar, adinamia, anorexia, cefaleia e outros) e erupção cutânea pápulo-vesicular, que se inicia na face, no couro cabeludo ou no tronco (distribuição centrípeta — cabeça e tronco).

Definição de surto

Considerar como surto de varicela a ocorrência de número de casos acima do limite esperado, com base nos anos anteriores, ou dois casos agregados em ILP, hospitais, creches, escolas, locais com população privada de liberdade, entre outros.

Define-se surto em ambiente hospitalar a ocorrência de um único caso confirmado de varicela. Verificar se o aparecimento do exantema ocorreu, no mínimo, 48 horas após a admissão.

Um contato de caso de varicela é caracterizado pela associação do indivíduo com uma pessoa infectada de forma íntima e prolongada, por período igual ou superior a uma hora, e/ou dividindo o mesmo ambiente (hospitalar, creches/escolas, entre outros), tendo criado, assim, a possibilidade de contrair a infecção.



Em geral, os surtos em ambiente domiciliar não são de notificação compulsória. Na ocorrência de casos nesse ambiente, investigar vínculo epidemiológico com possíveis contatos sintomáticos em ambientes institucionais (escolas, creches, hospitais, entre outros).

Notificação

O surto de varicela se enquadra como um evento de saúde pública, conforme descrito na portaria de notificação vigente. Assim, o surto é um evento de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, que deve ser realizada pela rede assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção. Portanto, todas as suspeições e rumores de casos com vínculo epidemiológico devem ser informados à Vigilância em Saúde, para que iniciem a investigação de maneira oportuna.

Após a investigação epidemiológica de um surto de varicela, a ficha de investigação no módulo “SURTO” do eSUS-VS deverá ser completamente preenchida. Deve-se assinalar no campo Tipo de doença/Agravo da “Ficha de Investigação de Surto” (apêndice 1) do eSUS-VS o código B01.9 (Varicela) e o modo provável de transmissão “DIRETA” (campo 25 — opção 1).



Os casos individuais vinculados ao surto de varicela, deverão ser notificados e registrados semanalmente no eSUS-VS, por meio da “Ficha de Notificação/Conclusão”. Os casos graves e óbitos são de notificação compulsória imediata (em até 24 horas). A unidade notificante é responsável por digitar os casos individuais no sistema, conforme o fluxo local.

Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de varicela, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos.

Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) (quando o surto for hospitalar) ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), mas também as vigilâncias epidemiológicas municipais e regionais.

Para caracterizar os casos de varicela envolvidos em um surto, os profissionais de saúde devem avaliar se o quadro clínico é compatível com a doença e se estão evoluindo com a forma grave (que pode exigir hospitalização e aumentar o risco de morte). E se a infecção ocorreu em pessoas pertencentes a grupos de risco, como gestantes, recém-nascidos e indivíduos com o sistema imunológico enfraquecido. Essa investigação possibilitará a implementação de medidas de controle de forma rápida e eficaz.

Após a caracterização dos casos (independentemente da gravidade da doença), deve-se avaliar se as pessoas com sintomas clínicos da doença tiveram contato com pessoas não doentes, seja por meio de deslocamento ou convívio pessoal. A partir da identificação desses contatos, deve-se verificar a situação vacinal dos mesmos e avaliar a necessidade de realização de vacinação de bloqueio seletivo contra varicela, conforme recomendado pelo Programa Nacional de Imunizações. No estado do Espírito Santo são notificados todos os casos de suspeita ou confirmação de Varicela, Portaria Nº 115, de 04 de agosto de 2022.

Os exames laboratoriais não são utilizados para confirmação ou descarte dos casos de varicela, exceto quando é necessário fazer o diagnóstico diferencial em casos graves e óbitos, ou quando há apresentações clínicas menos típicas, como em pessoas com sistema imunológico suprimido que podem manifestar herpes-zoster disseminado. A Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN), realiza exame quando necessário para esse diagnóstico.

Encerramento

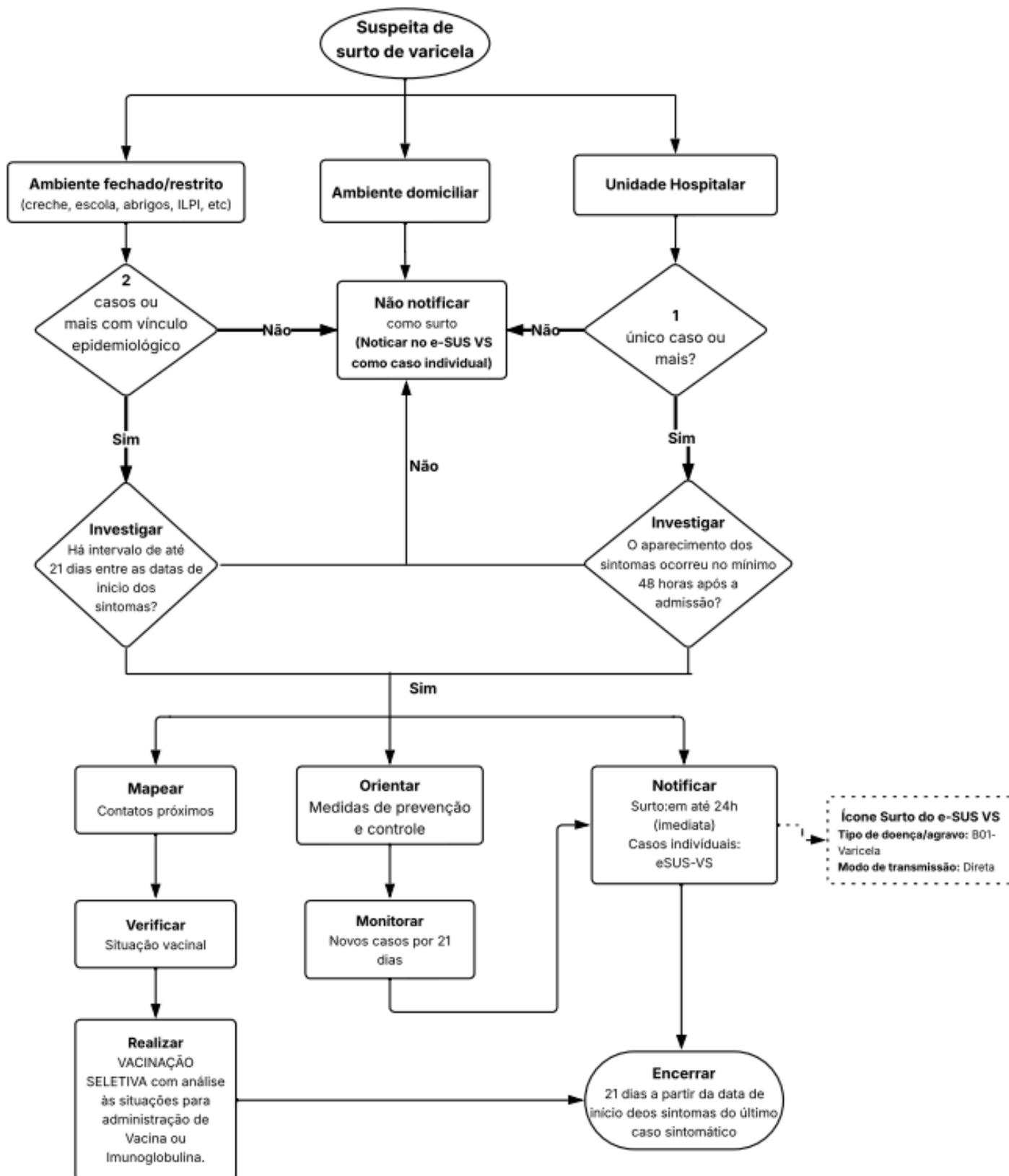
O monitoramento do surto deve ser feito por 21 dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no eSUS-VS.

Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de um surto de varicela, é importante executar ações que visem restringir a disseminação do vírus, reduzir a ocorrência de casos graves da doença e reduzir os números de internações, complicações e óbitos.

- Em ambiente hospitalar, creches, escolas e outras instituições (presídios, asilos, abrigos, entre outros), deve-se identificar o número de pessoas que são contatos dos casos da doença para verificar o quantitativo necessário de doses de vacina e de Imunoglobulina Humana Antivaricela-zóster (IGHAV), para a realização do bloqueio seletivo. A vacinação deve ser realizada de forma seletiva e de acordo com as indicações do Calendário Nacional de Vacinação e da Coordenação do Programa de Imunização (CPI) municipal. A vacinação de bloqueio segue as normativas do MS, observando a orientação da Nota Técnica de Surto de Varicela Nº 47/2024;
- Após o contato com caso suspeito ou confirmado de varicela, recomenda-se a realização da vacina em suscetíveis no período de 120 horas (cinco dias) e a administração da IGHAV em 96 horas (quatro dias);
- É importante ainda, na admissão de novas crianças em ambiente escolar/creche, verificar se a situação vacinal contra varicela está atualizada, conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação. Caso não esteja vacinada, escolas em situação de surtos da doença devem aguardar 21 dias para iniciar a frequência escolar da nova criança;
- Reforçar medidas de higiene das mãos após tocar nas lesões da doença e em objetos contaminados com secreções nasofaríngeas;
- Orientar medidas de isolamento: Afastamento das atividades habituais (trabalho, escola, entre outras) até todas as lesões terem evoluído para crostas; Crianças que são imunodeprimidas ou que apresentam quadro clínico prolongado só deverão retornar às atividades após o término da erupção vesicular; Casos de varicela internados devem ser mantidos em isolamento de contato e respiratório até a fase de crosta;
- Orientar quanto a imunização diante de surtos em ambiente hospitalar.

Tratamento: De acordo com o “Guia de Vigilância em Saúde, 2024, volume 1”, o tratamento para varicela em indivíduos sem risco de agravamento é principalmente sintomático, seguindo as orientações médicas. Este tratamento inclui a administração de antitérmicos, analgésicos não salicilatos e anti-histamínicos sistêmicos para aliviar o prurido. Por outro lado, para pessoas com risco de agravamento da varicela, é recomendada a utilização do antiviral aciclovir, conforme indicado pelo MS do Brasil em 2020. Este medicamento específico é parte do tratamento destinado a prevenir complicações em pacientes com maior susceptibilidade.



Definição de caso:

- **Definição de caso suspeito de varicela (catapora):** paciente com quadro discreto de febre moderada, de início súbito, que dura de dois a três dias, sintomas generalizados inespecíficos (mal-estar, adinamia, anorexia, cefaleia e outros) e erupção cutânea pápulo-vesicular, que se inicia na face, no couro cabeludo ou no tronco (distribuição centrípeta, cabeça e tronco).
- **Definição de caso suspeito de varicela grave:** caso que atenda à definição de caso suspeito de varicela e que necessite ser hospitalizado ou tenha evoluído para óbito.

2.3 DOENÇA DIARREICA AGUDA

As doenças diarreicas agudas (DDA) correspondem a um grupo de doenças infecciosas gastrointestinais caracterizadas por uma síndrome, na qual ocorre a diminuição da consistência das fezes, o aumento do número de evacuações (mínimo de três episódios em 24 horas) e, em alguns casos, há presença de muco e sangue (disenteria).

São autolimitadas, com duração de até 14 dias. O quadro clínico pode evoluir para desidratação leve à grave. Quando tratadas incorretamente ou não tratadas, podem levar à desidratação grave e ao distúrbio hidroeletrólítico, podendo ocorrer óbito, principalmente quando associadas à desnutrição.

Os agentes etiológicos de origem infecciosa são bactérias, vírus, parasitas e toxinas e o modo de transmissão ocorre principalmente por via fecal-oral tanto na forma direta (pessoa a pessoa), quanto na forma indireta (por meio do consumo de alimentos e/ou água contaminados).

Definição de surto

O surto de DDA ocorre quando existem dois casos ou mais, com vínculo epidemiológico, após a ingestão de alimento ou água da mesma origem, ou ainda, a alteração do padrão epidemiológico da doença (aumento de casos, ocorrência de casos graves, mudança de faixa etária e/ou sexo), considerando o monitoramento sistemático local. Em virtude das muitas possíveis etiologias e fontes de transmissão, os surtos de DDA são também chamados de surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e/ou Alimentar (DTHA).

Para as DTHA consideradas raras, como botulismo e cólera, a ocorrência de apenas um caso é considerada surto, segundo o MS. Nessas situações e também quando houver casos com evolução para síndrome hemolítico-urêmica, a ficha de notificação individual deve ser preenchida e inserida no eSUS-VS, além da Ficha no ícone do eSUS-VS “Surto doenças transmitidas por alimentos — DTA” (Apêndice 1)

Notificação

O surto de DDA se enquadra como um evento de saúde pública, conforme descrito na portaria de notificação vigente. Assim, o surto é um evento de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, que deve ser realizada pela rede assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção. Portanto, todas as suspeições e rumores de casos com vínculo epidemiológico devem ser informados à Vigilância em Saúde, para que iniciem a investigação de maneira oportuna.

Após a investigação epidemiológica de um surto de DDA, a ficha de investigação no ícone Surto doenças transmitidas por alimentos — DTA do eSUS-VS deverá ser completamente preenchida. Deve-se assinalar no campo doença/Agravo da “Ficha de Investigação de Surto — DTA” o código, o tipo de DTA e o modo provável de transmissão “INDIRETA” ou “DIRETA” (campo 25 — opção 2). Para o preenchimento dos campos 34 (período de incubação mínimo), 35 (período de incubação máximo) e 36 (mediana do período de incubação) é necessário conhecer o horário da ingestão do alimento e o horário de início dos sintomas.



Para os casos individuais deverão seguir a seguinte orientação:

- Casos individuais sintomáticos maiores de 5 anos de DDA em que serão encaminhadas amostras para o LACEN deverão ser notificadas no eSUS-VS na ficha “Síndrome diarreica aguda” CID A09.
- Casos individuais sintomáticos em menores de 5 anos devem ser notificados no eSUS-VS na ficha “Rotavírus” CID A080.

Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de DDA, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) (quando o surto for hospitalar) mas também as vigilâncias epidemiológicas municipais e regionais.

O profissional de saúde deverá buscar informações sobre as atividades desenvolvidas pelos casos nos 10 dias anteriores ao início dos sintomas, como o histórico de deslocamentos (incluindo o tempo de permanência), a participação em eventos, os locais de consumo de água, bem como as técnicas, local e horário de preparo e/ou aquisição e armazenamento dos alimentos. Além disso, realizar levantamento sobre o uso de medicamentos, comorbidades e condições de saneamento, como fontes de abastecimento de água e o tratamento dispensado, situação do manuseio, acondicionamento e dispensação de resíduos sólidos/lixo nos ambientes domiciliar, de trabalho, escola e em qualquer outro em que haja a suspeita da transmissão. É importante coletar a data, o horário de início dos sintomas e seus respectivos tempos de duração.

Na ocorrência de um surto de DDA em que há exposição a uma fonte comum (p.ex.: ingestão de alimento ou água da mesma origem), deve-se entrevistar o maior número possível de comensais expostos, doentes e não doentes, utilizando o inquérito coletivo (APÊNCIDE 3), sendo coletadas as informações com detalhe e precisão (LEMBRAR DE COLOCAR O NOME TODO DAS PESSOAS PRESENTES NO INQUERITO).



Em surtos de grande magnitude o inquérito pode ser feito por amostragem proporcional à natureza do evento. Se a refeição suspeita ocorreu em evento especial, como casamento, aniversário, confraternizações e outros, deve-se entrar em contato com a pessoa encarregada de sua organização, para a obtenção da relação dos participantes, com seus respectivos endereços e locais de produção dos alimentos para serem incluídos no processo de investigação. Recomenda-se obter o cardápio ofertado para realização do cálculo da taxa de ataque, para determinar qual é a refeição relacionada ao surto, para cada refeição oferecida, identificam-se os que a consumiram (expostos) e os que não a consumiram (não expostos).

O diagnóstico das etiologias das DDA é laboratorial, por meio de exames parasitológicos, cultura de bactérias e pesquisa de vírus em amostras de fezes. A coleta de material biológico deverá ser realizada, preferencialmente, antes do uso de antibióticos. Para a coleta, utiliza-se o swab retal em meio de transporte Cary-Blair; todavia, na ausência deste material, deve-se coletar fezes frescas em recipiente estéril. O material biológico coletado pode ser armazenado em temperatura adequada (entre +2°C e +8°C) por até 24 horas (fezes frescas) ou 72 horas (swab em Cary-Blair) até o envio ao LACEN.

Crítérios recomendados para definir o quantitativo mínimo de amostras biológicas a serem coletadas por surto:

- Até 5 casos — coletar amostras de todos os doentes;
- De 6 a 30 casos — coletar, no mínimo, 5 amostras;
- Mais de 30 casos — coletar, no mínimo, 6 amostras ou amostras de 15% a 20% dos doentes. S  devem ser coletadas amostras biológicas dos casos sintomáticos vinculados ao surto.

Em surtos de DDA, deve-se orientar a reserva e o armazenamento sob refrigera o (não congelar) de sobras dos alimentos consumidos, para análise bromatológica. A coleta de amostras bromatológicas ( gua e alimentos)   de responsabilidade do Vigi gua e Vigilância Sanitária, respectivamente, que será comunicado sobre o surto, para a ado o das medidas sanitárias cabíveis.

Encerramento

O encerramento do surto deve ser realizado criteriosamente, a partir dos resultados obtidos por meio da investiga o epidemiológica e das análises laboratoriais, conforme as orienta es do Quadro 2.

POSSIBILIDADES DE ENCERRAMENTO	QUANTIDADE MÍNIMA DE AMOSTRAS ASSOCIADAS EPIDEMIOLOGICAMENTE AO SURTO COM IDENTIFICA�O DO MESMO AGENTE ETIOLÓGICO PATOGENICO		PREENCHIMENTO DO CRITÉRIO DE CONFIRMA�O
	CLÍNICA	BROMATOLÓGICA	
1	2	1	4 — Laboratorial Clínico Bromatol�gico
2	2	0	2 — Laboratorial Clínico
3	1	1	4 — Laboratorial Clínico Bromatol�gico
4	1	0	1 — Clínico Epidemiológico
5	0	1	3 — Laboratorial Bromatol�gico
6	0	0	5 — Inconclusivo

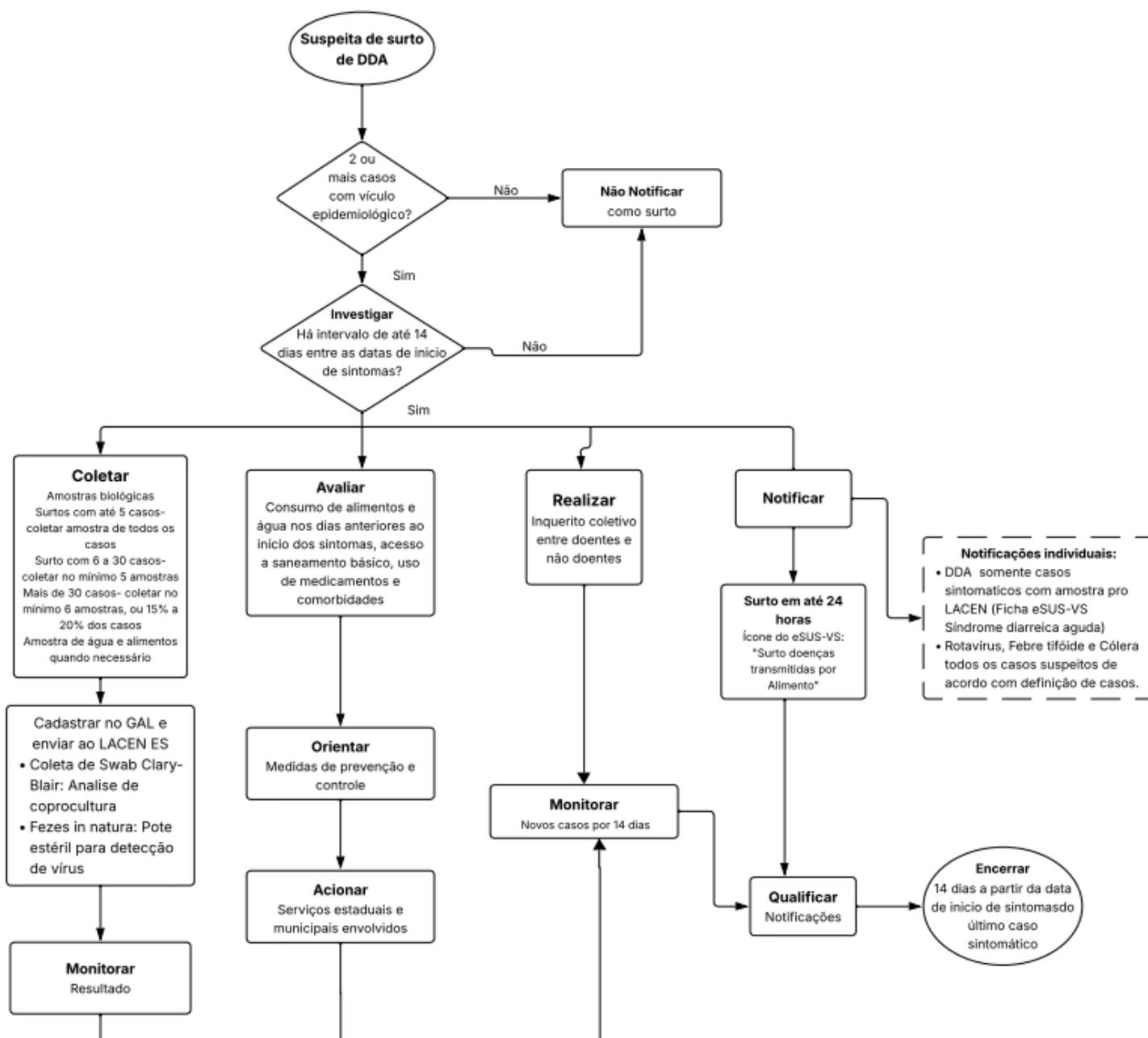
O monitoramento do surto deve ser feito por 14 dias a partir da data de início dos sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no eSUS-VS.

Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de surtos de DDA, é importante executar ações que interrompam a cadeia de transmissão e minimizem a ocorrência de novos casos, casos graves e óbitos.

- Orientar quanto à forma de transmissão da doença.
- Verificar se nos locais frequentados pelo caso suspeito há outros sintomáticos.
- Estabelecer medidas de cuidado com a água de consumo, a manipulação de alimentos, as condições de higiene, o acondicionamento e a coleta de lixo, e saneamento básico junto à comunidade e aos familiares.
- Eliminar a permanência da fonte de transmissão por meio da interrupção do seu consumo, bem como da interrupção da produção, distribuição e comercialização dos alimentos suspeitos.
- Orientar sobre as medidas adequadas de higiene (desinfecção de objetos, bancadas e chão, lavagem dos alimentos consumidos crus com hipoclorito de sódio), especialmente em ambientes institucionais (creches, escolas, ILP, entre outros).
- Para evitar a transmissão fecal oral por relação sexual, recomenda-se higienização corporal e íntima antes e após as relações sexuais, bem como higienização de materiais utilizados durante a relação.
- Afastar o paciente, se possível, das atividades de rotina. Reavaliar e prolongar o afastamento em surtos em instituições que abriguem indivíduos sem o controle esfinteriano (uso de fraldas), onde a exposição e o risco de transmissão são maiores.

Tratamento: consiste no manejo do paciente de acordo com o estado de hidratação, além da antibioticoterapia para os casos em que é identificada disenteria e/ou outras patologias associadas à diarreia e comprometimento do estado geral do paciente.



Informações adicionais

Caracterização da doença: as doenças diarreicas agudas (DDA) correspondem a um conjunto de doenças infecciosas gastrointestinais caracterizadas por uma síndrome na qual ocorre a redução da consistência das fezes (que se tornam líquidas ou semilíquidas) associada ao aumento da quantidade de evacuações (mínimo de três episódios em 24 horas), acompanhadas ou não de sangue, muco e sintomas como dor abdominal, febre, náusea e/ou vômito.

2.4 CAXUMBA- PAROTIDE EPIDÊMICA

Um caso suspeito é uma pessoa com início agudo de sensibilidade unilateral ou bilateral, edema da parótida ou outra glândula salivar que dura dois ou mais dias, sem outra causa aparente (vírus parainfluenza, vírus Epstein-Barr, vírus influenza A, HIV e causas não infecciosas), ou suspeita clínica de caxumba por causa de outros sintomas associados a essa doença (meningite, encefalite, perda auditiva, orquite, ooforite, mastite, pancreatite) e não relacionados a outro diagnóstico.

Definição de surto

Um surto de caxumba é definido como três ou mais casos relacionados por tempo e local. Nos últimos anos, surtos de caxumba ocorreram em populações altamente vacinadas em ambientes de alta transmissão, incluindo escolas de ensino fundamental, médio, faculdades e acampamentos. Especialmente nesses ambientes, a rápida detecção e investigação de casos e a implementação de medidas de controle podem reduzir a magnitude dos surtos.



Define-se surto em ambiente hospitalar a ocorrência de um único caso confirmado de caxumba. O contato para caxumba em ambiente hospitalar é caracterizado pela associação do indivíduo com uma pessoa infectada de forma íntima e prolongada, por período igual ou superior a uma hora, e/ou dividindo o mesmo quarto hospitalar, tendo criado, assim, a possibilidade de contrair a infecção. Em geral, os surtos em ambiente domiciliar não são de notificação compulsória. Na ocorrência de casos nesse ambiente, investigar vínculo epidemiológico com possíveis contatos sintomáticos em ambientes institucionais (escolas, creches, hospitais, entre outros).

Notificação

O surto de caxumba se enquadra como um evento de saúde pública conforme descrito na portaria de notificação vigente. Assim, o surto é um evento de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, que deve ser realizada pela rede assistencial (pública, privada e filantrópica) em todos os níveis de atenção. Portanto, todas as suspeições e rumores de casos com vínculo epidemiológico devem ser informados à Vigilância em Saúde, para que iniciem a investigação de maneira oportuna.

Após a investigação epidemiológica de um surto de caxumba, a ficha de investigação do ícone Surto do eSUS-VS deverá ser completamente preenchida. Deve-se assinalar no campo doença/agravo da “Ficha de Investigação de Surto” (apêndice 2) do eSUS-VS o código B26 (Caxumba [Parotidite epidêmica]) e o modo provável de transmissão “DIRETA” (campo 25 — opção 1).

Todos os casos de suspeita ou confirmação de caxumba, segundo a Portaria Nº 115, de 04 de agosto de 2022, no estado do Espírito Santo são notificados, semanalmente, no eSUS-VS por meio da Ficha de Notificação/Conclusão. A unidade notificante é responsável por digitar os casos individuais no sistema.

Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de caxumba, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) (quando o surto for hospitalar) ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), mas também as vigilâncias epidemiológicas municipais e regionais.

Após a caracterização dos casos, deve-se avaliar se as pessoas com sintomas clínicos da doença tiveram contato com pessoas não doentes, seja por meio de deslocamento ou convívio pessoal. A partir da identificação desses contatos, deve-se verificar se estes foram vacinados contra caxumba (vacinas Tríplice ou Tetraviral) e avaliar a necessidade de realização de vacinação conforme recomendado pelo Programa Nacional de Imunizações.

O diagnóstico da doença é eminentemente clínico-epidemiológico. Os testes para detecção de anticorpos e/ou RNA viral não são utilizados de rotina no serviço público de saúde, sendo realizado, quando necessário, por sorologia ou RT-PCR em tempo real, pela Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN). Durante a investigação, pode ser necessário consultar o prontuário e entrevistar o médico, para completar as informações clínicas sobre os casos.

Encerramento

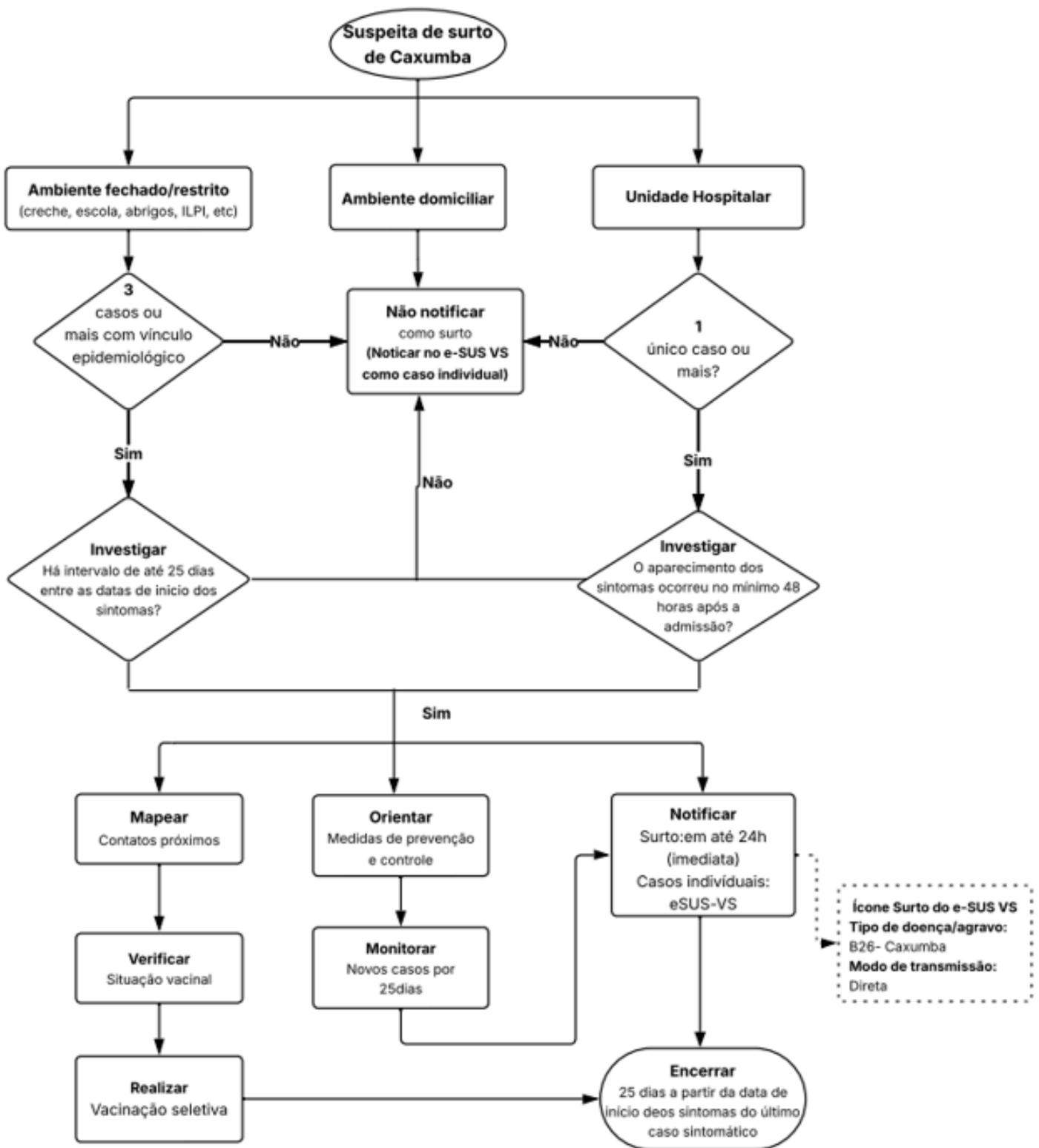
O monitoramento do surto deve ser feito por 25 dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no eSUS-VS.

Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de um surto de caxumba, é importante executar ações que visem restringir a disseminação do vírus, reduzir a ocorrência de casos graves da doença e reduzir os números de internações e complicações.

- Em ambiente hospitalar, creches, escolas e outras instituições (presídios, asilos, abrigos, entre outros), deve-se identificar o número de pessoas que são contatos dos casos da doença, para verificar o quantitativo necessário de doses de vacina para a realização do bloqueio. A vacinação deve ser realizada de forma seletiva e de acordo com as indicações do Calendário Nacional de Vacinação e da CPI municipal. A vacinação de bloqueio segue normativas do MS. Para caxumba, deve-se intensificar a rotina de vacinação, com busca ativa de pessoas de 12 meses a 59 anos não vacinadas ou com esquema incompleto que sejam contatos de casos suspeitos ou confirmados.
- É importante, ainda, na admissão de novas crianças em ambiente escolar/creche, verificar se a situação vacinal contra a caxumba está atualizada, conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação.
- Reforçar medidas de higiene das mãos.
- Orientar medidas de isolamento: Indivíduos com caxumba devem permanecer no seu domicílio desde o momento do diagnóstico e só retornar às atividades diárias (escola, trabalho ou a outros lugares públicos) cinco dias após o início da parotidite; Casos de caxumba devem ser mantidos em isolamento respiratório.
- Orientar quanto à imunização diante de surtos em ambiente hospitalar.

Tratamento: De acordo com o “Guia de Vigilância em Saúde, 2024, volume 1”, não existe terapia específica para caxumba. Ela é, geralmente, uma doença benigna, e o tratamento consiste em cuidados de suporte para cada sintoma apresentado. Medicamentos analgésicos e compressas frias ou quentes para o edema da parótida são benéficos.



Definição de Caso:

Definição de caso suspeito de caxumba (parotidite epidêmica): pessoa com início agudo de sensibilidade unilateral ou bilateral, edema da parótida ou outra glândula salivar que dura dois ou mais dias, sem outra causa aparente (vírus parainfluenza, vírus Epstein-Barr, vírus Infuenza A, vírus da imunodeficiência humana e causas não infecciosas), ou suspeita clínica de caxumba por causa de outros sintomas associados à doença (meningite, encefalite, perda auditiva, orquite, ooforite, mastite, pancreatite) inexplicada por outro mais provável diagnóstico.

2.5 DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA

A doença mão-pé-boca é uma enfermidade contagiosa causada pelo vírus Coxsackie da família dos enterovírus que habitam normalmente o sistema digestivo e também podem provocar estomatites (espécie de afta que afeta a mucosa da boca). Embora possa acometer também os adultos, ela é mais comum na infância, antes dos cinco anos de idade. O nome da doença se deve ao fato de que as lesões aparecem mais comumente em mãos, pés e boca. Para mais informações sobre a doença, consulte a Biblioteca Virtual em Saúde, do MS.

Definição de surto

Considera-se surto da doença mão-pé-boca ou estomatite vesicular enteroviral a ocorrência de dois ou mais casos suspeitos em instituições fechadas (escolas, creches, hospitais, entre outros) e relacionados no tempo e espaço. Em geral, os surtos em ambiente domiciliar não são de notificação compulsória. Na ocorrência de casos nesse ambiente, investigar vínculo epidemiológico com possíveis contatos sintomáticos em ambientes institucionais.

Notificação

Apesar da doença mão-pé-boca não ser de notificação compulsória, os surtos devem ser comunicados à Vigilância em Saúde, para que se inicie a investigação em tempo oportuno. A digitação do surto é realizada no nível local, pelo VE municipal, de forma imediata, a partir do conhecimento do evento, no Módulo de Surto do eSUS-VS. Deve-se assinalar no campo “Tipo de Doença/Agravo” o código R69.9 (Evento em Saúde Pública) (apêndice 2). Deve-se identificar na observação “Doença mão-pé-boca”.

Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto da doença mão- pé-boca, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também a VE municipal, regional e estadual quando necessário.

Deve-se preencher todos os campos dos itens da ficha de notificação, consultar o prontuário e entrevistar o médico-assistente, para completar as informações clínicas sobre os pacientes. Sugere-se fazer uma cópia da anamnese, do exame físico e da evolução dos doentes. Deve-se acompanhar a evolução dos pacientes e recomenda-se verificar se outros casos estão ocorrendo na residência, creche, escola ou instituição de saúde. O diagnóstico da doença é eminentemente clínico-epidemiológico, não sendo realizados exames laboratoriais pela Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN).

Encerramento

Deve-se considerar que cada doença ou agravo que compõe os surtos de outras síndromes apresenta períodos de exposição distintos. O monitoramento do surto deve ser feito por sete dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no eSUS-VS.

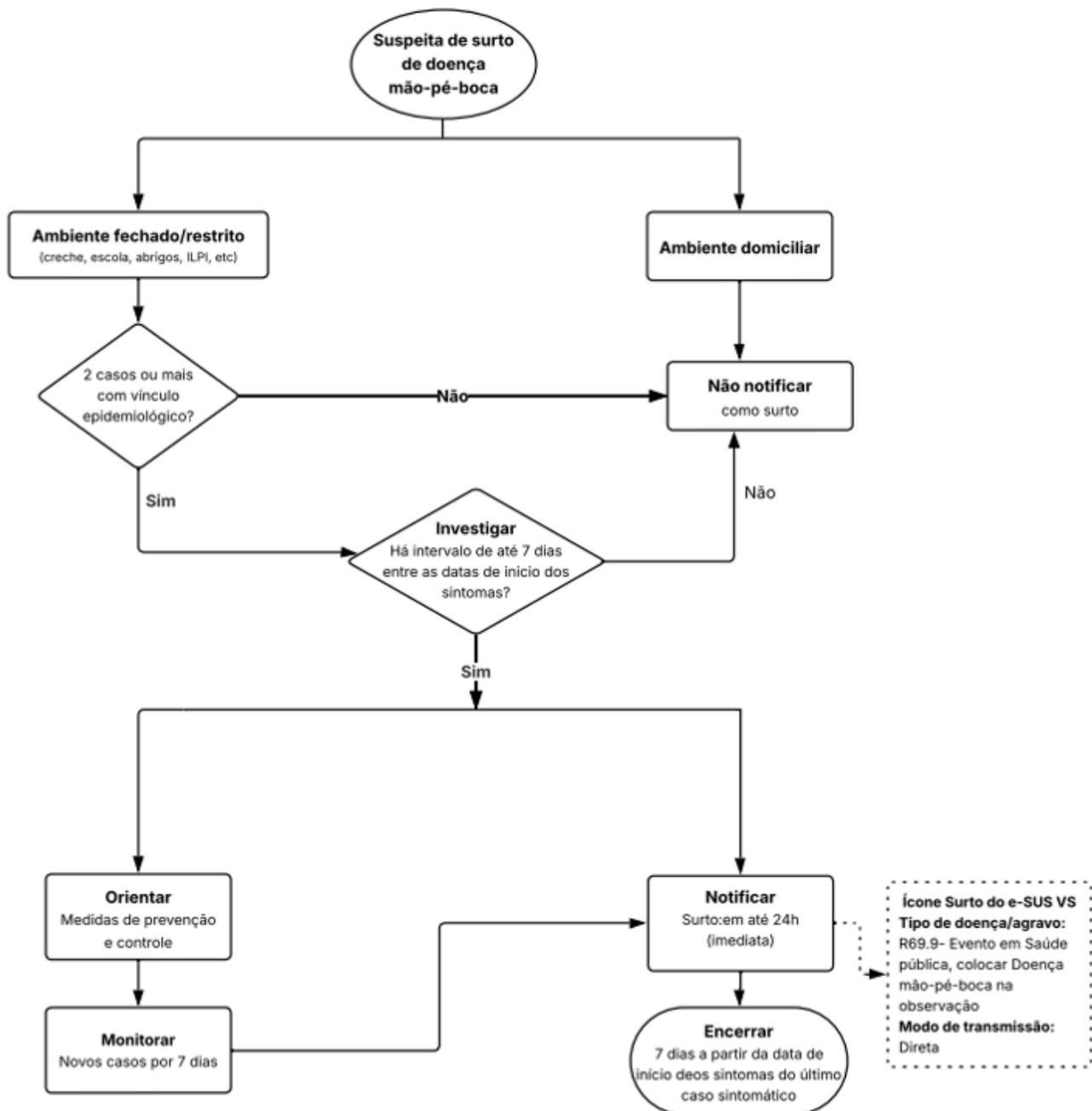
Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de surtos da doença mão-pé-boca, é importante executar ações de controle, para interromper a cadeia de transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos.

- Orientar quanto à forma de transmissão da doença.
- Indivíduos com sinais e/ou sintomas não deverão frequentar os espaços coletivos (escola, trabalho ou a outros lugares públicos) até a recomendação médica para o retorno, mantendo-se em isolamento domiciliar;
- Encaminhar ao serviço de saúde todo caso suspeito, para diagnóstico e tratamento;
- Orientar a lavagem frequente das mãos com sabão e água;
- Orientar a desinfecção das áreas comuns. É importante que os espaços (casa, creche, escola, entre outros) sejam higienizados com frequência. Itens compartilhados, como brinquedos, também devem ser limpos;
- Orientar os casos a evitarem o contato próximo com outros indivíduos, como beijar, abraçar ou compartilhar utensílios ou xícaras (uso de utensílios individuais);
- Monitorar locais de maior risco, buscando possíveis casos, para evitar a disseminação da doença (escolas, creches, clubes, entre outros).
- Em casos de paciente hospitalizado, recomenda-se o isolamento, a fim de evitar surtos em enfermarias, tanto para outros doentes como para os profissionais de saúde;

Tratamento: Ainda não existe vacina contra a doença mão-pé-boca. Em geral, como ocorre com outras infecções por vírus, ela regride espontaneamente depois de alguns dias.

Por isso, na maior parte dos casos, apenas tratam-se os sintomas. Medicamentos antivirais ficam reservados para os casos mais graves. O ideal é que o paciente permaneça em repouso, tome bastante líquido e alimente-se bem.



Informações adicionais:

Caracterização da doença: Mão-pé-boca é uma doença contagiosa causada pelo vírus Coxsackie, da família dos enterovírus, que habita normalmente o sistema digestivo e também pode provocar estomatite (espécie de afta que afeta a mucosa da boca). Embora possa acometer também nos adultos, ela é mais comum na infância, antes dos 5 anos de idade. O nome da doença se deve ao fato de que as lesões aparecem mais comumente em mãos, pés e boca.

2.6 ESCARLATINA

A escarlatina é uma doença infecciosa e contagiosa, causada pela bactéria estreptococo beta hemolítico do grupo A, por meio de uma reação à toxina pirogênica produzida pela bactéria. O estreptococo também causa outras doenças, como amigdalite, artrite, pneumonia, endocardite, impetigo e erisipela. A maioria das pessoas que têm uma infecção provocada pela bactéria não desenvolve escarlatina. Porém, cerca de 10% são sensíveis às toxinas liberadas por ela e podem desenvolver a doença, que provoca pequenas manchas vermelhas que se misturam na pele. A escarlatina costuma ocorrer em crianças em idade escolar, durante a primavera. Para saber mais sobre a doença, consulte a Biblioteca Virtual em Saúde, do MS.

Definição de surto

Considera-se surto de escarlatina a ocorrência de dois ou mais casos que atendam à definição de caso suspeito de escarlatina em instituições fechadas (escolas, creches, hospitais, entre outros) e relacionados no tempo e espaço. Em geral, os surtos em ambiente domiciliar não são de notificação compulsória. Na ocorrência de casos nesse ambiente, investigar vínculo epidemiológico com possíveis contatos sintomáticos em ambientes institucionais.

Notificação

Apesar da escarlatina não ser de notificação compulsória, os surtos devem ser comunicados à Vigilância em Saúde, para que se inicie a investigação em tempo oportuno. A digitação do surto é realizada no nível local, pelo VE municipal, de forma imediata, a partir do conhecimento do evento, no Módulo de Surto do eSUS-VS. Deve-se assinalar no campo “Tipo de Doença/Agravo” o código R69.9 (Evento em Saúde Pública) (apêndice 2). Deve-se identificar na observação “Escarlatina”.

Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de escarlatina, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle. Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também a VE municipal, regional e estadual quando necessário.

Deve-se consultar o prontuário e entrevistar o médico-assistente, para completar as informações clínicas sobre os pacientes. Sugere-se fazer uma cópia da anamnese, do exame físico e da evolução dos doentes. Deve-se acompanhar a evolução dos pacientes e verificar se outros casos estão ocorrendo nos locais frequentados pelo caso.

O diagnóstico da doença é eminentemente clínico-epidemiológico, não sendo realizados exames laboratoriais pela Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN).

Encerramento

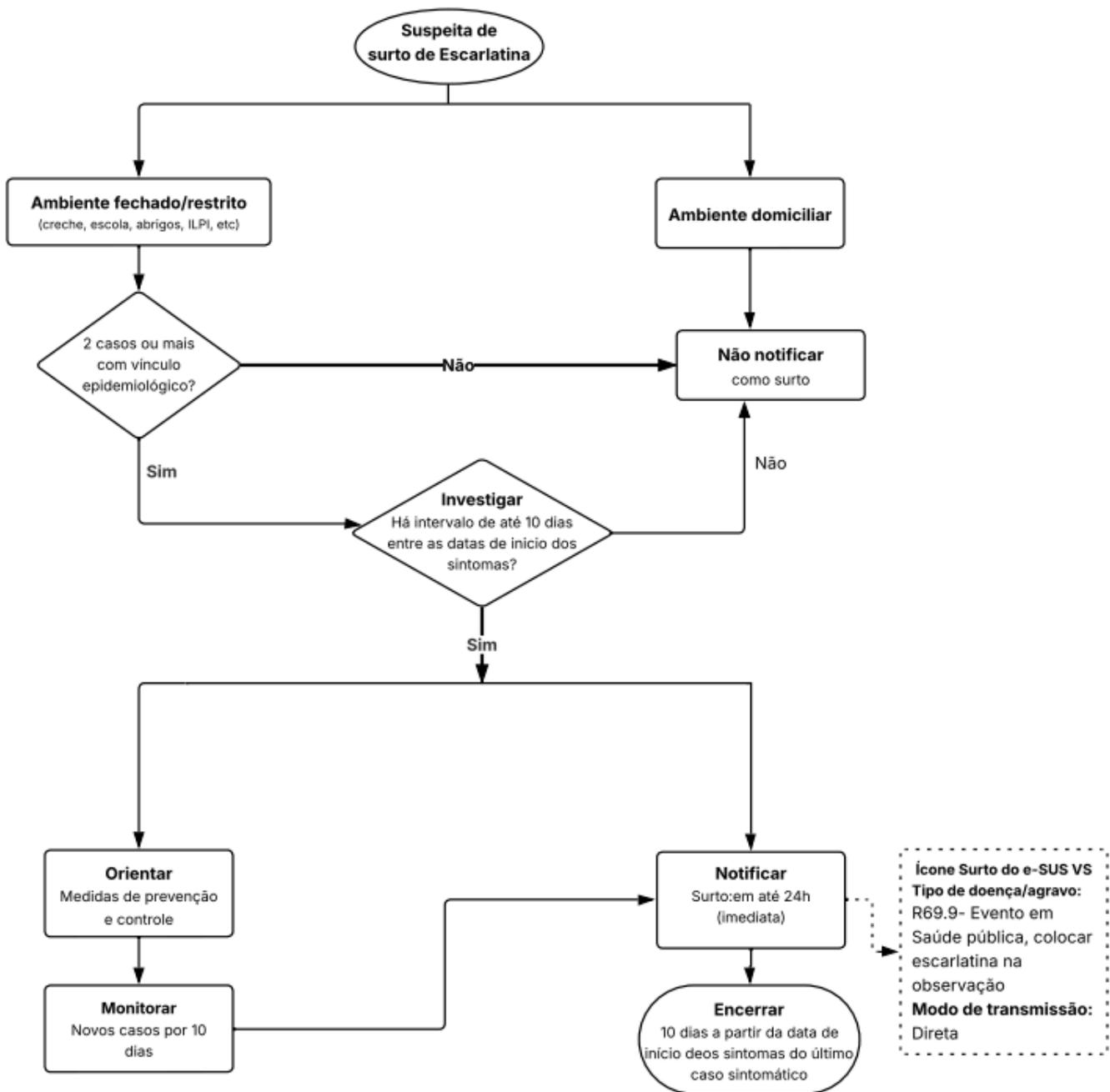
Deve-se considerar que cada doença ou agravo que compõe os surtos de outras síndromes apresenta períodos de exposição distintos. O monitoramento do surto deve ser feito por 10 dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no eSUS-VS.

Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de surtos de escarlatina, é importante executar ações de controle, para interromper a cadeia de transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos.

- Orientar quanto à forma de transmissão da doença.
- Indivíduos com sinais e/ou sintomas não deverão frequentar os espaços coletivos (escola, trabalho ou a outros lugares públicos) até recomendação médica para o retorno, mantendo-se em isolamento domiciliar;
- Encaminhar ao serviço de saúde todo caso suspeito, para diagnóstico e tratamento;
- Orientar a lavagem frequente das mãos com sabão e água;
- Orientar a desinfecção das áreas comuns. É importante que os espaços (casa, creche, escola, entre outros) sejam higienizados com frequência. Itens compartilhados, como brinquedos, também devem ser limpos;
- Orientar os casos a evitarem o contato próximo com outros indivíduos, como beijar, abraçar ou compartilhar utensílios ou xícaras (uso de utensílios individuais);
- Monitorar locais de maior risco, buscando possíveis casos, para evitar a disseminação da doença (escolas, creches, clubes, entre outros);
- Em casos de paciente hospitalizado, recomenda-se o isolamento, a fim de evitar surtos em enfermarias, tanto para outros doentes como para os profissionais de saúde;
- Nos casos de escarlatina, a quimioprofilaxia, segundo orientação médica, está indicada somente para os casos de febre reumática e glomerulonefrite. Não se deve orientar quanto ao tratamento dos comunicantes assintomáticos.

Tratamento: O tratamento da escarlatina é individualizado, seguindo a orientação do médico assistencial. Geralmente, inclui o uso de antibióticos e medidas para alívio da dor e da febre.



Informações adicionais:

- Caracterização da doença:** a escarlatina é uma doença infecciosa e contagiosa transmitida pela mesma bactéria que causa amigdalite, artrite, pneumonia, endocardite, impetigo e erisipela, por meio de contato direto com a saliva ou a secreção nasal de pessoas doentes. Os principais sintomas são: calafrios e febre alta nos primeiros dias; dor de garganta; pequenas manchas ásperas na pele e de cor vermelho-escarlate; caroços avermelhados na língua recobertos com uma película branco amarelada com aspecto de framboesa; náuseas; vômito; dor no corpo; dor de barriga; e dor de cabeça.

2.7 CONJUNTIVITE

A conjuntivite se caracteriza pela inflamação da mucosa conjuntival, com dilatação vascular, infiltrado celular e exsudação. Geralmente, acomete os dois olhos, podendo durar de uma a duas semanas. A conjuntivite pode ser hiperaguda, aguda, crônica ou recorrente; afetar um ou os dois olhos; e também pode ser infecciosa (causada por vírus ou bactérias) ou não infecciosa, alérgica ou não alérgica.

Definição de surto

Considerar como surto de conjuntivite a ocorrência de dois ou mais casos com vínculo epidemiológico em instituições fechadas (escolas, creches, hospitais, entre outros) ou em indivíduos institucionalizados. Em geral, os surtos em ambiente domiciliar não são de notificação compulsória. Na ocorrência de casos nesse ambiente, investigar vínculo epidemiológico com possíveis contatos sintomáticos em ambientes institucionais.

Notificação

Apesar da conjuntivite não ser de notificação compulsória, os surtos devem ser comunicados à Vigilância em Saúde, para que se inicie a investigação em tempo oportuno. A digitação do surto é realizada no nível local, pela VE da área de referência, de forma imediata a partir do conhecimento do evento, no ícone Surto do eSUS-VS. Deve-se assinalar no campo Tipo de doença/Agravo da “Ficha de Investigação de Surto” o código H10 (Conjuntivite) e o modo provável de transmissão “DIRETA” (campo 25 — opção 1) (apêndice 2).

Os casos individuais de Conjuntivite não são de notificação compulsória, portanto, não deverão ser digitados no eSUS-VS.

Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de conjuntivite, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos.

Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) (quando o surto for hospitalar) mas também as vigilâncias epidemiológicas municipais e regionais.

Durante a investigação epidemiológica, deve-se entrevistar os casos para coleta de informações sobre contatos sintomáticos na residência, local de trabalho, escola e demais locais frequentados. Para o adequado levantamento das informações, deve-se mapear os deslocamentos dos casos, locais frequentados e atividades realizadas nos últimos cinco a doze dias antes do início dos sintomas. Pode ser necessário consultar o prontuário e entrevistar o médico-assistente, para completar as informações clínicas sobre os pacientes. Sugere-se fazer uma cópia da anamnese, do exame físico e da evolução dos doentes.

O diagnóstico da doença é eminentemente clínico-epidemiológico, não sendo realizados exames laboratoriais pela Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN).

Encerramento

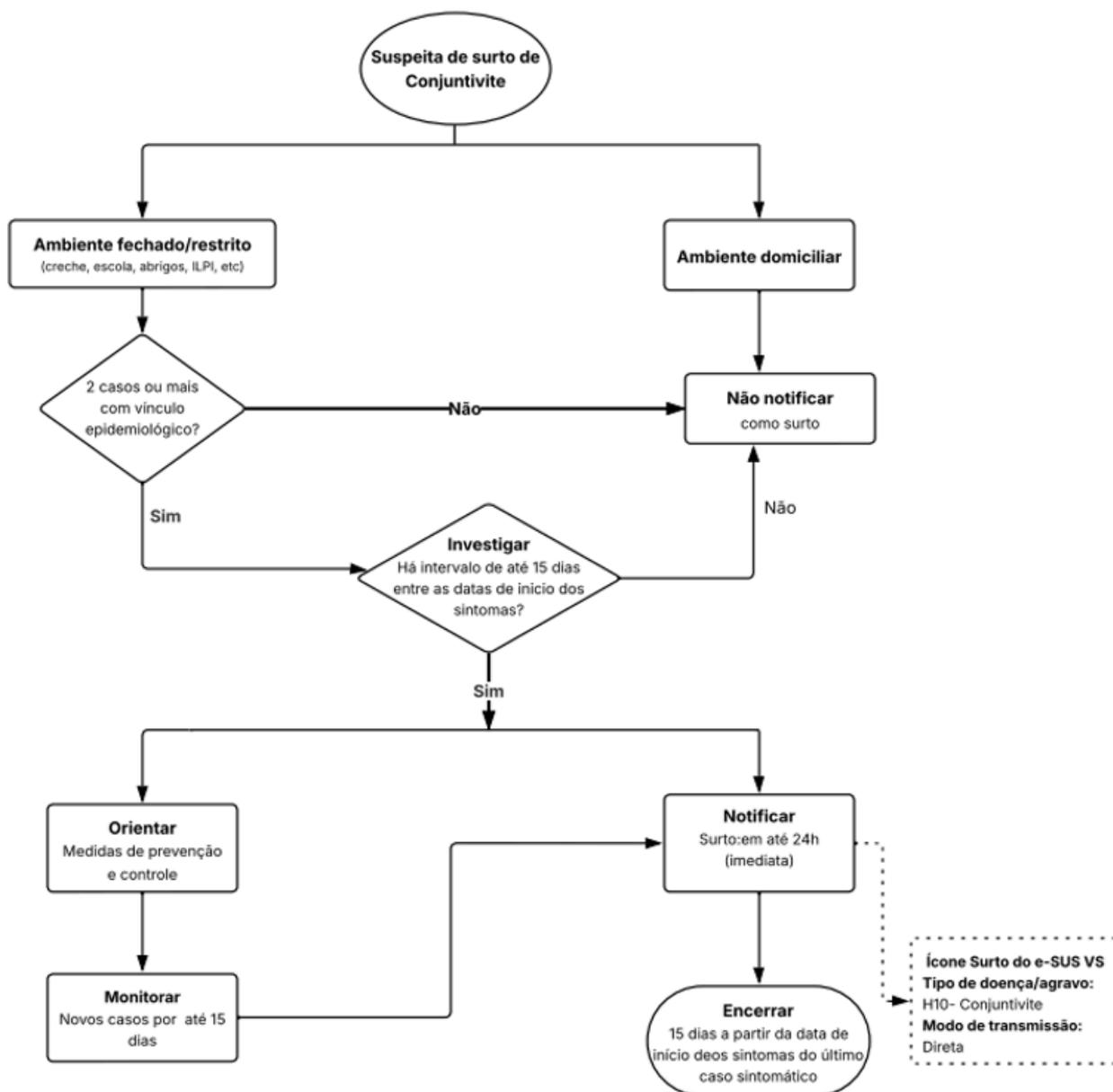
O monitoramento do surto deve ser feito por 15 dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no eSUS-VS

Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de surtos de conjuntivite, é importante executar ações de controle que visem interromper a cadeia de transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos.

- Orientar quanto à forma de transmissão da doença;
- Indivíduos com sinais e/ou sintomas não deverão frequentar os espaços coletivos (escola, trabalho ou a outros lugares públicos) até a recomendação médica para o retorno, mantendo-se em isolamento domiciliar;
- Encaminhar ao serviço de saúde todo caso suspeito, para diagnóstico e tratamento;
- Orientar a lavagem frequente das mãos com sabão e água.
- Orientar evitar tocar os olhos;
- Orientar a desinfecção das áreas comuns. É importante que os espaços (casa, creche, escola, entre outros) sejam higienizados com frequência. Itens compartilhados, como brinquedos, também devem ser limpos;
- Orientar os casos a evitarem o contato próximo com outros indivíduos, como beijar, abraçar ou compartilhar utensílios ou xícaras (uso de utensílios individuais);
- Monitorar locais de maior risco, buscando possíveis casos, para evitar a disseminação da doença (escolas, creches, clubes, entre outros).
- Em casos de paciente hospitalizado, recomenda-se o isolamento, a fim de evitar surtos em enfermarias, tanto para outros doentes como para os profissionais de saúde.

Tratamento: A abordagem terapêutica da conjuntivite é realizada de acordo com o agente causador da doença, conforme as recomendações médicas.



Informações adicionais:

- **Caracterização da doença:** a conjuntivite é a inflamação da conjuntiva, membrana transparente e fina que reveste a parte da frente do globo ocular (o branco dos olhos) e o interior das pálpebras. Pode ser causada por reações alérgicas, vírus e bactérias. Os principais sintomas da doença são olhos vermelhos e lacrimejantes; pálpebras inchadas; sensação de areia ou de ciscos nos olhos; secreção purulenta (conjuntivite bacteriana); secreção esbranquiçada (conjuntivite viral); coceira; dor ao olhar para a luz; visão borrada; e pálpebras grudadas quando a pessoa acorda.

2.8 ESCABIOSE

Conhecida como sarna, a escabiose é uma parasitose da pele causada por um ácaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos.

Definição de surto

Considerar como surto de escabiose a ocorrência de dois ou mais casos com vínculo epidemiológico em instituições fechadas (escolas, creches, hospitais, entre outros) ou em indivíduos institucionalizados. Em geral, os surtos em ambiente domiciliar não são de notificação compulsória. Na ocorrência de casos nesse ambiente, investigar vínculo epidemiológico com possíveis contatos sintomáticos em ambientes institucionais.

Notificação

Apesar da escabiose não ser de notificação compulsória, os surtos devem ser comunicados à Vigilância em Saúde, para que se inicie a investigação em tempo oportuno.

A digitação do surto é realizada no nível local da área de referência, de forma imediata a partir do conhecimento do evento, no ícone Surto do eSUS-VS. Deve-se assinalar no campo CID-10 da “Ficha de Investigação de Surto” (Anexo 1) o código R69.9 (Evento em Saúde Pública) e o modo provável de transmissão “DIRETA” (campo 25 — opção 1) (apêndice 2).

Os casos individuais de escabiose não são de notificação compulsória, portanto, não deverão ser digitados no eSUS-VS.

Investigação epidemiológica e laboratorial

Após o recebimento da informação sobre a possível ocorrência de um surto de escabiose, deve-se iniciar imediatamente a investigação epidemiológica, para caracterização dos casos, elaboração de hipóteses e aplicação de medidas de prevenção e controle, conforme delineado nos 10 passos para a investigação de surtos.

Idealmente, todos os níveis de atenção devem participar da investigação, de modo que envolva não só as unidades de saúde de atenção primária, mas também o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) (quando o surto for hospitalar) mas também as vigilâncias epidemiológicas municipais e regionais.

Deve-se preencher todos os campos dos itens da ficha de notificação, consultar o prontuário e entrevistar o médico-assistente para completar as informações clínicas sobre os pacientes. Sugere-se fazer uma cópia da anamnese, do exame físico e da evolução dos doentes, além de acompanhar a evolução dos pacientes até o encerramento dos sintomas. É recomendado verificar se estão ocorrendo outros casos na residência, local de trabalho, instituição de saúde ou outros ambientes de convivência do paciente.

O diagnóstico da doença é eminentemente clínico-epidemiológico, não sendo realizados exames laboratoriais pela Rede de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN).

Encerramento

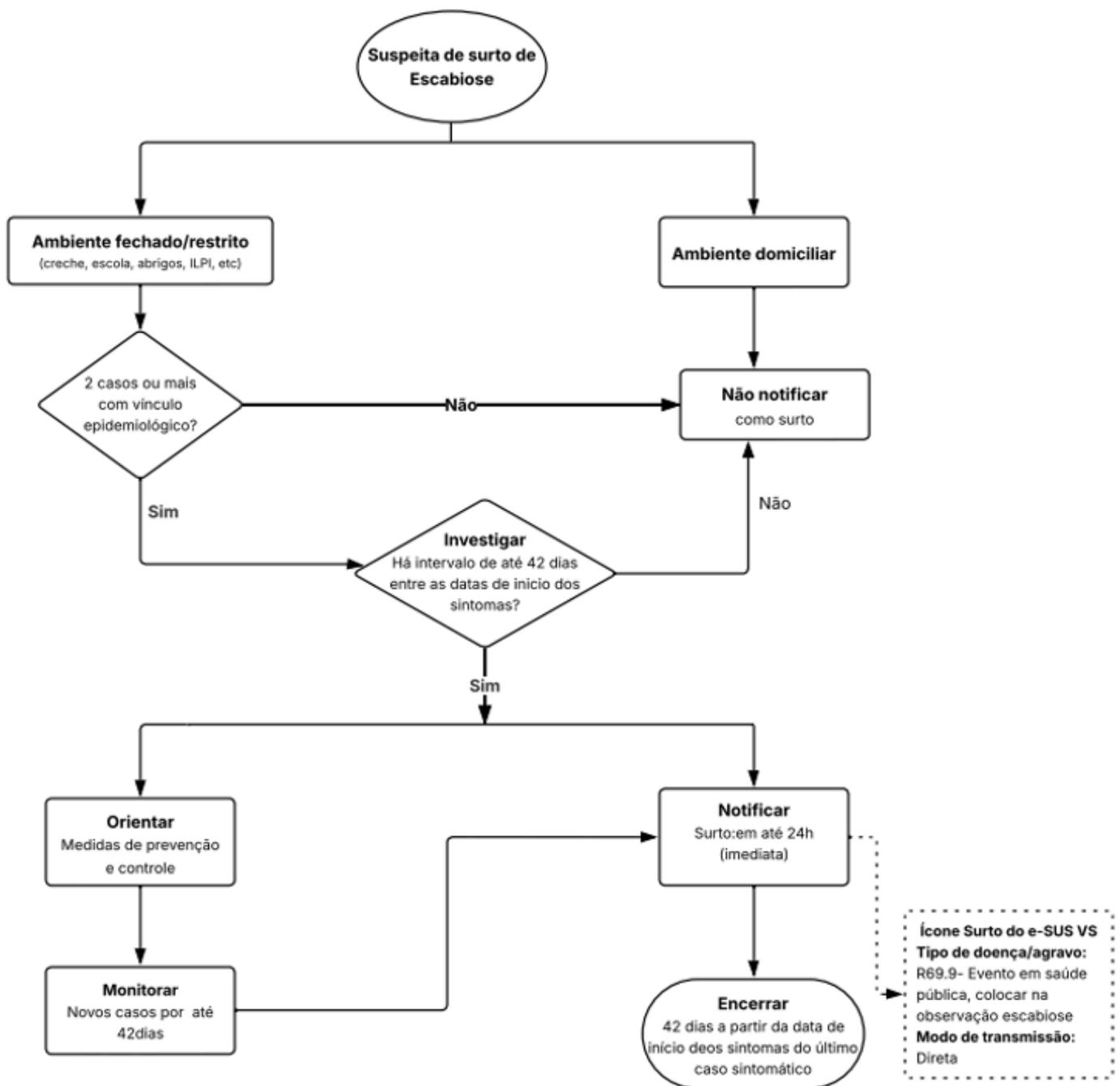
Deve-se considerar que cada doença ou agravo que compõe os surtos de outras síndromes apresenta períodos de exposição distintos. O monitoramento do surto deve ser feito por 42 dias a partir da data de início de sintomas do último caso sintomático e, não surgindo novos casos, o surto deverá ser encerrado no eSUS-VS.

Medidas de prevenção e controle

Mediante a ocorrência de surtos de escabiose, é importante executar ações de controle que visem interromper a cadeia de transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos.

- Orientar quanto à forma de transmissão da doença;
- Indivíduos com sinais e/ou sintomas não deverão frequentar os espaços coletivos (escola, trabalho ou a outros lugares públicos), mantendo-se em isolamento domiciliar. O afastamento deve ocorrer até 24 horas após o término do tratamento;
- Encaminhar ao serviço de saúde todo caso suspeito, para diagnóstico e tratamento;
- Orientar a lavagem frequente das mãos com sabão e água;
- Orientar a desinfecção das áreas comuns. É importante que os espaços (casa, creche, escola, entre outros) sejam higienizados com frequência. Itens compartilhados, como brinquedos, também devem ser limpos. Lavar com água quente todos os fômites dos casos suspeitos;
- Orientar os casos a evitarem o contato próximo com outros indivíduos, como beijar, abraçar ou compartilhar utensílios, xícaras (uso de utensílios individuais), roupas de cama e banho, entre outros;
- Monitorar locais de maior risco, buscando possíveis casos, para evitar a disseminação da doença (escolas, creches, clubes, entre outros).
- Em casos de paciente hospitalizado, recomenda-se o isolamento, a fim de evitar surtos em enfermarias, tanto para outros doentes como para os profissionais de saúde.

Tratamento: Segundo o livro “Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso”, a abordagem para escabiose é de acordo com a conduta médica, podendo incluir administração oral ou aplicação tópica de escabicidas medicamentos. Anti-histamínicos podem ser prescritos para alívio do prurido, e em casos de infecção secundária, é recomendada antibioticoterapia.



Informações adicionais:

- **Caracterização da doença:** também conhecida como sarna, a escabiose é uma parasitose da pele causada por um ácaro que penetra na pele formando lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nas quais ele deposita seus ovos. A deposição dos produtos metabólicos do ácaro na pele gera uma reação alérgica e coceira.

3. REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto Legislativo n.º 395, de 9 de julho de 2009. Aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Diário Oficial da União 2009; 10 jul. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conjuntivite — Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/conjuntivite/#:~:text=Conjuntivite%20%C3%A9%20a%20inflama%C3%A7%C3%A3o%20da,e%20n%C3%A3o%20costuma%20deixar%20seq%C3%BCela>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS n.º 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doença Mão-Pé-Boca — Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/doenca-mao-pe-boca/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Escarlatina — Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/escarlatina/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministra. Portaria n.º 3.148, de 6 de fevereiro de 2024. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.148-de-6-de-fevereiro-de-2024-542935418>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para uso do Antiviral Nirmatrelvir/Ritonavir em Pacientes com Covid-19, não Hospitalizados e de Alto Risco. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2022/guia-para-uso-antiviral-n.pdf/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe Técnico Operacional de Vacinação Contra a Covid-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/informes-tecnicos/2023/informe-tecnico-operacional-de-vacinacao-contra-a-covid-19/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe Técnico Operacional — Vacinação contra a Influenza.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe Técnico Operacional — Vacinação contra a Influenza. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/arquivos/informe-tecnico-operacional-de-vacinacao-contra-a-influenza-2023>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia: avaliação do estado de hidratação do paciente, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-diarreicas-agudas/manejo-do-paciente-com-diarreia-avaliacao-do-estado-de-hidratacao-do-paciente-arquivo-com-marcas-de-corte/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plataforma Eletrônica de Notificação para Síndrome Gripal — E-SUS notifica. Disponível em: <https://notifica.saude.gov.br/login>. Acesso em: 17 de setembro 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de Investigação de Surtos e Epidemias [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/episus/guia-para-investigacoes-de-surtos-ou-epidemias/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de Vigilância em Saúde: Volume 1. 6. ed. revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de Vigilância em Saúde: Volume 2. 6. ed. revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de Vigilância em Saúde: Volume 3. 6. ed. revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-3-6a-edicao/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Instrução Normativa referente ao Calendário Nacional de Vacinação — 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/instrucao-normativa-calendario-nacional-de-vacinacao-2023>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Boletim Epidemiológico: Atualizações sobre notificação de surto de DTSA no Sinan-Net. Brasília: Ministério da Saúde, v. 51, n. 31, ago. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/toxoplasmose/arquivos/boletim-epidemiologico-svs-31-paginas-22-30.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Vigilância epidemiológica das doenças de transmissão hídrica e alimentar: manual de treinamento. Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Diretriz para atuação em situações de surtos de doenças e agravos de veiculação hídrica. Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso — 8. ed. rev. — Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual integrado de vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 — covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe. SIVEP-Gripe. Disponível em: <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/login.html?0.html?0>.

CDC. The CDC Field Investigation. Disponível em: <https://www.cdc.gov/eis/field-epi-manual/chapters/Field-Investigation.html>. Acesso em: 1.o de agosto de 2023.

4. ANEXO

ANEXO 1

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DE SURTO

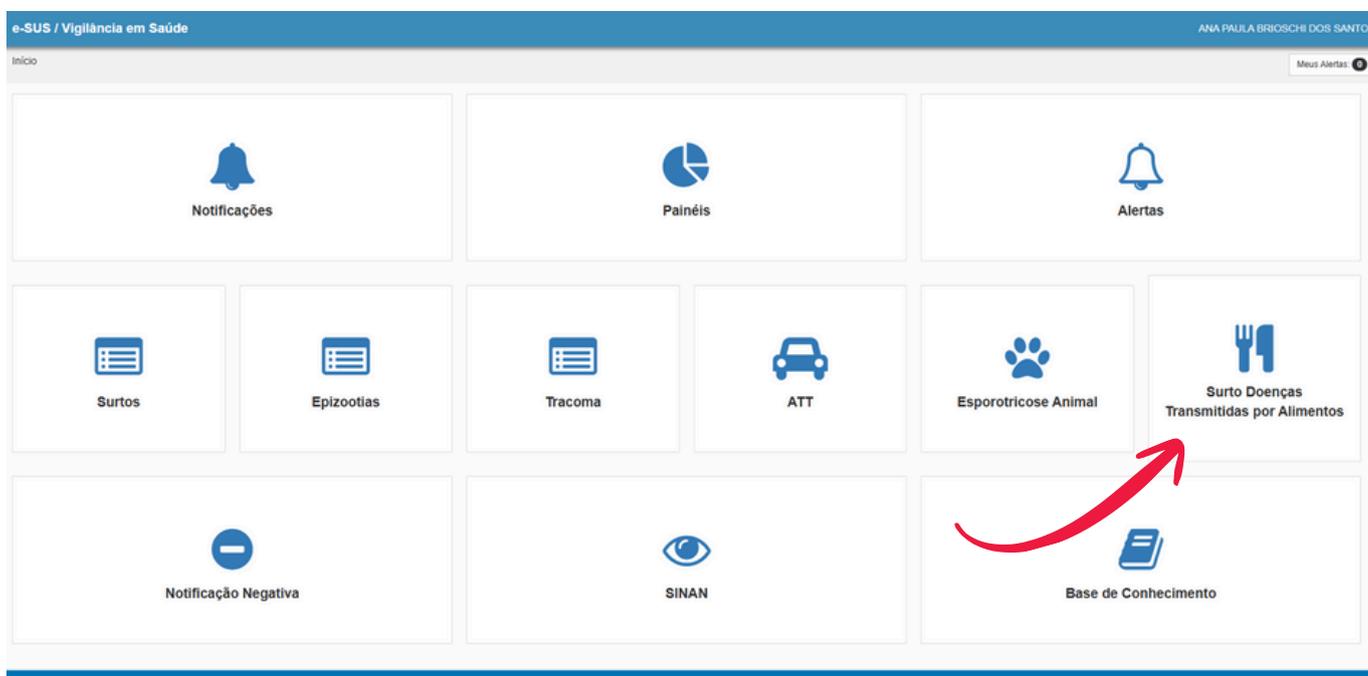
LOGRADOURO/L OCALIDADE						
MUN_RES						
DT_NASCIMENTO						
IDADE						
SEXO						
NOME DO CASO						
Nº CASO						

5. APÊNDICE

Apêndice 1

Instruções de notificação de surto de DDA no eSUS-VS

- Entrar no eSUS-VS com login e senha
- Na tela abaixo selecionar o ícone Surto Doenças transmitidas por alimentos

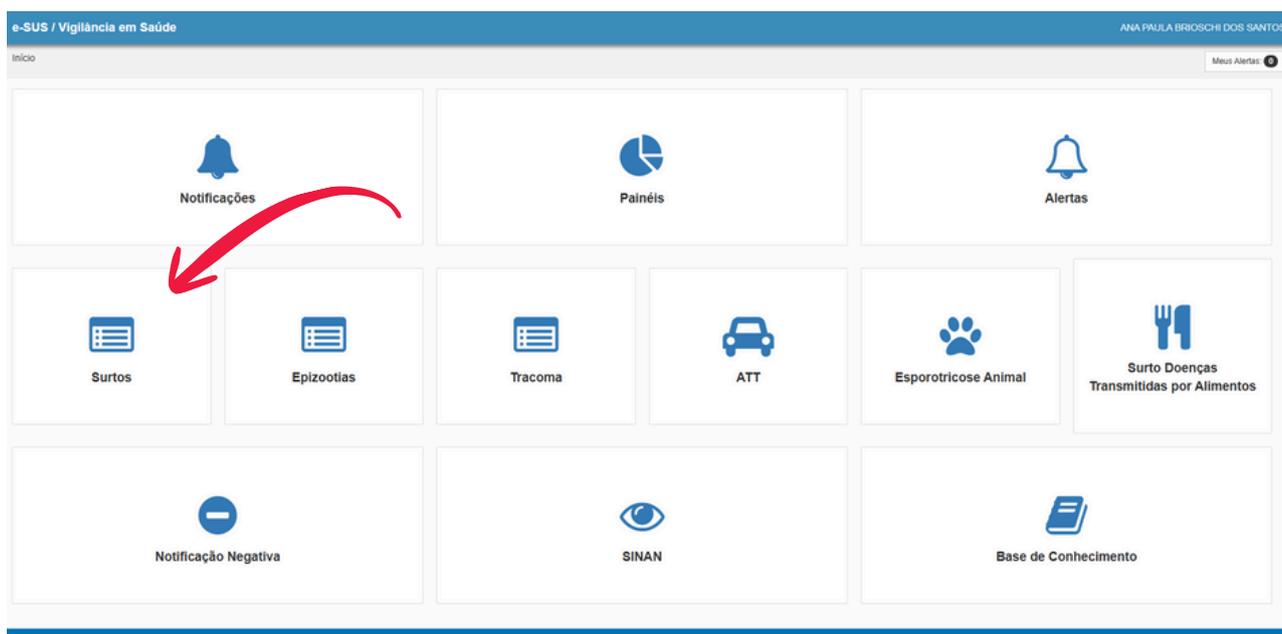


4. APÊNDICE

Apêndice 2

Instruções de notificação de surto no eSUS-VS

- Entrar no eSUS-VS com login e senha
- Na tela abaixo selecionar o ícone Surto Doenças transmitidas por alimentos



- Selecionar o tipo da doença/ agravo, quando não tiver opção disponível colocar R69.9 Evento em Saúde pública e descrever na observação.

The screenshot shows the 'NOTIFICAÇÃO DE SURTO' form. The title is 'NOTIFICAÇÃO DE SURTO'. Below the title, there is a description: 'Situação em que há aumento, acima do esperado, na ocorrência de casos de evento ou doença em uma área ou em um grupo específico de pessoas, em determinado período. Ressalta-se que, para doenças raras, um único caso pode representar um surto.' The form is divided into two main sections: 'Dados Gerais' and 'Notificação de Surto'. In the 'Dados Gerais' section, there are fields for 'Tipo Notificação*' (3 - Surto), 'Tipo de Doença/Agravo*' (Por favor seleccione), 'Data Notificação*' (dd/mm/yyyy), 'UF*' (ES - Espírito Santo), 'Município da Notificação*' (Selecione a opção), 'Unidade de Saúde*' (Selecione a opção), and 'Data dos 1º Sint. do 1º Caso Suspeito*' (dd/mm/yyyy). In the 'Notificação de Surto' section, there are fields for 'Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação' and 'Local Inicial de Ocorrência do Surto' (Por favor seleccione). There is also an 'Especificar' field.



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde