



Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
Superintendência Regional de Saúde de Vitória
Núcleo de Vigilância em Saúde

NOTA ORIENTATIVA Nº 08/2021 – SESA/SRSV/NVS

Assunto: Notificação Compulsória das Arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya)

Notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos de notificação compulsória. Notificar é uma obrigação legal do profissional de saúde. Tendo como objetivo sinalizar a ocorrência da doença para desencadear oportunamente ações de vigilância em saúde, seguindo as definições de caso e outras informações relevantes constantes no Guia de Vigilância em Saúde.

É através da notificação compulsória que os profissionais e gestores de saúde do Estado e dos municípios ficarão cientes da ocorrência das doenças no seu território e população, embasando tomada de decisões coesas, além de dar subsídio epidemiológico para que o profissional possa fazer o diagnóstico correto.

Conforme estabelecido, na Portaria nº 1.061 de 18 de maio de 2020, as arboviroses (dengue, chikungunya e zika), são doenças de Notificação Compulsória.

Todo caso SUSPEITO de Dengue, Chikungunya ou Zika atendido em unidades de saúde públicas ou privadas, deve ser notificado através da plataforma e-SUS VS (esusvs.saude.es.gov.br).

É imprescindível que a notificação seja realizada em tempo oportuno e que todos os campos da ficha de notificação compulsória sejam preenchidos corretamente, pois a notificação incompleta prejudica a investigação.

Na Ficha de Notificação Compulsória existe o campo Informações complementares e observações, onde deverão ser inseridas outras informações pertinentes.



Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
Superintendência Regional de Saúde de Vitória
Núcleo de Vigilância em Saúde

A data do início dos sintomas é essencial para proporcionar ações de vigilância em tempo oportuno.

No período de 2020/2021 houve uma diminuição nas notificações das arboviroses devido a pandemia – COVID 19. Orienta-se que apesar do cenário atual, todo caso suspeito de Dengue, Chikungunya e Zika seja notificado no e-SUS VS e as atividades do encerramento dos casos devem ser realizados em até 60 dias, após a data da notificação.

O manejo clínico das arboviroses e as ações de controle seletivo de vetor estão indicadas na notificação de caso suspeito, não devendo aguardar a confirmação laboratorial.

DENGUE

DEFINIÇÃO DE CASO

Indivíduo que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, artralgia, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia e que resida ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Aedes aegypti*. Também pode ser considerado caso suspeito toda criança proveniente de (ou residente em) área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 e 7 dias, e sem sinais e sintomas indicativos de outra doença.

CHIKUNGUNYA

DEFINIÇÃO DE CASO

Indivíduo com febre de início súbito maior que 38,5°C e dor intensa nas articulações, de início agudo, acompanhada ou não de edemas (inchaço), não explicado por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas onde



Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
Superintendência Regional de Saúde de Vitória
Núcleo de Vigilância em Saúde

estejam ocorrendo casos suspeitos em até duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo com caso importado confirmado.

Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de Dengue (CID A90), Chikungunya (CID A92)

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dados impossibilita a inclusão da notificação no e-SUS VS.

- **Nº (Número da notificação):** gerado automaticamente pelo sistema.
- **Tipo de Notificação:** campo interno gerado automaticamente pelo sistema.
- **Data da Notificação:** preencher a data da realização da notificação. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **UF (Unidade Federada):** corresponde à UF que realizou a notificação; campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do operador logado.
- **Município de notificação:** corresponde ao município que realizou a notificação; campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do operador logado.
- **Unidade de Saúde:** campo interno gerado automaticamente pelo sistema.
- **Data do diagnóstico / Primeiros Sintomas / Ocorrência:** preencher a data dos primeiros sinais e sintomas (Data igual ou inferior a data da notificação), **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **Busca pelo CNS/CPF:** Digitar Cartão Nacional do SUS (CNS) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

OBS: Ao clicar em **Buscar CNS/CPF**, o sistema identifica e preenche automaticamente os campos nome completo, data de nascimento, idade, sexo, CNS, CPF e nome da mãe. Sendo necessário preencher os campos gestante,

Núcleo de Vigilância em Saúde/Superintendência Regional de Saúde de Vitória
BR-262, Km 0, Ed. Cristiano Tavares Collins – Jardim América – Cariacica/ES CEP: 29.140-130 / Telefone: (27) 3636-2708 / Fax: (27) 3636-2709



Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
Superintendência Regional de Saúde de Vitória
Núcleo de Vigilância em Saúde

raça/cor, pessoa com deficiência (PcD), pessoa em situação de rua, escolaridade. **CAMPOS OBRIGATÓRIOS.**

- **Dados da Residência:** Informar a UF, município, bairro, logradouro, número, complemento, CEP, telefone, zona. **CAMPOS OBRIGATÓRIOS.**

OBS: Se o endereço não for encontrado ou se não é do Espírito Santo, preencher o campo **endereço não encontrado.**

OBS: **País** - o sistema preenche automaticamente.

- **Dados clínicos e laboratoriais:** preencher data da investigação (**CAMPO OBRIGATÓRIO**), informar **ocupação.**

- **Dados Clínicos:** selecionar os sintomas – SIM/NÃO (febre, cefaleia, vômito, dor nas costas, artrite, petéquias, prova do laço positiva, mialgia, exantema, náuseas, conjuntivite, artralgia intensa, leucopenia, dor retroorbital) relatados pelo paciente ou aferido pelo profissional de saúde.

- **Doenças pré-existentes:** selecionar SIM se for portador de alguma doença.

- **Dados Laboratoriais:**

Dados Laboratoriais

Sorologia (IgM) Chikungunya - Dados das Coletas			Resultado		
35 1ª Amostra (S1)	36 2ª Coleta (S2)	37 Exame PRNT	S1	S2	PRNT
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	Por favor seleccione	Por favor seleccione	Por favor seleccione
Sorologia (IgM) Dengue			Exame NS1		
38 Data da Coleta	40 Resultado	41 Data da Coleta	42 Resultado		
dd/mm/aaaa	4 - Não Realizado	dd/mm/aaaa	4 - Não Realizado		
Isolamento			RT-PCR		
43 Data da Coleta	44 Resultado	45 Data da Coleta	46 Resultado		
dd/mm/aaaa	4 - Não Realizado	dd/mm/aaaa	4 - Não Realizado		
47 Sorotipo	48 Histopatologia	49 Imunohistoquímica			
Por favor seleccione	Por favor seleccione	Por favor seleccione			

Dados referentes aos exames laboratoriais são extremamente importantes, devem ser preenchidos assim que houver acesso as informações.

Núcleo de Vigilância em Saúde/Superintendência Regional de Saúde de Vitória
BR-262, Km 0, Ed. Cristiano Tavares Collins – Jardim América – Cariacica/ES CEP: 29.140-130 / Telefone: (27) 3636-2708 / Fax: (27) 3636-2709



Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
Superintendência Regional de Saúde de Vitória
Núcleo de Vigilância em Saúde

- Hospitalização:

Hospitalização			
50 Ocorreu Hospitalização	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital
2-Não	Selecione a data	Selecione a...	Selecione a opção
54 Nome do Hospital			55 Telefone

Se caso for SIM (paciente hospitalizado), preencher data da hospitalização, UF, município, nome e telefone do hospital – **CAMPOS OBRIGATÓRIOS.**

- Conclusão (Local Provável de Infecção - no período de 15 dias):

--O caso é autóctone do município de residência? SIM/NÃO;

--Se NÃO, informar UF, País, Município, Distrito, Bairro.

- **Classificação:** informar a classificação – descartado/dengue/dengue com sinais de alarme/dengue grave/Chikungunya.

- **Critério de Confirmação/Descarte:** informar o critério – laboratorial/ clínico-epidemiológico/em investigação.

- **Evolução do Caso:** informar cura/óbito pelo agravo/óbito por outras causas/óbito em investigação/ignorado.

--OBS: Se informar óbito na evolução do caso, preencher a data do óbito.

- **Apresentação Clínica:** informar – Aguda/Crônica

- **Encerramento do caso:** Informar a data do encerramento.

- Se a Classificação: dengue com sinais de alarme: Informar:

- Hipotensão Postural e/ou lipotimia: SIM/NÃO/IGNORADO;

- Quebra abrupta de plaquetas: SIM/NÃO/IGNORADO;



Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
Superintendência Regional de Saúde de Vitória
Núcleo de Vigilância em Saúde

- Vômitos persistentes: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Dor abdominal intensa e contínua/ Letargia ou irritabilidade: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Sangramento de mucosa/outras hemorragias: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Aumento Progressivo do hematócrito: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Hepatomegalia \geq 2cm: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Acúmulo de líquidos - SIM/NÃO/IGNORADO.

-- Data de início dos sinais de alarme: Informar a data.

- Se a Classificação - Dengue grave: Informar:
- Pulso débil ou indetectável: SIM/NÃO/IGNORADO;
- PA convergente $<$ 20 mmHg: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Tempo de enchimento capilar: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Taquicardia: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Extremidades frias: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Hipotensão arterial em fase tardia: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Hematêmese: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Melena: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Metrorragia volumosa: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Sangramento do SNC: SIM/NÃO/IGNORADO;
- AST/ALT $>$ 1.000: SIM/NÃO/IGNORADO
- Miocardite: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Alteração da consciência: SIM/NÃO/IGNORADO;
- Outros órgãos: SIM/NÃO/IGNORADO, (se sim, especificar).

-- Data de início dos sinais de gravidade: Informar a data.

- Informações complementares e observações: informar todas as informações pertinentes.



Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
Superintendência Regional de Saúde de Vitória
Núcleo de Vigilância em Saúde

ZIKA

DEFINIÇÃO DE CASO

Doença febril aguda, autolimitada, com duração de 3 a 7 dias, geralmente sem complicações graves. Paciente suspeito apresenta exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre, hiperemia conjuntival sem secreção, prurido, poliartralgia ou edema periarticular.

Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação das Arboviroses Zika (CID A92.8)

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dados impossibilita a inclusão da notificação no e-SUS VE.

- **Nº (Número da notificação):** campo interno gerado automaticamente pelo sistema.
- **Tipo de Notificação:** campo interno gerado automaticamente pelo sistema.
- **Data da Notificação:** preencher a data da realização da notificação. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
- **UF (Unidade Federada):** corresponde à UF que realizou a notificação; campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do operador logado.
- **Município de notificação:** corresponde ao município que realizou a notificação; campo interno gerado automaticamente pelo sistema, a partir do operador logado.
- **Unidade de Saúde:** campo interno gerado automaticamente pelo sistema.



Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
Superintendência Regional de Saúde de Vitória
Núcleo de Vigilância em Saúde

- **Data do diagnóstico / Primeiros Sintomas / Ocorrência:** preencher a data dos primeiros sinais e sintomas (Data igual ou inferior a data da notificação),

CAMPO OBRIGATÓRIO.

- **Busca pelo CNS/CPF:** Digitar CNS/ CPF. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

OBS: Ao digitar um CNS/CPF, o sistema preenche automaticamente os campos nome completo, data de nascimento, idade, sexo, CNS, CPF e nome da mãe. Preencher os campos gestante, raça/cor, pessoa com deficiência, pessoa em situação de rua, escolaridade. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Dados da Residência:** Informar o UF, município, bairro, logradouro, número, complemento, CEP, telefone, zona. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

OBS: Se o endereço não encontrado ou não é do Espírito Santo, preencher o endereço.

OBS: País - o sistema preenche automaticamente.

- **Data da Investigação:** Preencher data. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

- **Classificação:** informar a classificação – confirmado/descartado.

- **Critério de Confirmação/Descarte:** informar o critério – laboratorial/ clínico-epidemiológico

- O caso é autóctone do município de residência? SIM/NÃO;

--Se NÃO, informar UF, País, Município, Distrito, Bairro.

- **Doença relacionada ao trabalho:** informar SIM/NÃO/IGNORADO.

- **Evolução do Caso:** Informar cura/óbito pelo agravo notificado/óbito por outras causas/ignorado.

-- OBS: Se informar óbito na evolução do caso, preencher a data do óbito.

- **Encerramento do caso:** Informar a data do encerramento.

Núcleo de Vigilância em Saúde/Superintendência Regional de Saúde de Vitória
BR-262, Km 0, Ed. Cristiano Tavares Collins – Jardim América – Cariacica/ES CEP: 29.140-130 / Telefone: (27) 3636-2708 / Fax: (27) 3636-2709



Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
Superintendência Regional de Saúde de Vitória
Núcleo de Vigilância em Saúde

- **Informações complementares e observações:** citar todas as informações pertinentes.

Todos os campos são importantes de preencher, mesmo aqueles que não são CAMPO OBRIGATÓRIO, podem conter informações relevantes.

Referência

NOTA TÉCNICA. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan.** Ceará, 26 de dezembro de 2017. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/nota_tecnica_agravos_notificacao_dez2017_ok.pdf.

Acesso em: 29 out. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de Dengue / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 160 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Febre de Chikungunya: manejo clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 28 p. : il.

ASSINATURAS (4)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

GABRIELA MARIA COLI SEIDEL

CHEFE NUCLEO QCE-05
NVS-VIT - SESA - GOVES
assinado em 16/11/2021 09:14:05 -03:00

GILMAR CORDEIRO

REQUISITADO
SRSV - SESA - GOVES
assinado em 15/11/2021 11:09:46 -03:00

RICARDO DA SILVA RIBEIRO

BIOLOGO - QSS
NVS-VIT - SESA - GOVES
assinado em 16/11/2021 08:00:47 -03:00

GRAZIELLE CORDEIRO FIGUEIREDO

ENFERMEIRO - DT
NERCE - SESA - GOVES
assinado em 16/11/2021 07:17:33 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 16/11/2021 09:14:06 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GABRIELA MARIA COLI SEIDEL (CHEFE NUCLEO QCE-05 - NVS-VIT - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2021-7GGCPV>