

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Secretaria de Estado de Saúde

Coordenação Estadual de Vigilância de Arboviroses

Nota Técnica nº 1/SES/SUBVS-SVE-DVAT-CEVARB/2023

PROCESSO Nº 1320.01.0004017/2023-76

ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E ENCERRAMENTO DE ÓBITOS POR ARBOVIROSES EM MINAS GERAIS**1. INTRODUÇÃO**

O cenário epidemiológico das arboviroses no Estado de Minas Gerais ao longo das últimas décadas se caracteriza pelo aumento da taxa de incidência, do número de casos graves e do número de óbitos, o que tem sido motivo de preocupação para a saúde pública. Esse cenário se tornou ainda mais desafiador com a circulação simultânea de dengue, chikungunya e Zika. Somam-se a isso as dificuldades para reconhecimento e manejo clínico dos pacientes, para o diagnóstico diferencial devido à semelhança na sintomatologia destas doenças e as limitações enfrentadas pelos serviços de vigilância para uma adequada caracterização dos casos e investigação oportuna dos óbitos. Neste documento serão tratadas como “arboviroses” a dengue, a chikungunya, a Zika e a febre amarela, apenas.

2. OBJETIVOS**2.1 Geral:**

Orientar procedimentos técnicos para notificação, investigação e encerramento oportuno de óbitos por arboviroses – Dengue, Febre de Chikungunya, Zika e Febre Amarela – em Minas Gerais.

2.2 Específicos:

2.2.1 Qualificar a informação acerca da vigilância dos óbitos por arboviroses em Minas Gerais.

2.2.2 Informar os documentos necessários nos processos de notificação, investigação e encerramento de óbitos por arboviroses em Minas Gerais.

2.2.3. Estabelecer fluxos operacionais para envio dos dados acerca dos óbitos por arboviroses em Minas Gerais no âmbito de competência – municipal, regional ou central.

2.2.4 Padronizar critérios para encerramento dos óbitos por arboviroses em Minas Gerais.

As informações contidas nessa Nota Técnica reforçam as orientações contidas no Protocolo de Investigação de Óbitos por Arbovírus Urbanos no Brasil – Dengue, Chikungunya e Zika do Ministério da Saúde, de 13 de junho de 2016 e na 5ª Edição do Guia de Vigilância em Saúde, também do Ministério da Saúde, de 2022.

3. DA QUALIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Considerando a importância e necessidade da completude das Fichas de Notificação de forma a qualificar a informação para a construção de um perfil epidemiológico mais fidedigno, salienta-se:

3.1 Notificação

Os casos de **óbitos** com suspeita de dengue, chikungunya, Zika e febre amarela e outras arboviroses de importância em saúde pública são de **notificação imediata (até 24 horas)**, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.102, de 13 de Maio de 2022, e **devem ter notificações digitadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)** em, **no máximo, 7 dias**. A notificação do óbito deve ser imediatamente comunicada pelo município de atendimento do caso via telefone e, também, por e-mail para a Unidade Regional de Saúde (URS) do município de residência, como também para os endereços eletrônicos notifica.se@saude.mg.gov.br e dengue@saude.mg.gov.br.

3.2 Onde Notificar

A notificação deverá ser realizada pelos profissionais de saúde e/ou responsáveis pelos serviços públicos e/ou privados que prestaram assistência ao paciente. Para Dengue e Chikungunya deve ser preenchida a **Ficha de Investigação DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA**, disponível no endereço eletrônico https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Dengue/Ficha_DENGCHIK_FINAL.pdf ou no Anexo I dessa Nota Técnica. Para Zika deve ser preenchida a **Ficha de Notificação/Conclusão**, disponível no endereço eletrônico http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Ficha_conclusao_v5.pdf ou no Anexo II dessa Nota Técnica. Para Febre Amarela deve ser preenchida a **Ficha de Investigação de FEBRE AMARELA**, disponível no endereço eletrônico http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Febre%20Amarela/Febr Amarela_v5.pdf ou no Anexo III dessa Nota Técnica.

Destaca-se a importância de consultar, sempre que necessário, o Dicionário de Dados disponível no site <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/sistemas-de-informacao/agrivos-de-notificacao-sinan/>, pois o dicionário estabelece o uso padrão das variáveis e orienta a digitação.

3.3 Preenchimento da Ficha de Investigação DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

A Ficha de Investigação DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA (Anexo I) apresenta campos de dados gerais, notificação individual, dados de residência, investigação, dados clínicos e laboratoriais, hospitalização, conclusão, dados clínicos para Dengue com

Sinais de Alarme (DSA) e Dengue Grave (DG), além de espaço para informações complementares e observações.

Os campos relativos aos dados clínicos, laboratoriais, hospitalização e sinais clínicos para DSA e DG devem ser total e completamente preenchidos, visto sua importância na investigação dos óbitos.

O bloco destinado à “Conclusão” deve ser corretamente preenchido. Observando-se que:

- Campo 62 - “Classificação”: Deve ser obrigatoriamente preenchido com a suspeita de classificação caso o óbito ainda esteja sendo investigado, ou com a classificação definitiva se o óbito já tiver sido encerrado. Se atestado 11-Dengue com sinais de alarme ou 12-Dengue grave, é obrigatório o preenchimento do bloco em que constam os dados clínicos de DSA e DG.
- Campo 65 - “Evolução do Caso”: Deve ser atestado “2-Óbito pelo agravamento” caso a investigação já tenha sido concluída e a causa da morte tenha sido dengue ou chikungunya. Deve ser atestado “3-Óbito por outras causas” caso a investigação já tenha sido concluída e outro agravamento tenha sido a causa da morte. Deve-se manter atestado “4-Óbito em investigação” caso a investigação ainda não tenha sido concluída e informações imprescindíveis ao caso ainda estejam sendo apuradas.
- Campo 67 - “Data do Encerramento”: Corresponde ao encerramento do caso e não do óbito.

O bloco “Informações complementares e observações” deve conter dados importantes para análise do caso e investigação do óbito não contemplados nos demais campos da ficha.

3.4 Preenchimento da Ficha de Notificação/Conclusão para ZIKA

A Ficha de Notificação/Conclusão para Zika (Anexo II) apresenta campos para dados gerais, notificação individual, dados de residência do paciente, assim como conclusão e informações complementares e observações a serem preenchidos.

O bloco destinado à “Conclusão” deve ser corretamente preenchido. Observando-se que:

- Campo 41 - “Evolução do Caso”: Deve ser atestado “2-Óbito pelo agravamento notificado” caso a investigação já tenha sido concluída e a causa da morte tenha sido Zika, com confirmação do agravamento nos testes laboratoriais específicos ou, em caso de impossibilidade da realização dos testes, sintomatologia compatível, outras enfermidades descartadas e vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente. Deve ser atestado “3-Óbito por outras causas” caso a investigação já tenha sido concluída e outro agravamento tenha sido a causa da morte.
- Campo 43 - “Data do Encerramento”: Corresponde ao encerramento do caso e não do óbito.

3.5 Preenchimento da Ficha de Investigação de FEBRE AMARELA

A Ficha de Investigação de FEBRE AMARELA (Anexo III) apresenta campos de dados gerais, notificação individual, dados de residência, dados complementares do caso (ocupação, antecedentes epidemiológicos, dados clínicos, atendimento, dados do laboratório), dados laboratoriais, conclusão, além de informações complementares e observações.

O bloco destinado aos “Antecedentes Epidemiológicos” deve ser corretamente preenchido. Considerando-se que:

- Campo 34 - “Vacinado contra a febre amarela”: Deve ser atestado “1-Sim” quando houver a imunização comprovada em cartão de vacina ou registro em sistema oficial de saúde. Deve ser atestado “2-Não” quando não houver imunização ou não houver comprovação vacinal.

O bloco destinado à “Conclusão” deve ser preenchido após a definição do campo 57 - “Classificação Final”. Observando-se que:

- Campo 68 - “Evolução do Caso”: Deve ser atestado “2-Óbito por febre amarela” caso a investigação já tenha sido concluída e a causa da morte tenha sido Febre Amarela. Deve ser atestado “3-Óbito por outras causas” caso a investigação já tenha sido concluída e outro agravamento tenha sido a causa da morte.
- Campo 70 - “Data do Encerramento”: Corresponde ao encerramento do caso e não do óbito.

4. DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

A investigação do óbito se dará através de coleta sistemática de dados clínicos e epidemiológicos a partir de instrumentos padronizados como detalhado a seguir:

- Ficha de Notificação SINAN (Obrigatório) (Anexos I, II e III)
- Declaração de Óbito (Obrigatório)
- Ficha A - Investigação de óbito por arbovírus - Prontuário (Obrigatório) (Anexo IV)
- Ficha B - Investigação de óbito por arbovírus - Entrevista (Obrigatório, com justificativa para caso de não preenchimento. É dispensado o preenchimento quando houver envolvimento da mídia ou autoridades policiais, ou quando a família não for encontrada após 3 tentativas) (Anexo V)
- Exames laboratoriais (Obrigatório)
- Cópia do cartão de vacina (Obrigatório no caso de óbito em investigação por febre amarela)
- Exames complementares (Se houver)
- SUS Fácil (Se houver)
- Protocolo de Febres Hemorrágicas (Se houver)
- Código Garbage (Se houver)

- Relatório Executivo (Se houver)

5. DOS FLUXOS OPERACIONAIS

5.1 Fluxo operacional a partir do óbito em investigação por arbovírus

A partir do momento em que haja suspeita de que alguma das arboviroses urbanas ou febre amarela esteja relacionada ao óbito, este deve ser imediatamente notificado em Ficha do SINAN (em até 24h), e deve ser comunicado à Unidade Regional de Saúde (URS) do município de residência, podendo o município de notificação, para isso, solicitar apoio à sua URS, caso sejam municípios distintos. Essa comunicação deverá ser feita por telefone e/ou e-mail, com cópia para os e-mails do Nível Central: notifica.se@saude.mg.gov.br e dengue@saude.mg.gov.br.

O município de notificação ficará responsável por digitar a notificação no SINAN em até, no máximo, 7 dias. E será o detentor do poder de edição desta ficha até o momento em que habilitar o fluxo de retorno para o município de residência ou até o 30º dia a partir da data de notificação, quando o poder de edição da ficha é automaticamente repassado para o município de residência, que deverá investigar e encerrar o óbito até o 60º dia a partir da data de notificação. É importante ressaltar que, quando o óbito for notificado, o campo de “Evolução” deverá constar como “4 – óbito em investigação” até a conclusão do processo, quando será confirmado ou descartado.

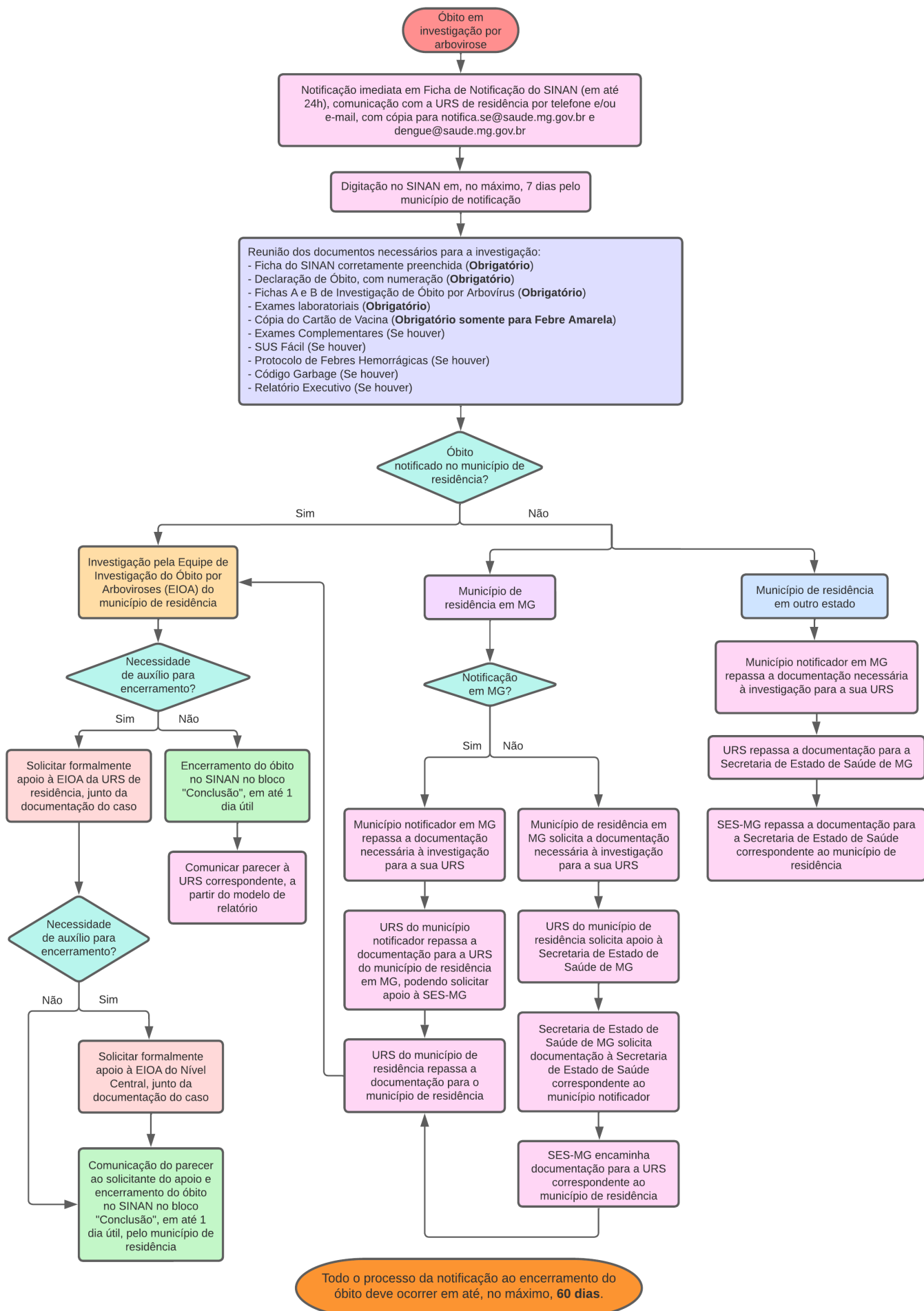
Quando o óbito é notificado no município de residência, a investigação deverá ser inicialmente conduzida pela Equipe de Investigação do Óbito por Arboviroses (EIOA) do município, que será o responsável por encerrar o óbito no SINAN. O prazo de encerramento é de 60 dias a partir da data de notificação. Entretanto, se as investigações forem concluídas antes deste prazo, o município deverá encerrar o óbito no SINAN como “2 – Óbito pelo agravo” ou “3 – Óbito por outras causas” em até 1 dia útil a partir da conclusão e comunicar o parecer à sua URS correspondente, utilizando o modelo de parecer (Apêndice I). Caso o município de residência necessite de apoio para investigação e encerramento, deverá solicitar formalmente apoio à sua URS através de endereço de e-mail, já anexando a documentação mínima necessária (conforme item 4) daquele óbito. Após a investigação, a URS devolverá um parecer para o município (Apêndice I), que deverá prosseguir com o encerramento no SINAN em até 1 dia útil, após recebimento deste parecer. Se a URS necessitar de apoio para a investigação e encerramento, deverá proceder da mesma forma, encaminhando a solicitação formal e a documentação para o Nível Central. Após conclusão da investigação, o Nível Central vai emitir um parecer à URS solicitante (Apêndice I), que deverá repassá-lo ao município de residência, responsável por encerrar o óbito no SINAN em até 1 dia útil, após o comunicado do parecer.

Quando o município de residência está em Minas Gerais e o município de notificação também está em Minas Gerais, o município notificador deve repassar a documentação necessária à investigação para a sua URS, que vai encaminhar para a URS do município de residência para que este possa realizar a investigação e o encerramento no SINAN.

Quando o município de residência está em Minas Gerais e o município de notificação está em outro estado, o município de residência deve solicitar a documentação necessária à sua URS, que solicitará apoio do Nível Central para obtenção da documentação com a Secretaria de Estado de Saúde do estado onde o óbito foi notificado. Assim que estiver com a documentação, o Nível Central encaminhará para a URS de residência, que vai repassar para o município, responsável pela investigação e encerramento no SINAN.

Quando a notificação é realizada no estado de Minas Gerais, mas o município de residência está em outro estado, o município notificador encaminha a documentação do óbito para a sua URS, que repassará para o Nível Central, que vai repassar esses documentos para a Secretaria de Estado de Saúde correspondente ao município de residência.

Fluxograma 1 - Fluxo operacional a partir do óbito em investigação por arbovírus



5.2 Fluxo operacional para exames laboratoriais para arbovirose

Quando há suspeita de que alguma das arboviroses urbanas ou febre amarela esteja relacionada ao óbito, deve-se verificar se há amostra coletada.

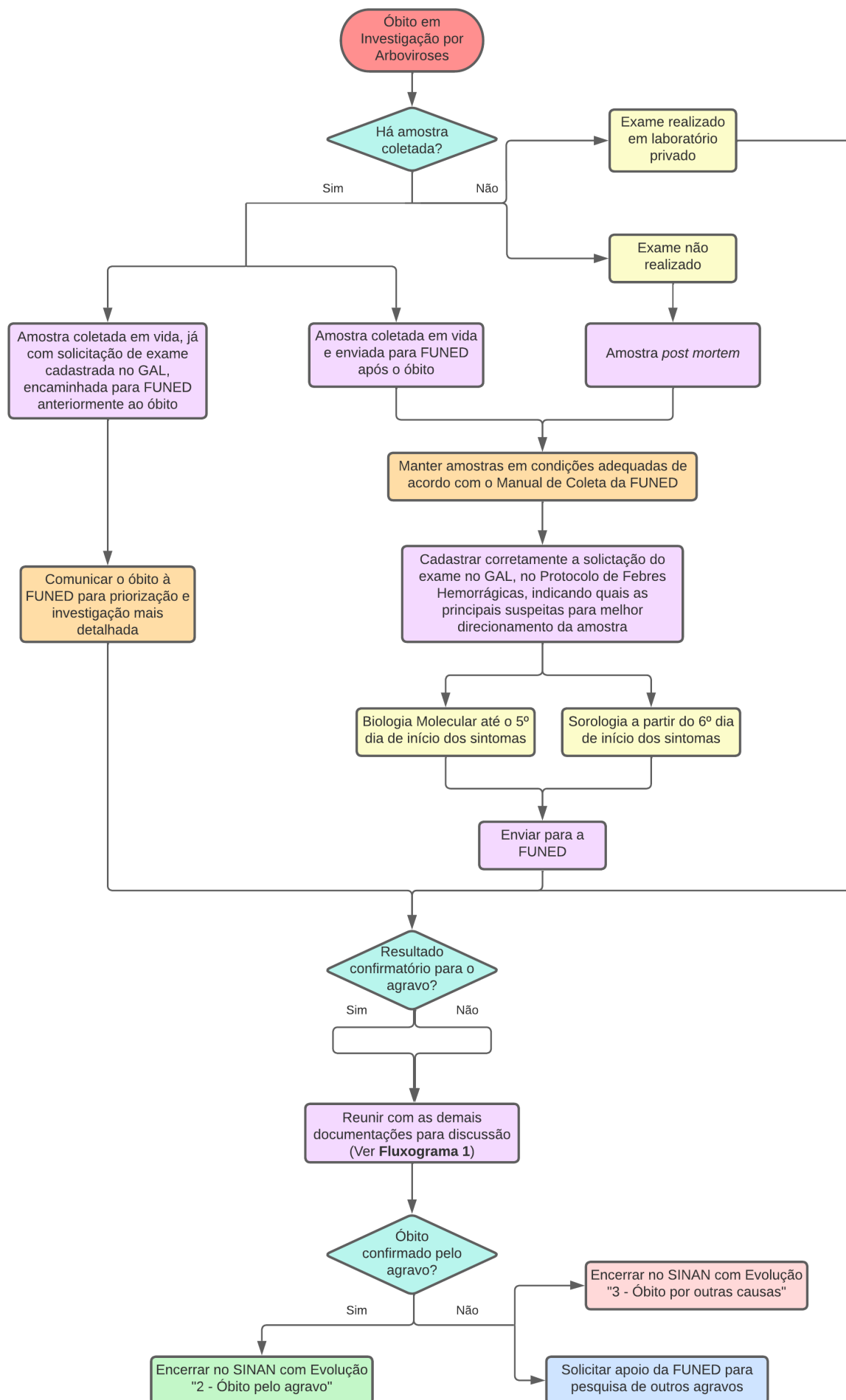
No caso de já haver amostra coletada em vida e ela já ter sido encaminhada para a FUNED antes mesmo da ocorrência do óbito, deve-se comunicar o óbito para a instituição para que a amostra seja priorizada e a investigação seja realizada de forma mais detalhada. Mas caso já haja amostra coletada em vida, mas ela ainda não tenha sido enviada para a FUNED, deve-se manter essa amostra acondicionada adequadamente, de acordo com o Manual de Coleta, cadastrá-la corretamente no GAL e enviá-la para a instituição.

No caso de não haver amostra coletada, deve-se realizar a amostra *post mortem* e seguir o fluxo de manter a amostra bem acondicionada de acordo com o Manual de Coleta, cadastrá-la corretamente no GAL e enviá-la para a FUNED.

No cadastro da amostra do GAL, deve-se considerar a data de início dos sintomas. Até o 5º dia de início dos sintomas, deve-se solicitar a Biologia Molecular, e a partir do 6º dia de início dos sintomas, deve-se solicitar Sorologia (Guia de Vigilância em Saúde 5ª edição revisada e atualizada, 2022 – página 708). O cadastro deve ser feito na solicitação de exames, no Protocolo de Febres Hemorrágicas, indicando quais as principais suspeitas para que a amostra seja mais bem direcionada.

Na impossibilidade de encaminhar amostras para FUNED, pode-se considerar exames realizados em laboratórios privados.

O resultado obtido do exame laboratorial deve ser anexado às demais documentação para a discussão.



6. DOS CRITÉRIOS PARA ENCERRAMENTO DOS ÓBITOS POR ARBOVIROSES

6.1 Investigação dos Óbitos

O objetivo da investigação de óbitos por arboviroses é informar e divulgar aos órgãos, instituições e demais interessados os resultados dos trabalhos desenvolvidos, da mesma forma que permite identificar os fatores associados à ocorrência dos óbitos e propor medidas para melhoria na assistência e vigilância epidemiológica.

A investigação do óbito se dará através de coleta sistemática de dados clínicos e epidemiológicos, utilizando-se fontes secundárias padronizadas como citado anteriormente neste documento (item 4). É recomendado que algum representante da equipe assistencial que participou do atendimento do paciente que veio a óbito participe da investigação.

Ressalta-se que os óbitos materno, fetal e infantil por arboviroses deverão ser encerrados em conjunto com a Secretaria Executiva do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CPMMIF), tanto municipal quanto regional.

6.1.1 Óbitos notificados e residentes no estado de Minas Gerais

A investigação deverá ser realizada, inicialmente, pela Equipe de Investigação do Óbito por Arboviroses (EIOA) municipal do **local de residência** do óbito, com a colaboração de informações fornecidas pelo local de notificação. A equipe deverá conter, minimamente, a representação da Assistência (Atenção Primária, Secundária e/ou Terciária), da Vigilância em Saúde e/ou da Vigilância Epidemiológica.

O município, após encerrar o caso, deverá preencher e reportar o parecer (conforme Apêndice I) à **URS de residência** do óbito.

Caso o município necessite de auxílio para encerrar o óbito, deve solicitar formalmente apoio à EIOA regional também formada, minimamente, por representação da Assistência (Atenção Primária, Secundária e/ou Terciária), da Vigilância em Saúde e/ou da Vigilância Epidemiológica, para fazê-lo em conjunto (**Fluxograma 1**).

Em casos de maior complexidade, se houver necessidade, a URS deve solicitar o apoio do Nível Central/Coordenação Estadual responsável pela Vigilância das Arboviroses através de um e-mail formal contendo as documentações imprescindíveis para investigação e encerramento do óbito, conforme listados no item 4.

6.1.2 Óbitos notificados em outros estados, residentes no estado de Minas Gerais

Para óbitos ocorridos em outros estados, o **município de residência** deverá comunicar a ocorrência à URS responsável pelo seu território, para que esta solicite ao Nível Central/Coordenação Estadual responsável pela Vigilância das Arboviroses apoio na obtenção dos documentos pertinentes ao óbito junto à Secretaria de Estado de Saúde do local de ocorrência.

Assim que o Nível Central/Coordenação Estadual responsável pela Vigilância das Arboviroses reunir a documentação, segundo item 4, esta será repassada para a **URS de residência** que se comprometerá a encaminhar a documentação para o **município de residência**, para que possa prosseguir com a investigação e encerramento do caso, conforme fluxo contido no Fluxograma 1.

6.2 Aspectos laboratoriais a serem ponderados no pós-óbito

O cenário epidemiológico das arboviroses no Brasil se caracteriza pela circulação simultânea dos quatro sorotipos do vírus dengue (DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4) e pela ocorrência de um significativo número de casos graves e de óbitos, estes muitas vezes evitáveis. Além disso, a introdução dos vírus Chikungunya (CHIKV) e Zika (ZIKV) no Brasil, em 2014 e 2015, respectivamente, tornou ainda mais desafiador o diagnóstico clínico diferencial dessas três arboviroses.

Desse modo, é preconizada a coleta de amostras biológicas de casos de infecção por arboviroses, que atendam à definição de caso, na fase aguda da doença (até 5 dias de sintomas) a fim de oportunizar e garantir um diagnóstico específico através da pesquisa viral por RT-qPCR.

Os testes sorológicos (a partir do 6º dia de sintomas) utilizados para o diagnóstico de arbovírus devem ter seus resultados interpretados com cautela. Em um cenário de circulação de DENV, ZIKV e CHIKV, que pode ser realidade em um grande número de municípios no Brasil, faz-se necessária a investigação por métodos diretos para detecção desses vírus. Em relação ao diagnóstico sorológico, existe a possibilidade de reação cruzada por meio da pesquisa de anticorpos IgM. Sendo assim, recomenda-se que as amostras sejam testadas em paralelo para as demais arboviroses circulantes, também com o objetivo de reduzir o número de falso-positivos.

Cabe destacar, ainda, que os níveis de anticorpos da classe IgM alcançam seu pico dentro de duas semanas após o início dos sintomas. Embora nas semanas subsequentes esses níveis diminuam, os anticorpos podem ser detectados por até 90 dias em infecções primárias no caso de dengue. Por isso, mesmo que uma amostra tenha sido coletada em período adequado, de indivíduo que atenda à definição de caso suspeito, um resultado negativo não exclui de imediato o diagnóstico de dengue, dado que, em alguns casos, os níveis de IgM são detectáveis somente após o 10º dia de início de sintomas. Deve-se, assim, considerar, também, os dados clínicos e epidemiológicos.

Caso a coleta de material não tenha sido realizada no atendimento ao paciente, destaca-se a importância da realização do diagnóstico *post mortem* histopatológico (presuntivo) seguido de pesquisa de antígenos virais por imunohistoquímica e RT-PCR (confirmatórios). Como lesões anatomopatológicas características de determinadas enfermidades podem ser encontradas no fígado, baço, coração, linfonodos, pulmão, rins e cérebro, a realização desses exames pode contribuir para determinar as alterações relativas aos óbitos por chikungunya e Zika.

Recomenda-se a confirmação laboratorial específica para arboviroses. No entanto, na impossibilidade do diagnóstico direto, sendo a sintomatologia compatível e descartadas outras enfermidades, considerar confirmação por critério clínico-epidemiológico.

Devido às características da dengue, pode-se destacar seu diagnóstico diferencial em síndromes clínicas, listadas no Guia de Vigilância em Saúde, edição mais atualizada (Guia de Vigilância em Saúde 5ª edição revisada e atualizada, 2022 – página 701).

Todas as amostras devem ser acompanhadas das informações clínicas e epidemiológicas dos indivíduos e cadastradas no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). Além disso, devem ser seguidas as orientações do Manual de Coleta, Acondicionamento e

Transporte de Material Biológico para Exames Laboratoriais da FUNED.

6.3 Encerramento dos Óbitos

O prazo para encerramento oportuno dos casos de óbitos em investigação por arboviroses é de 60 dias da data de notificação até o encerramento.

No decorrer da investigação, os casos devem ser discutidos pela EIOA municipal, podendo ou não ocorrer de forma conjunta com a EIOA regional e com apoio ou não da EIOA estadual, visando uma classificação adequada do óbito em investigação, identificando situações e fatores de evitabilidade que possam ter contribuído para a ocorrência do óbito. Ressalta-se que a atuação das EIOAs não tem função coercitiva ou punitiva, sendo suas recomendações educativas e propositivas.

Após encerramento do óbito, **o município de residência** deverá comunicar formalmente o seu parecer à URS correspondente (utilizando o modelo de parecer contido no Apêndice I) e encerrar corretamente o bloco “Conclusão” da Ficha de Notificação do SINAN em **até um dia útil após comunicação do parecer**.

Se o encerramento ocorrer juntamente à URS e/ou Nível Central, após o município receber o parecer destes, também deverá providenciar o encerramento do bloco “Conclusão” da Ficha de Notificação do SINAN em **até um dia útil após a comunicação do parecer**.

A EIOA estadual somente **concluirá as investigações** se as EIOA municipal e regional não conseguirem determinar o encerramento **por complexidade do caso**.

6.3.1 Encerramento por critério laboratorial

- Dengue: Caso suspeito de dengue (de acordo com o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde) que foi a óbito, confirmado laboratorialmente por sorologia IgM, NS1 teste rápido ou ELISA, isolamento viral, RT-PCR, imunohistoquímica.
- Zika: Caso suspeito de Zika (de acordo com o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde) que foi a óbito, confirmado laboratorialmente por sorologia IgM (aumentado em 4x com relação a outros flavivírus para diagnóstico diferencial), isolamento viral ou detecção de RNA viral por RT-PCR.
- Chikungunya: Caso suspeito de chikungunya (de acordo com o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde) que foi a óbito, confirmado laboratorialmente por sorologia IgM em uma única amostra de soro (coletada durante a fase aguda ou convalescente), demonstração de soroconversão (negativo → positivo ou aumento de quatro vezes) nos títulos de IgG por testes sorológicos (ELISA ou teste de Inibição da Hemaglutinação-IH) entre as amostras nas fases aguda (preferencialmente primeiros 8 dias de doença) e convalescente, isolamento viral ou detecção de RNA viral por RT-PCR, PRNT positivo para o CHIKV em uma única amostra de soro (coletada durante a fase aguda ou convalescente).
- Febre Amarela: Caso suspeito de febre amarela (de acordo com o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde) que foi a óbito, sorologia IgM em indivíduos não vacinados, isolamento viral, detecção do genoma viral, imunohistoquímica.

6.3.2 Encerramento por critério clínico-epidemiológico

- Dengue, Zika e chikungunya: Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica ou para óbitos com resultados laboratoriais inconclusivos, deve-se considerar a confirmação por vínculo epidemiológico* com um caso de dengue, Zika ou chikungunya confirmado laboratorialmente, após avaliação da distribuição espacial dos casos confirmados.
- Febre Amarela: Caso suspeito de febre amarela que evoluiu para óbito em menos de dez dias, sem confirmação laboratorial, em período e área compatíveis com surto ou epidemia, em que outros casos e/ou epizootias de primatas não humanos já tenham sido confirmados laboratorialmente.

***Considera-se “vínculo epidemiológico” o paciente que teve contato com um ou mais indivíduos que foram considerados casos confirmados, com comprovação laboratorial, ou com história de deslocamento para área de transmissão e circulação vetorial.**

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Protocolo de Investigação de Óbitos por Arbovírus Urbanos no Brasil – Dengue, Chikungunya e Zika. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde – 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Brasil. Portaria GM/MS nº 1.102, de 13 de Maio de 2022. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Edição: 91; Seção: 1; Página: 66.

Paraná. Nota Técnica nº 06/2019/CVIA/LACEN/DAV.

São Paulo. Nota técnica CIB/Orientações para Vigilância em Saúde das Arboviroses Urbanas no Estado de São Paulo.

Bahia. Nota Técnica Arboviroses nº 001/2019 - LACEN/SUVISA/SESAB.

Rio Grande do Sul. Nota Técnica nº 01/2022 CEVS/SES-RS.

Minuta do Protocolo para Investigação de Óbitos por Arboviroses da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2021

APÊNDICES

APÊNDICE I - Modelo de Parecer Encerramento de Óbito por Arbovirose

Iniciais do Paciente: _____ N° de Notificação: _____

Idade: _____ Data da Investigação: ____/____/____

Município de Notificação: _____ URS de Notificação: _____

Município de Residência: _____ URS de Residência: _____

Data do Início de Sintomas: ____/____/____ Data do Óbito: ____/____/____

Check List Documentação:

- | | |
|---|--|
| ☐ Ficha SINAN | ☐ Exames Complementares |
| ☐ Declaração de Óbito | ☐ SUS Fácil |
| ☐ Ficha A | ☐ Protocolo Febres Hemorrágicas |
| ☐ Ficha B | ☐ Código Garbage |
| ☐ Exames Laboratoriais | ☐ Relatório Executivo |
| ☐ Cópia do Cartão de Vacinas | |

Parecer final da Investigação:

- | | |
|---|---|
| ☐ Óbito confirmado | ☐ Óbito descartado |
|---|---|

Observações acerca da investigação (sinais, sintomas, comorbidades, resultados de exames realizados, etc.):**Encerramento no SINAN:**

Classificação Final do Caso: _____

Critério de Confirmação ou Descarte: _____

Encerramento no SIM local:

Parte I

a)

b)

c)

d)

Parte II

Responsável pelo preenchimento do Parecer:

Setor:

Data do preenchimento:

ANEXOS**ANEXO I - Ficha de Investigação DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA**

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA Nº

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

1 Tipo de Notificação

2 - Individual

2 Agravos/doença

1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA

Código (CID10)

A 90 A 92

3 Data da Notificação

4 UF

5 Município de Notificação

Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

Código

7 Data dos Primeiros Sintomas

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade

1 - Hora

2 - Dia

3 - Mês

4 - Ano

11 Sexo M - Masculino
F - Feminino
I - Ignorado

12 Gestante

1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre

4- Não gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica

13 Raça/Cor

1-Branca 2-Preta 3-Amarela

4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade

1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)

3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)

6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

17 UF

18 Município de Residência

Código (IBGE)

19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...)

Código

22 Número

23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone

29 Zona

1 - Urbana 2 - Rural

3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil)

Dados clínicos e laboratoriais

31 Data da Investigação

32 Ocupação

33 Sinais clínicos

1-Sim 2- Não

Febre

Cefaleia

Vômito

Dor nas costas

Artrite

Petéquias

Prova do laço positiva

Mialgia

Exantema

Náuseas

Conjuntivite

Artralgia intensa

Leucopenia

Dor retroorbital

34 Doenças pré-existentes

1-Sim 2- Não

Diabetes

Hepatopatias

Hipertensão arterial

Doenças auto-imunes

Doenças hematológicas

Doença renal crônica

Doença ácido-péptica

Sorologia (IgM) Chikungunya

35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)

36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)

37 Exame PRNT

38 Resultado

S1 S2 PRNT

1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

Sorologia (IgM) Dengue

39 Data da Coleta

40 Resultado

41 Exame NS1

42 Resultado

1- Positivo 2- Negativo

3- Inconclusivo 4 - Não realizado

43 Isolamento

44 Resultado

45 RT-PCR

46 Resultado

1- Positivo 2- Negativo

3- Inconclusivo 4 - Não Realizado

47 Sorotipo

48 Histopatologia

49 Imunohistoquímica

1- DENV 1 2- DENV 2

3- DENV 3 4 - DENV 4

1- Compatível 2-Incompatível

3- Inconclusivo 4 - Não realizado

1- Positivo 2- Negativo

3- Inconclusivo 4 - Não realizado

Chikungunya/Dengue

Sinan Online

SVS 14/03/2016

https://www.sei.mg.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=67425334&inf... 10/20

ANEXO II - Ficha de Notificação/Conclusão

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual								
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	Data da Notificação						
	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)						
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data dos Primeiros Sintomas						
Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento						
	10	(ou) Idade		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado						
	12	Gestante		1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13	Raça/Cor					
	14	Escolaridade		0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		15	Número do Cartão SUS					
Dados de Residência	16	Nome da mãe			17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito	
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código		22	Número		
	23	Complemento (apto., casa,...)		24	Geo campo 1		25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	
	27	CEP		28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30	País (se residente fora do Brasil)	
	Conclusão											
	31	Data da Investigação		32	Classificação Final		33	Critério de Confirmação/Descarte				
	Local Provável da Fonte de Infecção											
	34	O caso é autóctone do município de residência?		35	UF	36	País					
37	Município		Código (IBGE)	38	Distrito		39	Bairro				
40	Doença Relacionada ao Trabalho		41	Evolução do Caso								
42	Data do Óbito		43	Data do Encerramento								
Informações complementares e observações												
Observações adicionais												
Investigador	Município/Unidade de Saúde								Cód. da Unid. de Saúde			
	Nome				Função				Assinatura			
	Notificação/conclusão				Sinan NET				SVS 27/09/2005			

ANEXO III - Ficha de Investigação de FEBRE AMARELA

CASO SUSPEITO: Indivíduo com quadro febril aguda (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente ou procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, não vacinados contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		3	Data da Notificação	
	FEBRE AMARELA		Código (CID10)	A 9 5,9		
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7	Data dos Primeiros Sintomas	
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante
	13	Raça/Cor				
Dados de Residência	14	Escolaridade		15	Número do Cartão SUS	
	16	Nome da mãe		17	UF	
	18	Município de Residência	19	Distrito	20	Bairro
	21	Logradouro (rua, avenida,...)	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)
Dados Complementares do Caso	24	Geo campo 1		25	Geo campo 2	
	26	Ponto de Referência		27	CEP	
	28	(DDD) Telefone		29	Zona	
	30	País (se residente fora do Brasil)				
Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da Investigação		32	Ocupação	
	33	Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias				
	34	Vacinado Contra Febre Amarela		35	Caso Afirmativo, Data	
	36	UF		37	Município	
Dados Clínicos	38	Unidade de Saúde		39	Sinais e Sintomas	
	40	Ocorreu Hospitalização?		41	Data da Internação	
	42	UF		43	Município	
	44	Unidade de Saúde		45	Exames Inespecíficos (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)	
Dados do Laboratório	Bilirrubina Total _____ mg/dl					
	AST (TGO) _____ UI					
	Bilirrubina Direta _____ mg/dl					
	ALT (TGP) _____ UI					
Febre Amarela						
Sinan NET						
SVS 17/01/2011						

ANEXO IV - Ficha A de Investigação de óbito por arbovírus

A - Investigação de casos graves e óbitos por arbovírus – Prontuário

Dados de Identificação

DI01. Nº SINAN: _____ DI02. Nº GAL: _____
DI03. Nome do paciente: _____
DI04. Data nascimento: ____/____/____ DI05. Idade: ____ [] ^D dias, M-meses, A-anos
DI06. Sexo: [] Masculino [] Feminino
DI07. Nome da mãe: _____
DI08. Telefone: (____) _____
DI09. Município de residência: _____ DI10. UF: _____
DI11. Endereço: _____
DI12. Bairro: _____ DI13. Ponto de referência: _____

Dados de Internação

Preencher com dados referentes aos atendimentos até a primeira internação:

Nome do serviço	Município de internação	Data de admissão (dd/mm/aaaa)	Classificação (A, B, C, D)	Tempo de permanência	Unidade (pronto socorro, clínicas, UTI, outros)	Hipótese diagnóstica inicial	Desfecho (alta, internação, transferência, óbito)

Dados Clínicos

Preencher com dados referentes à primeira internação:

DC01. Houve sinais e sintomas de doença aguda antes da internação? [] Sim [] Não

DC02. Data início dos sintomas: ____/____/____

DC03. Sinais e sintomas apresentados: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

[] Febre	[] Exantema	[] Dor abdominal
Data início: ____/____/____	Data início: ____/____/____	Intensidade:
Duração: ____ dias	Duração: ____ dias	[] Leve
Temperatura máxima: ____ °C	Tipo exantema:	[] Moderada
	[] Pruriginoso	[] Intensa
[] Hipotermia	[] Macular	
Temperatura mínima: ____ °C	[] Maculo-papular	
[] Conjuntivite seca	[] Vômitos	[] Sonolência
[] Prurido	[] Calafrios	[] Irritabilidade
[] Cefaleia	[] Equimose	[] Paresia
[] Dor retro-orbitária	[] Epistaxe	[] Paralisia
[] Mialgia	[] Hematoma	[] Hipotensão postural
[] Diarreia	[] Petéquias	[] Lipotimia
[] Náuseas	[] Prostração	[] Hepatomegalia
		[] Esplenomegalia
		[] Coriza
		[] Tosse
		[] Dispneia
		[] Dor de garganta
		[] Faringite
		[] Linfadenopatia

☐ Artrite

☐ Tenossinovite

☐ Edema de membros

Localização: ☐ Articular

☐ Periartricular

☐ Disseminado

Dor articular

Simetria: ☐ Simétrica

☐ Assimétrica

Quais as articulações acometidas:

Nome da articulação	Intensidade da dor (leve, moderada, intensa)	Lado acometido (direito, esquerdo, ambos)

☐ Outros sinais ou sintomas, especificar: _____

DC4. Presença de comorbidades ou condições clínicas especiais: ☐ Sim ☐ Não. Se sim, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

☐ Gestante

☐ Obesidade

☐ Doenças reumatológicas

☐ Puérpera

☐ Cardiopatia crônica

☐ Hipertensão Arterial Sistêmica

☐ Asma

Diagnóstico prévio de ☐ dengue, ☐ chikungunya ou ☐ Zika

☐ Diabetes mellitus

☐ Epilepsia

Vacina ☐ febre amarela e ☐ dengue - número de doses: _____

☐ Doença renal crônica

☐ Doença hematológica

☐ Doença acidopéptica

☐ Tabagismo

☐ Doença pulmonar obstrutiva crônica

☐ Etilismo

☐ Outras condições, especificar: _____

☐ Sequelas de AVC

☐ Hepatite crônica

☐ Demência

☐ Cirrose hepática

DC5. Qualquer doença ou condição que afete a resposta imunológica para doenças infecciosas: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não informado. DC5.1 Se sim especificar: _____

DC6. Houve descompensação clínica da enfermidade crônica (por exemplo: necessidade de aumentar dosagem medicamentosa)? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não informado. DC6.1. Se sim, especificar: _____

DC7. Houve outras manifestações clínicas após o quadro agudo? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não informado. Se sim, especificar (DC8 a DC14):

DC8. Manifestações neurológicas: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

☐ Meningoencefalite

☐ Neuropatia

☐ Rebaixamento consciência

☐ Encefalite

☐ Síndrome de Guillain-Barré

☐ Coma

☐ Convulsões

☐ Síndrome cerebelar

☐ Sinais meníngeos

☐ Paresia

☐ Encefalomielite aguda disseminada

☐ Outras, especificar: _____

☐ Paralisia

☐ Agitação

DC9. Manifestações oculares: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

☐ Neurite ótica

☐ Episcerite

☐ Uveíte

☐ Iridiociclite

☐ Retinite

☐ Outras, especificar: _____

DC10. Manifestações dermatológicas: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

☐ Hiperpigmentação fotossensível

☐ Úlcera aftosa intertriginosa

☐ Outras, especificar: _____

☐ Dermatose vesículo-bolhosa

☐ Isquemia cutânea

DC11. Quadro renal: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

☐ Nefrite

☐ Redução do débito urinário

☐ Outras, especificar: _____

☐ Insuficiência renal aguda

☐ Alteração da cor da urina

DC12. Quadro hemorrágico: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

☐ Hematêmese

☐ Sangramentos cutâneos

☐ Sangramento cavitário (abdominal, torácico)

☐ Melenas

☐ Sangramentos de mucosa oral

☐ Metrorragia volumosa

☐ Sangramento digestivo alto

☐ Outras, especificar: _____

☐ Sangramento do SNC

☐ Sangramento digestivo baixo

DC13. Evoluiu para choque: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

☐ Taquicardia

☐ Extremidades frias

☐ Outros, especificar: _____

☐ Pulso débil ou indetectável

☐ Tempo de enchimento capilar $\geq 3"$

☐ PA diferencial convergente (≤ 20 mmHg)

☐ Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg)

DC14. Presença de outras complicações: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

☐ Miocardite

☐ Abortamento IG____

☐ Icterícia

☐ Discrepâncias hemorrágicas

☐ Óbito fetal IG____ DO____

☐ Edema agudo pulmonar

☐ Pneumonia

☐ Parto prematuro IG____

☐ Infecção associada à assistência à saúde

☐ Insuficiência respiratória

☐ Hepatite aguda

☐ Taquidispnéia

☐ Pancreatite aguda

☐ Outras, especificar: _____

☐ Gestante ou puérpera

☐ Hipoadrenalismo

Manejo Clínico

MC01. Houve remoção para UTI: ☐ Sim ☐ Não. MC01.1. Se sim, data admissão: __/__/__

MC01.2. Data alta da UTI: __/__/__

MC02. Recebeu 1ª soroterapia intravenosa: ☐ Sim ☐ Não. Se sim, especificar:

MC03. Data de início: __/__/__

MC04. Usou por quantos dias: _____

MC05. Peso: _____ Kg

MC06. Especificar volume diário infundido:

Data (dd/mm/aaaa)	Volume infundido (mL)	Horário de início da infusão (hh:mm)	Total infundido no dia (mL)

MC07. Preencher conforme o uso de medicamentos durante a internação:

Classe	Especificar medicamento e dose	Data de início	Data do término
☐ Corticosteroides		/ /	/ /
☐ AINES*		/ /	/ /
☐ Paracetamol		/ /	/ /
☐ Antimicrobianos		/ /	/ /
☐ Antivirais		/ /	/ /
☐ Anticoagulantes		/ /	/ /
☐ Imunoglobulina intravenosa		/ /	/ /
☐ Outros		/ /	/ /
☐ Coloides		/ /	/ /
☐ Plasmaferese		/ /	/ /
☐ Drogas vasoativas		/ /	/ /

* Anti-inflamatórios não esteroides

https://www.sei.mg.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=67425334&inf...

16/20

Exames Laboratoriais Específicos

LE01. Realizou algum exame etiológico: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar:

Agente ¹	Amostra ¹	Data coleta	Sorologia ²	RT-PCR ³	Outra técnica*
☐ Zika	☐ Soro	/ /	☐ IgM ²	☐	
	☐ Líquor	/ /	☐ IgM ²	☐	
	☐ Urina	/ /	☐ IgM ²	☐	
	☐ Visceras	/ /	☐ IHQ	☐	
☐ Dengue	☐ Soro	/ /	☐ IgM ²	☐	
	☐ Líquor	/ /	☐ IgM ²	☐	
	☐ Visceras	/ /	☐ IHQ	☐	
☐ Chikungunya	☐ Soro	/ /	☐ IgM ²	☐	
	☐ Líquor	/ /	☐ IgM ²	☐	
	☐ Visceras	/ /	☐ IHQ	☐	
☐ Outro agente, especificar:	☐ Soro	/ /	☐ IgM ²	☐	
	☐ Líquor	/ /	☐ IgM ²	☐	
	☐ Urina	/ /	☐ IgM ²	☐	
	☐ Visceras	/ /	☐ IHQ	☐	
	☐ Outra	/ /			

1 - [1] Realizado [2] Não realizado [9] Ignorado
2 - [1] Reagente [2] Não reagente [3] Inconclusivo [9] Ignorado
3 - [1] Detectável [2] Não detectável [3] Inconclusivo [9] Ignorado
*Nome da técnica e resultado

LE02. Houve isolamento de algum agente infeccioso por cultura: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar:

Material	Data coleta	Agente
	/ /	
	/ /	
	/ /	

LE03. Há aliquota guardada em algum laboratório: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, especificar onde: _____

Dados de óbito

EC3. Se óbito, preencha conforme a declaração de óbito (DO): Nº DO: _____

- A) _____
B) _____
C) _____
D) _____
I) _____
II) _____

EC4. O corpo foi encaminhado para necropsia: ☐ Sim ☐ Não - Se sim, transcreva o laudo: _____

Local da necropsia: _____

Encerramento

EN01. Encerramento: ☐ Confirmado ☐ Descartado ☐ Provável ☐ Inconclusivo ☐ Em investigação

EN02. Critério: ☐ Clínico-epidemiológico ☐ Laboratorial

EN03. Classificação: ☐ Zika ☐ Dengue ☐ Chikungunya ☐ Outros, especificar: _____

EN04. Evolução:
☐ Cura sem sequelas Data: __/__/____
☐ Cura com sequelas Data: __/__/____
☐ Óbito Data: __/__/____

Observações

IN01. Data: __/__/____

IN01. Responsável pela investigação:
Nome: _____ Função: _____
Local de trabalho: _____ Contato: _____

Há outros investigadores? ☐ Sim ☐ Não - Se sim, quais?

1. Nome: _____ Função: _____
Local de trabalho: _____ Contato: _____
2. Nome: _____ Função: _____
Local de trabalho: _____ Contato: _____
3. Nome: _____ Função: _____
Local de trabalho: _____ Contato: _____

ANEXO V - Ficha B de investigação de óbito por arbovírus

B - Investigação de óbito por arbovírus – Entrevista

Dados de Identificação do Entrevistado

DI01. SINAN do caso: DI02. Nome do entrevistado:

DI03. Data nascimento: / / DI04. Idade: []^ª-anos

DI05. Sexo: [] Masculino [] Feminino DI06. Grau de parentesco/relacionamento com o caso:

DI07. Município de residência: DI08. UF:

DI09. Endereço:

DI10. Ponto de referência: DI11. Telefone: ()

Assistência à Saúde

AS01. Antes do óbito a pessoa ficou doente? [] Sim [] Não [] Não sei

AS01.1. Se sim, qual a data de início dos sintomas: / /

AS02. Quais foram os sinais e sintomas apresentados: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

☐ Febre

Data início: / /

Duração (dias):

Temperatura máxima (°C):

☐ Dor de cabeça (Cefaleia)

☐ Dor atrás dos olhos (Dor retro-orbitária)

☐ Dor no corpo (Mialgia)

☐ Olho vermelho sem secreção (Conjuntivite seca)

☐ Pele fria (Hipotermia)

Temperatura mínima (°C):

☐ Dor nas juntas (Dor articular)

Extensão:

☐ Uma (Oligoarticular)

☐ Duas ou mais (Poliarticular)

Intensidade:

☐ Leve

☐ Moderada

☐ Intensa

☐ Mancha vermelha no corpo (Exantema)

Data início: / /

Duração (dias):

☐ Coceira no corpo (Prurido)

☐ Dor abdominal

Intensidade:

☐ Leve

☐ Moderada

☐ Intensa

☐ Juntas inchadas e vermelhas (Artrite)

☐ Inchaço (Edema) de membros

Localização:

☐ Membros

☐ Corpo todo

☐ Diarreia

☐ Náuseas

☐ Vômitos

☐ Calafrios

☐ Manchas roxas no corpo (Equimose)

☐ Sangramento no nariz (Epistaxe)

☐ Fraqueza (Prostração)

☐ Sonolência

☐ Irritabilidade

☐ Tontura quando levanta (Hipotensão postural)

☐ Desmaio (Lipotímia)

☐ Nariz escorrendo (Coriza)

☐ Tosse

☐ Falta de ar (Dispneia)

☐ Dor de garganta

☐ Gânglio/íngua (Linfadenopatia)

☐ Formigamento (Paresia)

☐ Paralisia

☐ Outros, especificar:

AS03. Fez uso de medicação sem prescrição médica por conta deste quadro clínico? [] Sim [] Não

Se sim, especificar:

Especificar o medicamento e dose	Data de início	Data do término
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /
	/ /	/ /

AS04. Procurou atendimento médico por conta deste quadro clínico? [] Sim [] Não

AS05. Se sim, quantos serviços de saúde ele (a) procurou? []

AS31. Descreva como foram os atendimentos na tabela abaixo:

Nome serviço de saúde	Município	Data atendimento	Qual foi o diagnóstico	Conduta	Foi orientado retorno?	Foi orientado a tomar líquido em casa?	Foi entregue cartão da dengue?
		/ /		☐ Alta (/ /) ☐ Internação ☐ Transferência			
		/ /		☐ Alta (/ /) ☐ Internação ☐ Transferência			
		/ /		☐ Alta (/ /) ☐ Internação ☐ Transferência			
		/ /		☐ Alta (/ /) ☐ Internação ☐ Transferência			
		/ /		☐ Alta (/ /) ☐ Internação ☐ Transferência			

AS06. Durante estes atendimentos foi prescrito algum medicamento? [] Sim [] Não [] Não sei – Se sim, especificar:

Classe	Especificar o medicamento e dose	Data de início	Data do término
☐ Soro por boca (Reidratação oral)		/ /	/ /
☐ Soro na veia (Soroterapia venosa)		/ /	/ /
☐ Outros		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

AS07. Fazia uso de medicamento de uso contínuo? [] Sim [] Não – Se sim, especificar qual (is):

AS08. Tinha alguma outra doença/condição diagnosticada? [] Sim [] Não

Se sim, especificar: 1 – Sim, 2 – Não, 3 – Não informado

☐ Gestante (idade gestacional)

☐ Puérpera (dias)

☐ Pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica)

☐ Diabetes mellitus

☐ Doença renal crônica

☐ Gastrite/úlcera (Doença acidopéptica)

☐ Obesidade

☐ Cardiopatia crônica

☐ Doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC

☐ Asma

☐ Epilepsia

☐ Doença no sangue (Doença hematológica)

☐ Tabagismo

☐ Alcoolista (Etilismo)

☐ Hepatite crônica

☐ Cirrose hepática

☐ Doenças reumatológicas

☐ Outras doenças ou condições, especificar:

Contactantes

C01. Mais alguém que morava com o caso adoeceu no mesmo período? ☐ Sim ☐ Não. Se sim, especificar:

C02. Sabe o que a pessoa teve?

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

C03. Quais foram os sinais e sintomas que eles apresentaram: _____

Caso tomou vacina? ☐ Sim ☐ Não

Quantas doses? _____

Tem carteira de vacinação? ☐ Sim ☐ Não

Observação

Investigação

I01. Data: ____/____/____

I02. Investigador: _____



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Costa Capistrano Chaves, Coordenador(a)**, em 17/01/2023, às 13:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Suely Lima Dias, Servidor (a) Público (a)**, em 17/01/2023, às 13:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Salete Maria Novais Diniz, Coordenador(a)**, em 17/01/2023, às 14:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elizabeth Regina Gomes Franqueira, Servidor (a) Público (a)**, em 17/01/2023, às 15:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Maria Rodrigues Coelho, Assessor(a)**, em 18/01/2023, às 13:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **59053020** e o código CRC **884A4D3D**.