



**Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública**

Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII

**INFLUENZA A(H1N1)
PROTOCOLO DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO
Atualização: 22.05.2009 às 16 horas**

I. INTRODUÇÃO

Este Protocolo tem por objetivo padronizar as medidas para notificação e investigação quando da identificação de casos suspeitos de infecção humana por A/H1N1 (Influenza A(H1N1)).

Como toda normatização, este Protocolo está sujeito a ajustes decorrentes da sua utilização prática e das mudanças observadas no cenário epidemiológico.

II. NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

1. Definições de casos para notificação de infecção humana por Influenza A(H1N1)

- A. Caso(s) em Monitoramento**
- B. Caso(s) suspeito(s)**
- C. Caso(s) provável(eis)**

As definições de caso estão disponíveis no protocolo clínico e nas notas técnicas diárias, disponíveis no site www.saude.gov.br.

2. Procedimentos de Notificação e Investigação:

2.1. Notificação imediata:

- Notificar imediatamente os pacientes que atendem a definição de caso em monitoramento ou caso suspeito de Influenza A(H1N1), à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e/ou Secretaria Estadual de Saúde (SES) ou à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).
- Para notificação imediata à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), utilize um dos seguintes mecanismos:

- E-mail: notifica@saude.gov.br
- Disque-notifica: 0800-644-6645
- A SVS/MS notificará os casos prováveis ou confirmados à Organização Mundial de Saúde, por meio da Organização Pan Americana de Saúde, e ao MERCOSUL.
- A notificação imediata não substitui a necessidade de registro posterior das notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan. Devido à situação de emergência, os casos serão notificados on line no Sinan por meio do aplicativo Sinan web – Influenza A(H1N1) (Anexo 2), no endereço: www.saude.gov.br/influenza.

2.2. Registro da Notificação/ Investigação no Aplicativo Sinan Web Influenza:

- Deverá ser utilizada a Ficha de Notificação (FIN) e de Investigação Individual (FII) do Sinan (Anexo 1), disponíveis nos endereços: www.saude.gov.br/sinanweb e www.saude.gov.br/svs, atentando-se para a completitude dos campos, e a consistência entre os dados, além do encerramento oportuno.
- A ficha completa encontra-se para registro no site www.saude.gov.br/influenza.
- Todos os casos suspeitos e em monitoramento que já tenham sido digitados e que tenham dados adicionais a serem incluídos no sistema devem ser atualizados até o dia 27/05/2009.
- Os demais casos suspeitos e em monitoramento que ainda não foram incluídos no site www.saude.gov.br/influenza devem ser incluídos até o dia 27/05/2009, mesmo que tenham sido notificados por outra fonte (fax, notifica, 0800, Sinan Net - off line, entre outras).
- O campo que identifica se a notificação é de caso **Em monitoramento, Suspeito ou Provável** não está disponível na ficha FIN, mas consta na tela do aplicativo web e deverá ser informado por ocasião da notificação on line.
- Informações complementares, como temperatura aferida, deverão ser informadas na opção **Observações adicionais**.
- É de responsabilidade da vigilância epidemiológica estadual a definição dos usuários que terão acesso ao registro online das notificações.
- O Interlocutor estadual do Sinan deverá utilizar sua senha de acesso ao site do SinanNET para cadastrar no endereço www.saude.gov.br/cspuweb os usuários indicados pela vigilância

epidemiológica da SES, responsáveis pela notificação de casos no site www.saude.gov.br/influenza.

- Os usuários só poderão visualizar as fichas digitadas com a sua senha, para correção e atualização, não sendo permitido nesse momento inicial de uso do Sinan Web Influenza o acesso das demais fichas constantes no banco de dados. Portanto, cada digitador deverá anotar na ficha FIN o nome do responsável pela digitação.
- Os casos registrados no site não precisam ser redigitados no Sinan local (versão 3.2) instalado nas SES/Regionais e SMS, uma vez que a notificação efetuada on line é incorporada ao banco nacional de Influenza do Sinan.
- Também deverão ser registrados no site www.saude.gov.br/influenza todos os casos notificados com data anterior a disponibilização do aplicativo web.

2.3. Investigação:

- Na investigação epidemiológica deverão ser checados os dados de identificação do indivíduo os antecedentes de exposição; a existência de contato com casos semelhantes; a caracterização clínica do caso, incluindo a existência de co-morbidades que representem risco para agravamento do quadro clínico; a identificação dos contatos e demais informações relevantes frente à situação encontrada.
- Considerando o potencial de risco frente à detecção de casos suspeitos de infecção por novo subtipo viral, é recomendado que a equipe técnica da Secretaria Estadual de Saúde faça a investigação junto com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde.

3. Relatórios

- Serão disponibilizados via web relatórios, gráficos e mapas utilizando a base de dados registrada online que poderão ser acessados pelos usuários cadastrados. Portanto, não será necessário o envio da base de dados Estadual para os coordenadores de vigilância estadual, pois os usuários cadastrados poderão analisar os dados diretamente da base nacional.
- Os usuários cadastrados possuem acesso à base de dados (em formato CSV) para efetuar outras análises utilizando softwares de análise como tabwin, epiinfo, etc.

Nota: A notificação de eventos adversos ao medicamento deve ser feita à ANVISA no site anvisa@saude.gov.br.

Anexo 1

FICHA DE INVESTIGAÇÃO INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO)

CASO SUSPEITO DE INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO):

Todo paciente procedente de área afetada que apresente temperatura >= 38°C E tosse OU dor de garganta OU dispnéia.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO)		Código (CID) J11	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 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado																
	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 à 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																		
Dados de Residência	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 Complementares do Caso																			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação																		
	33 Recebeu Vacina contra Gripe 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	34 Se sim, data da última dose	35 Recebeu Vacina Anti-Pneumocócica 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado																	
	36 Se sim, data da última dose	37 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Influenza Humana por Novo Subtipo (até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas)																		
	38 Informações sobre Deslocamento (datas e locais freqüentados no período de até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas)																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>UF</th> <th>Município/Localidade</th> <th>País</th> <th>Meio de Transporte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Data	UF	Município/Localidade	País	Meio de Transporte										
Data	UF	Município/Localidade	País	Meio de Transporte																
39 Contato com Aves Doentes ou Mortas até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		40 UF	41 Nome do Município		42 País															
Dados Clínicos	43 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado																			
	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Diarréia																
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Dor de Garganta	<input type="checkbox"/> Conjuntivite	<input type="checkbox"/> Outros _____																	
<input type="checkbox"/> Calafrio	<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Coriza																		
44 Comorbidade																				
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Cardiopatia crônica	<input type="checkbox"/> Renal Crônico	<input type="checkbox"/> Imunodeprimido	<input type="checkbox"/> Doença Metabólica Crônica																
	<input type="checkbox"/> Pneumopatia crônica	<input type="checkbox"/> Hemoglobinopatia	<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Outros _____																

Atendimento	45 Ocorreu Hospitalização 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	46 Data da Internação	47 UF
	48 Município do Hospital	Código (IBGE)	49 Nome do Hospital

Dados Laboratoriais	PCR		51 Tipo de Amostra <input type="checkbox"/>	52 Resultado <input type="checkbox"/>
	50 Data da Coleta	1 - Secreção de Nasofaringe 2 - Lavado Bronco-alveolar 3 - Fezes	4 - Tecido pós-mortem 5 - Soro 6 - Outro	1 - Positivo 3 - Inconclusivo 2 - Negativo 4 - Não realizado
	53 Diagnóstico Etiológico		2 - Influenza A Sazonal 5 - Outro Agente Infeccioso	54 Tipo

Dados Laboratoriais	CULTURA		56 Tipo de Amostra <input type="checkbox"/>	57 Resultado <input type="checkbox"/>
	55 Data da Coleta	1 - Secreção de Nasofaringe 2 - Lavado Bronco-alveolar 3 - Fezes	4 - Tecido pós-mortem 5 - Soro 6 - Outro	1 - Positivo 3 - Não realizado 2 - Negativo
	58 Data da Coleta		59 Resultado	61 Tipo

Dados Laboratoriais	INIBIÇÃO DA HEMAGLUTINAÇÃO		59 Resultado <input type="checkbox"/>	61 Tipo
	58 Data da Coleta	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado	1 - Normal 2 - Infiltrado Intersticial 3 - Consolidação 4 - Misto 5 - Outros	H N

Dados Laboratoriais	RAIO X TÓRAX		63 Se sim, resultado <input type="checkbox"/>	65 Critério de Confirmação <input type="checkbox"/>
	62 Data da Realização	1 - Normal 2 - Infiltrado Intersticial 3 - Consolidação 4 - Misto 5 - Outros	1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	

Conclusão	64 Classificação Final <input type="checkbox"/>		65 Critério de Confirmação <input type="checkbox"/>	
	1 - Influenza por Novo Subtipo Viral 3 - Descartado		1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	
	2 - Outro agente infeccioso			
	66 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>		67 UF	68 País
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado			

Conclusão	69 Município	Código (IBGE)	70 Distrito	71 Bairro
	72 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>		73 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>	

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

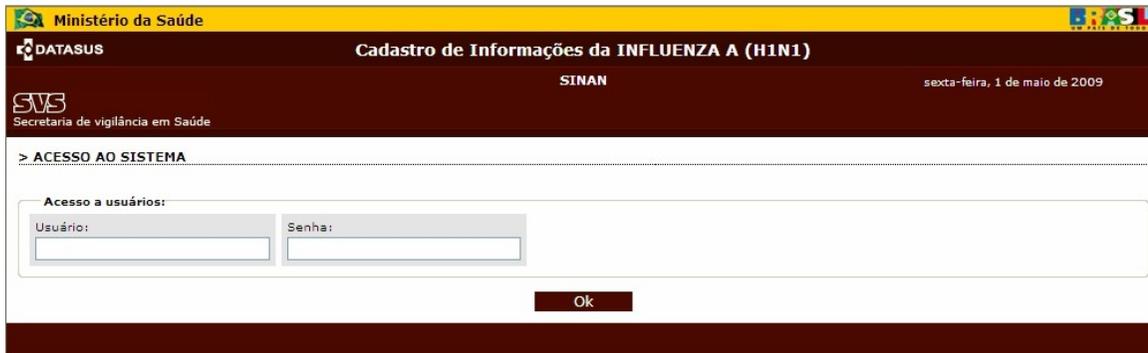
Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)

SVS 18/09/2006

Anexo 2

Instruções de navegação no aplicativo Sinan Web – Influenza A(H1N1):

1. Acessar o endereço: www.saude.gov.br/influenza
2. Na tela que surge, informar: usuário e senha



Nota:

1. O cadastramento de senha, para inclusão de casos no site deverá ser feito pelo interlocutor do Sinan por meio do endereço www.saude.gov.br/cspuweb
2. A senha do interlocutor do Sinan, utilizada neste site, já tem permissão para inclusão de casos no aplicativo Sinanweb Influenza
3. O Interlocutor estadual do Sinan deverá utilizar sua senha de acesso no site www.saude.gov.br/cspuweb para cadastrar os usuários indicados pela vigilância epidemiológica da SES, responsáveis pela inclusão de casos no site www.saude.gov.br/influenza.

3. Será exibida a tela abaixo:

Observações sobre a navegação no site:

- Para navegar entre os campos, utilizar a tecla **TAB**
- Para pesquisar um nome em uma tabela, digitar parte do nome e teclar **TAB**. Selecionar o nome de interesse.
- Ao final da digitação clicar no botão **OK** para salvar o registro.

> MENU PRINCIPAL
Usuário: INFLUENZA

[Menu Relatório](#)

Dados Gerais

Definição de Caso: Data da Notificação: UF: Cód. Município: Município: Cód. Unidade de Saúde:

Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): Data dos Primeiros Sintomas:

Notificação Individual

Nome do Paciente: Data de Nascimento: Idade: Sexo: Gestante:

Raça: Escolaridade: Cartão SUS: Nome da Mãe:

Dados de Residência

UF de Residência: Cód. Município de Residência: Município de Residência:

Distrito: Bairro:

Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.): Código: Número: Complemento: Geo Campo 1:

Geo Campo 2: Ponto de Referência: CEP: (DDD) Telefone: Zona: Código:

País (se residente fora do Brasil):

Antecedentes Epidemiológicos

Data da Investigação: Código da Ocupação: Ocupação:

Recebeu Vacina contra Gripe: Se sim, Data da Última Dose: Recebeu Vacina Anti-Pneumocócica: Se sim, Data da Última Dose:

Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Influenza Humana por Novo Subtipo (até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas):

<input type="checkbox"/> 01-Domicílio	<input type="checkbox"/> 05-Posto de Saúde/Hospital	<input type="checkbox"/> 09-Ignorado	Se 10	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 02-Vizinhança	<input type="checkbox"/> 06-Outro Estado/Município	<input type="checkbox"/> 10-Meio de Transporte	Se 11	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 03-Trabalho	<input type="checkbox"/> 07-Sem história de Contato	<input type="checkbox"/> 11-Outro		
<input type="checkbox"/> 04-Creche/Escola	<input type="checkbox"/> 08-Outro País			

Informações sobre Deslocamento (datas e locais frequentados no período de até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas):

Data:	UF:	Município	País	Meio de Transporte
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

Contato com Aves Doentes ou Mortas até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas? UF: Cód. Município:

Município: Código: País:

Dados Clínicos

Sinais e Sintomas 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado: **ATENÇÃO: A Temperatura aferida deve ser informada em observações adicionais.**

<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Dor de Cabeça	<input type="checkbox"/> Coriza
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Diarréia
<input type="checkbox"/> Calafrio	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Conjuntivite	

Comorbidade 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado:

<input type="checkbox"/> Cardiopatia Crônica	<input type="checkbox"/> Hemoglobinopatia	<input type="checkbox"/> Doença Metabólica Crônica
<input type="checkbox"/> Pneumopatia Crônica	<input type="checkbox"/> Imunodeprimido	<input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Renal Crônico	<input type="checkbox"/> Tabagismo	

Atendimento

Ocorreu Hospitalização: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado

Data da Internação:

UF de Hospitalização:

Cód. Município de Hospitalização:

Município de Hospitalização:

Cód. Estab. de Saúde:

Estabelecimento de Saúde:

Dados Laboratoriais

PCR

Data da Coleta:

Tipo de Amostra: 1-Secreção de Nasofaringe, 2-Lavado Bronco-alveolar, 3-Fezes, 4-Tecido pós-mortem, 5-Soro, 6-Outro, 9-Ignorado - Se Outro

Resultado: 1-Positivo, 2-Negativo, 3-Inconclusivo, 4-Não realizado

Diagnóstico Etiológico: 1-Influenza A(H1N1), 2-Influenza A Sazonal, 3-Influenza B Sazonal, 4-Influenza Aviária, 5-Outro Agente Infeccioso

Tipo: H N

CULTURA

Data da Coleta:

Tipo de Amostra: 1-Secreção de Nasofaringe, 2-Lavado Bronco-alveolar, 3-Fezes, 4-Tecido pós-mortem, 5-Soro, 6-Outro, 9-Ignorado - Se Outro

Resultado: 1-Positivo, 2-Negativo, 3-Não realizado

INIBIÇÃO DA HEMAGLUTINAÇÃO

Data da Coleta:

Resultado: 1-Positivo, 2-Negativo, 3-Inconclusivo, 4-Não realizado

Diagnóstico Etiológico: 1-Influenza A(H1N1), 2-Influenza A Sazonal, 3-Influenza B Sazonal, 4-Influenza Aviária, 5-Outro Agente Infeccioso

Tipo: H N

RAIO X TÓRAX

Data da Realização:

Se sim, resultado: 1-Normal, 2-Infiltrado Intersticial, 3-Consolidação, 4-Misto, 5-Outros - Se Outros

Conclusão

Classificação Final: 1-Influenza A (H1N1), 2-Outro agente infeccioso, 3-Descartado - Se Outro

Critério de Confirmação: 1-Laboratorial, 2-Clinico-Epidemiológico

O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim, 2-Não, 3-Indeterminado

UF:

Código:

País:

Cód. Município:

Município:

Distrito:

Bairro:

Doença Relacionada ao Trabalho: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado

Evolução do Caso: 1-Cura, 2-Óbito por influenza, 3-Óbito por outras causas, 9-Ignorado

Data do Óbito:

Data do Encerramento:

Descrição

Observações Adicionais:

0 Máximo de 255 caracteres.

OK

4. Para acessar a base de dados (CSV) e utilizá-la em formato DBF:

4.1. Clique em *Menu Relatório*:

[Menu Relatório](#)

4.2. Clique em *Gerador de CSV das informações cadastradas*

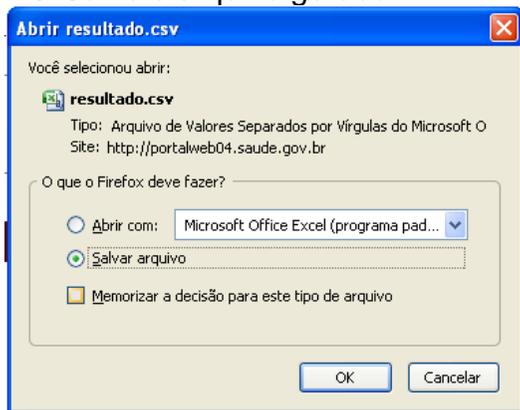
> MENU RELATÓRIO

Filtro

UF:
DF

[Gerador de CSV das informações cadastradas](#)

4.3. Salve o arquivo gerado



4.4. Abra o arquivo (somente abra o arquivo, não faça nenhuma alteração ou ajuste nos campos)

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	NU_NOTIFDT	DT_NOTI	ID_AGRA	ID_MUN	ID_UNIDA	SG_UF	NCTP	DT_SIN_F
2	IN00136	#####	J11	530010		53	2	#####
3	IN00137	#####	J11	530010		53	2	#####

4.5. Salve o arquivo como DBF 3 (dBASE III)

