



**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 completude 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 | Agravado/doença | | Código (CID) | 3 | |
| | INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICO) | | J11 | Data da Notificação | | |
| Dados Gerais | 4 | UF | 5 | Município de Notificação | | |
| | | | | | Código (IBGE) | |
| Dados Gerais | 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 | 11 | Sexo | 12 | |
| | 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | | M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | Gestante | | 13 |
| | 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade Gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado | | | | 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 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 | | 34 | | |
| | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 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) | | |
| | | | | 01 - Domicílio 05 - Posto de Saúde/Hospital 09 - Ignorado 02 - Vizinhança 06 - Outro Estado/Município 10 - Meio de Transporte 03 - Trabalho 07 - Sem História de Contato 11 - Outro 04 - Creche/Escola 08 - Outro País | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 38 | | | | | | |
| Informações sobre Deslocamento (datas e locais freqüentados no período de até 10 dias antes do início dos sinais e sintomas) | | | | | | |
| | 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"/> | Tosse | <input type="checkbox"/> | Dor de Garganta | <input type="checkbox"/> | Conjuntivite | |
| <input type="checkbox"/> | Calafrio | <input type="checkbox"/> | Artralgia | <input type="checkbox"/> | Coriza | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Diarréia | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Outros | |
| 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"/> | Pneumopatia crônica | <input type="checkbox"/> | Hemoglobinopatia | <input type="checkbox"/> | Tabagismo | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Doença Metabólica Crônica | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Outros | |

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

| | | | | |
|---------------------|---------------------------|---|---|---|
| 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 | 1 - Influenza por novo subtipo viral (pandêmico) 3 - Influenza B Sazonal | 2 - Influenza A Sazonal 4 - Influenza Aviária 5 - Outro Agente Infeccioso | 54 Tipo H N |

| | | | | |
|---------------------|-----------------------------------|---|---|--|
| 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 |
| | INIBIÇÃO DA HEMAGLUTINAÇÃO | | 58 Data da Coleta | 59 Resultado <input type="checkbox"/> |
| | | | 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado | |
| | 60 Diagnóstico Etiológico | 1 - Influenza por novo subtipo viral (pandêmico) 3 - Influenza B Sazonal | 2 - Influenza A Sazonal 4 - Influenza Aviária 5 - Outro Agente Infeccioso | 61 Tipo H N |

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

| | | | | | |
|------------------|--|---|--|---|---|
| Conclusão | 64 Classificação Final <input type="checkbox"/> | 1 - Influenza por Novo Subtipo Viral 2 - Outro agente infeccioso | 3 - Descartado | 65 Critério de Confirmação <input type="checkbox"/> | 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico |
| | Local Provável de Fonte de Infecção | | | | |
| | 66 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/> | 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado | 67 UF | 68 País | |
| | 69 Município | Código (IBGE) | 70 Distrito | 71 Bairro | |
| | 72 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 73 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> | 1 - Cura 2 - Óbito por Influenza 3- Óbito por outras causas 9- Ignorado | |
| 74 Data do Óbito | 75 Data do Encerramento | | | | |

Observações Adicionais

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

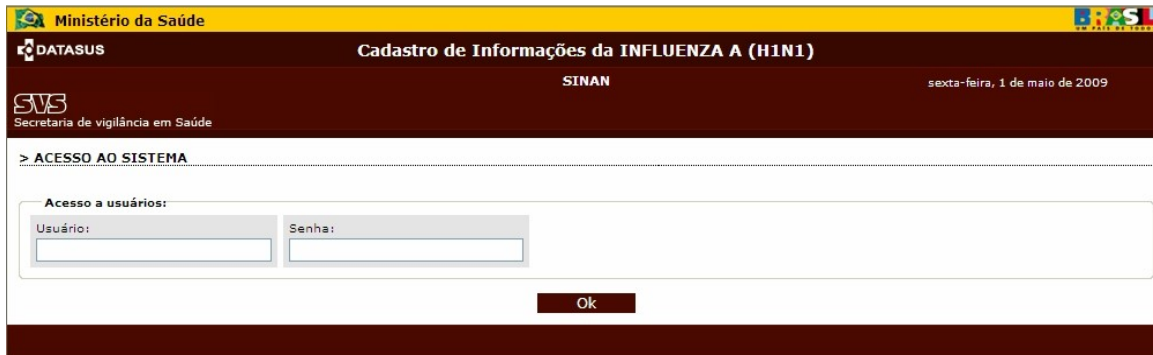
Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)

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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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="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="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*

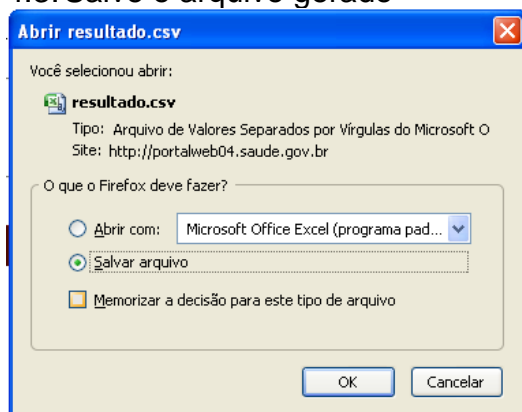
> MENU RELATÓRIO

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)

