



# INFORME TÉCNICO

## ESCARLATINA: ORIENTAÇÕES PARA SURTOS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
DIVISÃO DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIA

### Introdução

A escarlatina é uma doença infecciosa aguda causada pelo *Streptococo*  $\beta$  *hemolítico do grupo A*, produtor de toxina pirogênica (eritrogênica), pode raramente ser devida à infecção pelo estreptococo dos grupos C e G. A escarlatina ocorre mais freqüentemente associada à faringite e, ocasionalmente, aos impetigos. Atualmente, a forma toxêmica grave é pouco comum.

A importância das infecções estreptocócicas do grupo A está relacionada, principalmente, às suas manifestações supurativas, como fasciíte necrotizante, síndrome do choque tóxico estreptocócico, linfadenite cervical, abscesso retrofaringeo ou peritonsilar, mastoidite, bacteremia, endocardite, pneumonia e otite média. No caso da escarlatina, sua importância está diretamente relacionada com as seqüelas não supurativas: a febre reumática e glomerulonefrite difusa aguda. A glomerulonefrite pós-estreptocócica pode ocorrer após quadro de impetigo ou outras lesões de pele.

### Aspectos Epidemiológicos

A escarlatina pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais freqüente em idade escolar, entre 5 e 18 anos. É rara no lactente, provavelmente devido à transferência de anticorpos maternos contra a toxina eritrogênica. Acomete igualmente ambos os sexos. A maior taxa (11,3%) de portadores sadios ou assintomáticos de estreptococos do grupo A, encontra-se na faixa etária de crianças em ambos os sexos, enquanto para adultos a taxa é de 0,8%. Estudo realizado na cidade de Recife entre 753 escolares de cinco a 19 anos, encontrou-se uma taxa baixa de 0,8% e a freqüência foi maior na faixa etária de sete anos de idade. Em estudo realizado em Minas Gerais, a prevalência de febre reumática entre escolares foi de 3,6/1000.

A distribuição é universal, com maior incidência no final do inverno e início da primavera.

### Agente Etiológico

É o *Streptococcus*  $\beta$  *hemolítico do grupo A* (*Streptococcus pyogenes*) eventualmente do grupo C, D e G.

### Reservatório

O homem é o hospedeiro natural do estreptococo do grupo A. Outros possíveis veículos de transmissão do estreptococo dos grupos D e G são os alimentos e a água.

## Modo de Transmissão

A transmissão da escarlatina dá-se por contato direto e próximo com paciente que apresenta a faringoamigdalite estreptocócica aguda, por intermédio de gotículas de saliva ou secreções nasofaríngeas. Aglomerações em ambientes fechados, como creches e escolas, principalmente nos meses frios e após ou concomitante a quadros de varicela e feridas cirúrgicas infectadas favorecem a transmissão, podendo levar ao aparecimento de surtos.

Poeira, roupas, utensílios contaminados e outros fômites não têm importância significativa na transmissão. A água e alimentos contaminados podem causar surtos de estreptococcias (principalmente dos grupos C, D e G). Para informações adicionais sobre estreptococcia transmitidas por alimentos acesse: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/hidrica/Strepto.htm>.

Os portadores assintomáticos do estreptococo  $\beta$  hemolítico do grupo A, raramente são transmissores a seus comunicantes e apresentam menos complicações supurativas do que os não portadores. Estreptococos do grupo A freqüentemente colonizam a faringe de crianças em idade escolar, sendo que a taxa de portadores assintomáticos varia com a localização geográfica e estação do ano. Taxas de 15 a 20% têm sido referidas em vários estudos. A taxa de portadores assintomáticos entre adultos é consideravelmente baixa. Em pacientes sem tratamento, os microorganismos podem permanecer por muitas semanas, apesar dos sinais e sintomas da doença diminuírem em poucos dias.

**Período de Incubação:** O período de incubação da escarlatina é de 02 a 05 dias, sendo discutível a transmissão nessa fase da doença.

**Período de Transmissibilidade:** A transmissão tem seu início junto com os primeiros sintomas. Nos casos não tratados e sem complicações, dura de 10 a 21 dias. Nos casos adequadamente tratados, até 24 horas do início do tratamento.

**Suscetibilidade e Imunidade:** para que ocorra a doença, é necessário que o indivíduo infectado não tenha imunidade contra o estreptococo (imunidade tipo-específica), nem imunidade anti-tóxica contra a exotoxina pirogênica (toxina eritrogênica). Em pacientes que não são tratados especificamente para faringite estreptocócica, anticorpos tipo-específicos são freqüentemente detectáveis no soro entre quatro (4) a oito (8) semanas após a infecção.

**Aspectos Clínicos:** Na escarlatina ocorre um curto período prodromico, geralmente de 12 a 24 horas, no qual podemos encontrar febre alta, dor à deglutição, mal estar geral, anorexia e astenia; sintomas estes que podem estar acompanhados de náuseas, vômitos e dor abdominal, especialmente em crianças. Após esse período, o paciente pode apresentar faringoamigdalite com exsudato purulento, adenomegalia cervical, enantema em mucosa oral acompanhado de alteração na língua. Nos primeiros

dias, a língua se reveste de uma camada branca, com papilas protuberantes que se tornam edemaciadas e avermelhadas. Após um ou dois dias a camada branca se descama, ressaltando as papilas hipertrofiadas e avermelhadas (língua em framboesa).

A erupção de pele surge tipicamente após 12 a 48 horas, manifestando-se como um exantema micropapular, iniciando-se no peito e expandindo-se para o tronco, pescoço e membros, poupando as palmas das mãos e as plantas dos pés; caracteristicamente confere à pele o aspecto de lixa e desaparece à digitopressão. Na face encontramos lesões puntiformes, com a testa e bochechas hiperemiadas, contrastando com a palidez da região perioral (sinal de Filatov). O exantema apresenta-se mais intenso nas dobras cutâneas e em áreas de pressão, como nádegas; surgem nesses locais áreas de hiperpigmentação e nas dobras de flexão há formação de linhas transversais (sinal de Pastia).

A faringoamigdalite, a erupção e a febre, assim como as outras manifestações clínicas desaparecem em torno de uma semana, seguindo-se um período de descamação, que é característico da escarlatina. A descamação começa na face e pescoço, em finas escamas, desce para o tronco e por último para as extremidades, na segunda ou terceira semana. As mãos e os pés são os últimos que descamam e de forma mais intensa.

A apresentação clássica da escarlatina é incomum em pacientes com menos de 03 anos de idade, que geralmente apresentam quadros atípicos, com sinais e sintomas inespecíficos, como febre baixa, irritabilidade, anorexia e adenite cervical. A escarlatina ocorre mais comumente em associação com a faringite e raramente com piodermite ou ferida cirúrgica ou traumática infectada.

Nos raros casos de escarlatina provocados por impetigo, não há a presença da angina estreptocócica. Ressalta-se que a evolução clínica típica é alterada com o diagnóstico e tratamento precoces.

**Complicações** - Podem ser de dois tipos:

- **Supurativas:** abscessos, fasciíte necrotizante, bacteremia, síndrome do choque tóxico estreptocócico, meningite, pioartrite, endocardite, osteomielite, peritonite, sinusite, e até meningite e abscesso cerebral, devido à infecção por contigüidade via mastóide ou disseminação hematogênica.
- **Não-supurativas:** glomerulonefrite difusa aguda, febre reumática, eritema nodoso, eritema multiforme, poliarterite nodosa, artrite reativa.

A letalidade é alta nos casos de bacteriemia estreptocócica e choque séptico estreptocócico.

## Diagnóstico Laboratorial

- **Laboratorial:** A cultura de orofaringe é o principal exame (padrão ouro) para a identificação do

estreptococo  $\beta$  hemolítico do grupo A. Deve-se utilizar *swab* adequado (Dracon ou Rayon), flexível, estéril, com haste de plástico (não usar *swab* de algodão ou alginato de cálcio) para a coleta de material da orofaringe, que deverá ser colocado em tubo estéril para encaminhamento imediato ao laboratório em temperatura ambiente. Para informações complementares, consulte o Anexo 1.

- Os testes para anticorpos no soro da fase aguda e de convalescença, como a antiestreptolisina O (ASLO) são úteis e contribuem como mais um dado presuntivo de infecção por estreptococo do grupo A, porém não têm valor para o diagnóstico imediato ou tratamento da infecção aguda, pois a elevação do título obtido após duas (2) a quatro (4) semanas do início do quadro clínico é muito mais confiável do que um único título alto.

- Os testes rápidos de detecção de antígeno, como o látex, se disponíveis, podem ser usados, entretanto, apesar de sua alta especificidade (95%), sua sensibilidade é baixa (76% a 87%). Assim quando o látex estiver disponível será utilizado. No entanto, também deverá ser feita coleta para cultura.

- O hemograma apresenta-se com leucocitose, neutrofilia e desvio à esquerda, eosinofilia (5 a 10 %), principalmente nos primeiros dias de infecção.

**ATENÇÃO:** no momento, os testes rápidos e a cultura não estão disponíveis à rede, no Instituto Adolfo Lutz. No entanto, em caso de surto, deverá ser feito contato com o CVE (Central - 08000 555 466 ou Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória - (11) 3066 8236 e 3082 0957) ou com IAL (Bacteriologia (11) 3068 2893; 3068 2894), para verificar a possibilidade da coleta destes exames.

## Diagnóstico Diferencial da Escarlatina

- faringoamigdalites causadas por vírus: rinovírus, adenovírus e Epstein Baar;

- faringoamigdalites causadas por bactérias: *S. aureus*, *H. influenzae*, *N. gonorrhoeae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* e *Arcanobacterim haemolyticus*, bactérias anaeróbias.

- Doenças exantemáticas: sarampo, rubéola, parvovirose, exantema alérgico, Doença de Kawasaki, etc.

Tratamento: (Quadro 1)

O tratamento pode ser iniciado até oito dias após o início do quadro e as penicilinas continuam sendo o tratamento de escolha para a escarlatina. Devem ser usadas a menos que o paciente seja alérgico. Pode ser usada a forma de penicilina G benzatina, nas doses de 600.000 UI, intramuscular, para crianças menores de 25 kg e 1.200.000 UI para crianças maiores de 25 kg e para adultos, em dose única.

Também pode ser utilizada, a penicilina V oral em

doses de 200.000 UI (125 mg) para menores de 25 kg. e 400.000 UI (250 mg) para maiores de 25 kg. e adultos, a cada seis (6) ou oito(8) horas, durante 10 dias. A eficácia clínica é similar nas duas formas, embora haja mais recaídas com a forma oral. Ambas previnem o aparecimento da febre reumática.

A Amoxicilina ou Amoxicilina com clavulanato, também, pode ser utilizada por 10 dias, nas doses de 500mg de 8/8horas VO (via oral) para adolescentes e adultos e 50-40mg/kg/dia de 8/8horas para crianças.

A eritromicina é indicada para pacientes alérgicos às penicilinas, O estolato de eritromicina é usado nas doses de 20 a 50 mg./kg./dia, por três (3) ou quatro (4) doses, via oral. Os novos macrolídeos como Azitromicina (12mg/kg/dia em 1 dose/dia dose máxima 500mg/dia por 5 dias) e a Claritromicina (7,5mg/kg/dia de 12/12horas dose máxima 500mg, por 7dias), também, podem ser utilizadas, no entanto o custo do tratamento limita sua indicação.

As cefalosporinas de uso oral podem ser usadas nos pacientes alérgicos às penicilinas, embora cinco (5) a 15% apresente alergia às cefalosporinas, que estarão contra-indicadas em caso de alergia tipo choque anafilático. A cefalexina, cefadroxil, cefaclor são usadas durante dez dias. A axetil cefuroxima para crianças na dose de 20 mg/kg/dia, dose máxima de 250mg/kg/dia VO, de 12/12horas e para adultos 250mg, também, de 12/12horas, pode ser usada durante cinco (5) a sete (7) dias, com eficácia semelhante às penicilinas. O custo do tratamento com as cefalosporinas é alto, limitando sua indicação.

**Quadro 1 - Possibilidades terapêuticas para o tratamento da escarlatina**

Antimicrobianos	Dose	Regime de tratamento	Duração do tratamento
Penicilina G Benzatina	Cç: 600.000 UI Adulto: 1.200.000 UI	Dose única Dose única	----- ----- -----
Penicilina V	< 25Kg: 200.000 UI – 125mg > 25Kg: 400.000 UI – 250mg	8/8h	10 dias 10 dias
Amoxicilina	Cç: 50mg/kg/dia Adulto: 500mg	8/8 h ou 12/12 h 8/8h ou 12/12 h	10 dias 10 dias
Eritromicina	Cç: 20mg a 50mg/kg/dia Adulto: 500mg	6/6 h 6/6 h	10 dias 10 dias
Azitromicina	Cç: 12mg/kg/dia (máx 500mg/dia) Adulto: 500mg/dia	1 x ao dia 1 x ao dia	5 dias 5 dias
Claritromicina	Cç: 7,5mg/kg/dia (máx.500mg/dia) Adulto: 500mg	12/12 h 12/12 h	10 dias 10 dias
Amoxicilina-clavulanato de potássio	Cç: 40mg/kg/dia Adulto: 500mg-875mg	8/8 h ou 12/12 h 8/8 h ou 12/12 h	10 dias 10 dias
Cefalexina	Cç: 25 a 50mg/kg/dia Adulto: 500mg	6/6 h ou 12/12 h 12/12 h	10 dias 10 dias
Axetil cefuroxima	Cç: 20/kg/dia (máx.250mg) Adulto: 250mg	12/12 h 12/12 h	5-7 dias 5 -7 dias

## Vigilância Epidemiológica

- Objetivos:** Notificar e investigar os surtos para adoção oportuna das medidas de controle.

- Definição de caso suspeito:** febre alta com faringite ou faringoamigdalite presente ou anterior, que após 12-48 horas cursa com exantema caracterizado por erupção cutânea eritematosa difusa,



micropapular (pápulas não ultrapassam 1,0 (um) mm de diâmetro e dão à palpação sensação de lixa).

- **Definição de surto:** ocorrência de dois ou mais casos que atendam a definição de caso suspeito em determinado espaço geográfico e relacionados no tempo.

- **Notificação:** não sendo doença de notificação compulsória, apenas os surtos serão notificados. Deve-se utilizar instrumento apropriado, disponível no Anexo 2 (Ficha de Investigação de Surto/Instruções para Preenchimento – Sinan-Net).

- **Investigação:** a investigação adequada deverá ser realizada em caso de surto (dois ou mais casos relacionados epidemiologicamente). Também neste momento deve-se utilizar instrumento apropriado, complementar ao anterior, disponível no Anexo 3 - Planilha de Acompanhamento de Surto/Instruções para Preenchimento – Sinan-Net), com preenchimento semanal completo e estratificado, até o encerramento do surto

- **Roteiro sucinto para investigação epidemiológica:**

1. Construir uma definição de caso para o surto investigado

2. Identificação dos pacientes que cumprem a definição de caso (preencher a ficha de investigação de surtos e distribuir os casos, PREENCHENDO TODOS OS DADOS (idade, data dos primeiros sintomas, etc.), na planilha de acompanhamento de surto completando os dados obtidos; Anexos 2 e 3);

3. Coleta de dados clínicos e epidemiológicos:

- para confirmação da suspeita diagnóstica;

- para identificação da área de transmissão;

- para determinação da extensão da área de transmissão.

4. Coleta e remessa de material para exames: conforme protocolo laboratorial (Anexo 1).

5. Análise de dados (deverá ser realizada no sistema local, municipal, estadual e federal). A qualidade dos dados é de importância vital para uma boa análise. Deve-se responder questões básicas como: quando ocorreu? (temporal), onde ocorreu? (geográfica) e quais as pessoas? (distribuição segundo atributos pessoais). A análise de tendência deverá ser realizada com o cálculo do coeficiente de incidência de períodos anteriores com o do surto.

6. Encerramento do surto e a conclusão de casos

7. Emissão de relatório final.

**a) Medidas Gerais de Controle:**

1) notificar o surto (Anexo 2);

2) proceder à investigação do surto no local de ocorrência;

3) isolamento do paciente até 24 horas após o início do tratamento específico;

4) vigilância sanitária dos comunicantes assintomáticos;

5) vigilância sanitária dos casos suspeitos, visando às complicações não supurativas;

6) quimioprofilaxia aos comunicantes assintomáticos só estará indicada se ocorrerem casos de febre reumática e glomerulonefrite\*.

7) deve-se orientar desinfecção concorrente das secreções purulentas e de todo material contaminado por elas e limpeza terminal.

8) coletas de materiais para cultura, só deverão ser realizadas após contato prévio com CVE e o IAL, que avaliarão a possibilidade do processamento das culturas.

**b) Condutas nas Creches, e Escolas e Domicílios:**

• Comunicantes Sintomáticos (casos): deverão ser encaminhados para tratamento conforme o Quadro 1.

• Comunicantes Assintomáticos: não tratar\*.

**OBS:** A quimioprofilaxia aos comunicantes assintomáticos só estará indicada se ocorrer casos de febre reumática e glomerulonefrite\*.

**\*Quando não for possível determinar por testes rápidos (látex) se trata-se de estreptococos  $\beta$  hemolítico do grupo A, que é uma bactéria classicamente nefritogênica, deve-se considerar a quimioprofilaxia nos comunicantes assintomáticos próximos (íntimos). Além do estreptococos  $\beta$  hemolítico do grupo A os do grupo C e G têm provocado glomerulonefrite pós infecciosa, ressaltando ainda mais a importância da coleta da cultura.**

- Comunicantes íntimos: são os que convivem nos mesmos domicílios do doente e, também, os que convivem com o doente em creches, quartéis, alojamentos coletivos e instituições fechadas, onde a natureza íntima e prolongada dos relacionamentos interpessoais simula aqueles observados no ambiente familiar.

**Isolamento hospitalar:**

• Isolamento respiratório por gotículas até 24 horas após o início de terapia adequada. Está indicado uso de máscaras comuns.

• Desinfecção concorrente de materiais que tenham entrado em contato com secreções de orofaringe, com água e sabão ou álcool 70%.

**OBS: para o estabelecimento de fluxo com o IAL (Instituto Adolfo Lutz) da região**

todas as ações propostas neste documento deverão ser discutidas com a SUVIS e/ou GVE correspondente e a Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória do CVE.

#### ATENÇÃO:

Notificar surto de escarlatina à vigilância epidemiológica das:

- Secretaria Municipal de Saúde
- Secretaria de Estado da Saúde

Informações adicionais consulte o seguinte endereço eletrônico: <http://www.cve.saude.sp.gov.br>

#### Bibliografia

1. Alves Meira ZM; de Castilho SR; Lins Barros MV; et al. **Prevalence of rheumatic fever in children from a public high school in Belo Horizonte.** Arq Bras Cardiol 1995; 65 (4): 331-4.
2. CDC Division of bacterial and micotic diseases. **Group A Streptococcal (GAS) Disease 2007** ([www.cdc.gov.br](http://www.cdc.gov.br)).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 6. ed. Brasília Ministério da Saúde, 2005. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. Hayes CS; Williamson H. **Management of group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis.** American Family Physician 2001; 63:1557-64.
5. Kaplan EL & Gerber MA. **Group A, Group C and Group G Beta-hemolytic Streptococcal Infections.** In Feign RD & Cherry JD.

Textbook of Pediatric Infectious Diseases. W.B. Saunders Co, Philadelphia, 1998, 4<sup>th</sup> ed, pg 1076-1088.

6. Kiselica D. **Beta-hemolytic streptococcal pharyngitis: current-clinical concepts.** Am Phys 1994; 49: 1143-7.
7. Lan, AJ; Colford Jr JM. **The impact of dosing frequency on the efficacy of 10-day penicillin or amoxicillin therapy for streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis.** Pediatrics; 105: 1.
8. Martin, J. M., Green, M., Barbadora, K. A., Wald, E. R. (2004). **Group A Streptococci Among School-Aged Children: Clinical Characteristics and the Carrier State.** Pediatrics 114: 1212-1219 [Abstract] [Full <sup>Version</sup>]
9. Maciel A; Aca IS; Lopes ACS et al. **Portadores assintomáticos de infecções por Streptococcus pyogenes em duas escolas públicas em Recife, Pernambuco.** Revista Brasileira de saúde materno infantil; 3 (2); 175-180, 2003.
10. Pichichero ME. **Group A streptococcal: cost-effective diagnosis and treatment.** Ann Emerg Med 1995; 25: 390-403.
11. Pickering LK. **Ed. 2006 Red Book: report of de committee on infectious diseases.** 25<sup>th</sup> ed. Elk Grove Village, Ill. American Academy of pediatrics, 610-620, 2006.
12. PHLS Public Health Laboratory Service. **2002 Guidelines on the management of communicable diseases in schools and nurseries.** ([www.phls.co.uk](http://www.phls.co.uk)).
13. Weber DJ; Rutala WA; Denny FW. **Management of healthcare workers with pharyngitis or suspected streptococcal infection.** Infection Control Hosp Epidemiol 1996; 17:753-61.

## ANEXO 1

### PROTOCOLO LABORATORIAL

#### **ORIENTAÇÕES DE COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS PARA ISOLAMENTO DE *Streptococcus pyogenes* em cultura de Secreção de orofaringe.**

1. Coletar o material no início dos sintomas e preferencialmente antes do uso de antibióticos (ou seguir orientação médica).
2. Introduzir na orofaringe do paciente, um *swab* de Dracon ou Rayon, flexível, estéril, com haste de plástico.
3. Evitar tocar outras áreas da cavidade oral com *swab*, para prevenir contaminação com a flora da orofaringe.
4. Coletar a secreção orofaríngea, realizando na área posterior da faringe e na superfície das tonsilas, movimentos rotatórios com o *swab*. Introduzir o *swab* coletado em um tubo estéril para encaminhamento imediato ao laboratório, em temperatura ambiente.
5. O uso de meios de transporte não é necessário se o tempo de transporte for menor que 2 horas. Na impossibilidade de transporte imediato ao laboratório (IAL mais próximo) para processamento da cultura, introduzir o *swab* coletado em meio de transporte de Amies com carvão. Transportar ao laboratório em temperatura ambiente em no máximo 48hs após a coleta.
6. Identificar os tubos com os dados ou número de identificação do paciente e enviar a ficha de notificação (Sinan) com as informações clínicas e epidemiológicas correspondentes ao caso.



## SURTO

### INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO Sinan NET

#### DADOS GERAIS

##### *(PREENCHER PARA NOTIFICAÇÃO NEGATIVA, INDIVIDUAL E DE SURTO)*

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1 - Preencher com o código correspondente ao tipo de notificação:

[ 3 ] Surto: ocorrência de casos agregados de surto conforme norma técnica;

2 - Preencher com o nome do agravo ou doença que está sendo notificado sob a forma de surto ou por agregações de casos inusitados ou desconhecidos. Estes agravos serão classificados como síndromes, sendo classificados em 7 **GRUPOS** (Diarréia aguda sanguinolenta, Ictérica aguda, Febre hemorrágica aguda, Respiratória aguda, Neurológica aguda, Insuficiência renal aguda e Outras síndromes). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

4 - Anotar a sigla da Unidade Federada da notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (ex. DF)

5 - Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

6 - Preencher com o nome completo (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

7 - Anotar a data em que surgiram os primeiros sintomas do primeiro caso suspeito. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

8 - Registrar o total de casos suspeitos conhecidos pela Vigilância Epidemiológica até a data da notificação

9 - Anotar segundo a categoria correspondente à abrangência de ocorrência dos casos

10 - Anotar a sigla da Unidade Federada do local de ocorrência do surto (ex. DF)

11 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) do local de ocorrência do surto.

12 - Anotar o nome do distrito do local de ocorrência do surto.

13 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) do local de ocorrência do surto.

14 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do local de ocorrência do surto (Ex. Av. Duque de Caxias). Se o local for indígena anotar o nome da aldeia.

15 - Anotar o número do logradouro do local de ocorrência do surto (Ex. n.º 575 )

16 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).

17 - Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).

18 - Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.

19 - Anotar o ponto de referência para localização do local de ocorrência do surto (Perto da padaria do João)

20 - Anotar o CEP - código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) - do local de ocorrência do surto (Ex. CEP:70.036-030)

21 - Telefone do local de ocorrência do surto

22 - Zona do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação ( Ex. 1 = área com



características estritamente urbanas; 2 = área com características estritamente rurais; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana)

23 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país

### **DADOS DA INVESTIGAÇÃO DO SURTO**

24 - Anotar a data em que iniciou a investigação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

25 - Anotar o modo provável da transmissão segundo os seguintes critérios:

1 - Transmissão direta: doença transmitida através do contato direto de pessoa a pessoa. Ex. influenza, gripe, varicela, ESCARLATINA.)

2 - Transmissão indireta: doença transmitida através de um veículo comum ou por um vetor

9 - Ignorado: quando não se conhece o modo provável da transmissão

26 Se o modo provável da transmissão for indireta, anotar o veículo provável da transmissão.

Informações complementares e observações adicionais.

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

