

Vigilância Epidemiológica

- Tem como prioridade o fortalecimento de sistemas municipais de saúde, que devem ser dotados de autonomia técnico-gerencial para dar **respostas adequadas aos problemas de saúde na sua área de abrangência**, contribuindo, assim, para a mudança do modelo de atenção à saúde.



BASES LEGAIS

- Portaria 204, de 17 fev 2016, Ministério da Saúde
- Lei Estadual 16.140/2007 (art 60)

CAPÍTULO II **DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA**

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.



BASES LEGAIS

- **Intoxicações Exógenas**
- **C.SUSPEITO:** *todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis*



Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN



- Seu uso foi regulamentado a partir de 1998, sendo **obrigatória**, aos municípios e Estado, a alimentação regular da base de dados.
- A notificação e investigação de casos de doenças ou agravos que fazem parte da lista nacional de **notificação compulsória** é o que alimenta o SINAN.

Sistema de Informação em Vigilância Sanitária - SINAVISA

The screenshot displays the SINAVISA web application interface. At the top, the browser address bar shows the URL: `http://10.239.80.32/Sistema.htm?UniqURL=201511983241`. The page header features the SINAVISA logo and the text "Vigilância Sanitária". Below the header, a navigation menu includes "Acesso", "Ações", "Cadastro", and "Administrativo". A user greeting reads "Bom Dia, LESLEY DIVINA MATIAS SOARES".

The main content area is titled "Dados do Evento" and contains a sub-menu with "Incluir", "Alterar", "Excluir", "Resumo da Ficha", "Relatórios", and "Relatórios Fiocruz". The "Cadastrar Evento" form is visible, with the following fields and options:

- Data do Evento:** A date selection field.
- Unidade de Saúde:** A dropdown menu for selecting the health unit.
- Humanidade:** Radio buttons for "Humano" (selected) and "Animal".
- Evolution:** A tabbed interface with "Evolução" selected. The date of inclusion is "9/11/2015 08:34:18".
- CID-10:** A dropdown menu for selecting the ICD-10 code.
- Descrição da Evolução:** A text area for describing the evolution.
- Evolution:** A dropdown menu currently set to "0 - SEM EVOLUÇÃO".

A "Cadastrar" button is located at the bottom of the form. The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with the date "10:05 09/11/2015" and the system tray icons.



Atendimento 24 horas

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
 CENTRO DE INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA DE GOIÁS

SUS Sistema Único de Saúde
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS
 Estado de Goiás

SINAN/CIT
 SINAN Nº: _____ CIT Nº: _____
 SINAVISA Nº: _____

0500 646 4350
0500 722 6001
FICHA DE INVESTIGAÇÃO E ATENDIMENTO TOXICOLÓGICO

1 Tipo de notificação: HUMANA **2** Agravado/Doença: _____
2 Individual ANIMAL
 Solicitante/responsável pelo atendimento: _____
 Intoxicação EXÓGENA (DDD) Telefone: _____

3 Data da Notificação: _____
4 UF: _____ **5** Município de Notificação: _____
 Código (IBGE): _____

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): _____ (DDD) Telefone: _____
 Código: _____ **7** Data dos Primeiros Sintomas: _____

8 Nome da paciente: _____ **9** Data da Nascimento: _____

10 Mãe: _____ **11** Sexo: _____ **12** Gestante: _____ **13** Raça/Cor: _____
 1- 1-Hora 2- dias M- Masculino 1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 1- Branca 2- Preta
 3- 3-Mês 4- Anos F- Feminino 3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 3- Amarela 4- Parda
 1- Ignorado 5- Não 6- Não se aplica 9- ou Ignorado 5- Indígena 9 ou Ignorado

14 Escolaridade: 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª Série Incompleta 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: _____ Código (IBGE): _____ **19** Distrito: _____
20 Bairro: _____ **21** Logradouro (rua, avenida, ...): _____
 Código: _____

22 Número: _____ **23** Complemento (apto., casa, ...): _____ **24** Geo campo: _____

25 Geo campo: _____ **26** Ponto de Referência: _____ **27** CEP: _____
28 (DDD) Telefone: _____ **29** Zona: _____ 1- Urbana: _____ 9 ou 99- Ignorado **30** País (se residente fora do Brasil): _____

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO
31 Data da Investigação: _____ **32** Ocupação: _____

33 Situação no Mercado de Trabalho:
 01- Empregado registrado com carteira assinada 02- Empregado não registrado 03- Autônomo/Conta própria
 04- Servidor Público estatutário 05- Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08- Trabalho temporário
 09- Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12 ou 88- outro _____ 99- Ignorado

34 Local de ocorrência da exposição: 1- Residência 2- Ambiente de trabalho 3- Trajetos do trabalho
 4- Serviços de saúde 5- escola/creche 6- Ambiente Externo 7 ou 88- Outro _____ 9 ou 99- ignorado

35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência do acidente: _____ **36** Atividade Econômica (CNAE): _____

37 UF: _____ **38** Município do estabelecimento de ocorrência: _____ Código (IBGE): _____ **39** Distrito: _____
40 Bairro: _____ **41** Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento): _____

42 Número: _____ **43** Complemento (apto., casa, ...): _____ **44** Ponto de Referência do estabelecimento: _____ **45** CEP: _____

46 (DDD) Telefone: _____ **47** Zona: _____ **48** País (se estabelecimento fora do Brasil): _____
 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9 ou 99- Ignorado

49 Grupo do agente tóxico (classificação geral):
 01- Medicamento 02- Agrotóxico/uso agrícola 03- Agrotóxico/uso doméstico 04- Agrotóxico/uso saúde pública
 05- Ráptica 06- Produto veterinário 07- Produto de uso domiciliar/Comissunitário 08- Cosmético/Higiene pessoal
 09- Produto químico de uso industrial 10- Metal 11- Drogas de abuso 12- Plantas de abuso 13- Alimento 14 ou 88- Ignorado

50 Agente tóxico (informar até três agentes):
 Nome Comercial _____ Princípio Ativo _____ Grupo Químico _____ Dose _____

52 Se agrótico, quais as atividades exercidas na exposição atual:
 01- Diluição 05- Colheita 10- Não se aplica
 02- Pulverização/Aplicação no campo 06- Transporte 11- Aplicação em saúde pública 1º Opção
 03- Tratamento de sementes 07- Dessecstração 12- Presença no lugar 2º Opção
 04- Armazenamento 08- Produção/formulação 13- Manutenção de equipamento 3º Opção
 09 ou 88- Outros: _____ 14 ou 99- Ignorado

53 Se agrótico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura:
 1- Intoxicação 2- Exposição 3- Reação Adversa 4- Diagnóstico Diferencial 5- Síndrome de Abstinência

54 Via de exposição/contaminação:
 01- Digestiva/Oral 02- Cutânea 03- Respiratória 04- Ocular 1º Opção
 05- Percutânea 06- Vaginal 07- Transplacentária 08 ou 88- Outro: _____ 2º Opção
 9 ou 99- Ignorado 10- Nasal 11- Retal 12- Alcatamento Materno 3º Opção

55 Ocorrência da exposição/contaminação:
 01- Uso habitual 02- Acidente Individual 03- Ambiental 04- Uso Terapêutico 05- Prescrição Médica Inadequada
 06- Erro de administração 07- Automedicação 08- Abuso 09- Ingestão de alimentos ou bebidas
 10- Tentativa de Suicídio 11- Tentativa de aborto 12- Violência e homicídio 13 ou 88- Outro _____
 14- Acidente coletivo 15- Ocupacional 16- Abstinência 17- Uso indevido 18- Indicação Leiga 99- Ignorado

56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? **57** Tipo da Exposição:
 1- Sim 2- Não 9 ou 99- Ignorado 1- Aguda - Única 2- Aguda Repetida 3- Crônica
 4- Aguda Sobre Crônica 9 ou 99- Ignorado
 3- 3-Mês 4- Ano 5- Minutos 9 ou 99- Ignorado 1- Hora 2- Dia Duração da exposição

59 Tipo de Atendimento: **60** Horas hospitalares: _____ **61** Data da Internação: _____
 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 1- Sim _____ Dias
 3- Domiciliar 4- Nenhum 9 ou 99- Ignorado 2- Não 9 ou 99- Ignorado

62 UF: _____ **63** Município de Hospitalização: _____ Código (IBGE): _____ **64** Unidade de Saúde: _____ Código: _____

Assintomático	Coma	Edema	Hipertensão	Miose	Sialose
Alucinação	Confusão Mental	Epitaxe	Hipertemia	Núscas	Síncope
Agitação	Convulsão	Epigastria	Hipertonia	Obstipação	Sonolência
Anorexia	Diárréia	Eritema	Hipotensão	Palidez	Sudorese
Atúria	Difagia	Erupção/Pele	Hipotermia	Palpações	Taquicardia
Apatia	Deidratação	Estertores	Hipotonia	Parado Cardíaco	Taquipneia
Arritmia	Diopeia	Exantema	Insuficiência Respiratória	Paralisia	Tontura
Atetia	Distúrbio Metabólico	Extrapiramidal	Insuficiência Cardíaca	Parestesia	Torpor
Ataxia	Distúrbio Ácido Básico	Fasciculações	Insuficiência Hepática	Prurido	Tosse
Bradycardia	Distensão Abdominal	Febre	Insuficiência Renal	Pseudo Palpebral	Tremores
Bradipneia	Distúrbio da Fala	Hematoma	Irritabilidade	Pose Palpebral	Visão Turva
Cefaleia	Dor Abdominal	Hiperatividade	Mal Estar	Rubor Facial	Vômitos
Choque	Dor Local	Hipertemia	Mialgia	Rubor Facial	Outros:
Cianose	Dor Precordial	Hiperreflexia	Midriase	Sialorrea	

A- Tratamento Inicial: A B C
 Nenhum Observação Clínica Diluição Neutralização Êmese Demulcente

B- Tratamento Proposto pelo CII: A B C
 Hemodialise Hemoperfusão Cateter Lavagem Gástrica Curdo Atirado Antídoto

C- Tratamento Realizado: A B C
 Tratamento sintomático Tratamento suporte Descontaminação ocular Descontaminação cutânea Alcalinizante oral Diurese forçada

65 Classificação final:
 Leve (L) 2- Só Exposição 5- Síndrome de Abstinência 7- Provavelmente não tóxico
 Moderada (M) 3- Reação Adversa 6- Intoxicação Não excluída 8- Não Intoxicação
 Grave (G) 4- Outro Diagnóstico/Diagnóstico diferencial 9 ou 99- Ignorado

66 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico CID - 10: _____
67 Intoxicação Confirmada: _____
 1- Laboratorial 3- Clínico 68 Evolução do Caso: _____
 2- Clínico Epidemiológico 5- Perda de seguimento/Cura não confirmada 6- Transferido 9 ou 99- Ignorado

69 Data do Óbito: _____ **70** Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT: _____ **71** Data de Encerramento: _____
 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9 ou 99- Ignorado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES
 Transfêrido para: _____ (DDD) Telefone: _____
 Observações: _____

Fluxo das Fichas de notificação/investigação

Atendimento 24 horas

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

Estado de Goiás

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SINAN/CIT

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

CENTRO DE INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA DE GOIÁS

FICHA DE INVESTIGAÇÃO E ATENDIMENTO TOXICOLÓGICO

SINAN Nº: _____

CIT Nº: _____

SINAVISA Nº: _____

1 Tipo de notificação: HUMANA 2 Agravado/Douça: _____

3 Individual ANIMAL Intoxicação EXOGENA

4 UF: 5 Município de Notificação: _____

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): (DDD) Telefone: _____ Código: _____

7 Data da Notificação: _____

8 Nome do paciente: _____

9 Data do Nascimento: _____

10 Idade: 1- Hora 2- dias 3- Mês 4- Anos 11 Sexo: M- Masculino F- Feminino 12 Gestante: 1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9 ou Ignorado

14 Escolaridade: 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª Série Incompleta 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: _____ Código (IBGE): _____ 19 Distrito: _____

20 Bairro: _____ 21 Logradouro (rua, avenida...): _____ Código: _____

22 Número: _____ 23 Complemento (apto., casa...): _____ 24 Geo campo: _____

25 Geo campo: 26 Ponto de Referência: _____ 27 CEP: _____

28 (DDD) Telefone: _____ 29 Zona: 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9 ou 99- Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil): _____

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

31 Data da investigação: _____ 32 Ocupação: _____

33 Situação no Mercado de Trabalho: 01- Empregado registrado com carteira assinada 02- Empregado não registrado 03- Autônomo/Conta própria 04- Servidor Público estatutário 05- Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08- Trabalho temporário 09- Cooperativista 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12 ou 88- outro 99- Ignorado

34 Local de ocorrência da exposição: 1- Residência 2- Ambiente de trabalho 3- Trânsito do trabalho 4- Serviços de saúde 5- escola/creche 6- Ambiente Externo 7 ou 88- Outro 9 ou 99- ignorado

35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência do acidente: _____ 36 Atividade Econômica (CNAE): _____

37 UF: 38 Município do estabelecimento de ocorrência: _____ Código (IBGE): _____ 39 Distrito: _____

40 Bairro: _____ 41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento): _____

42 Número: _____ 43 Complemento (apto., casa...): _____ 44 Ponto de Referência do estabelecimento: _____ 45 CEP: _____

46 (DDD) Telefone: _____ 47 Zona: 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9 ou 99- Ignorado 48 País (se estabelecimento fora do Brasil): _____

49 Grupo do agente tóxico (classificação geral): 01- Medicamento 02- Agrotóxico/uso agrícola 03- Agrotóxico/uso doméstico 04- Agrotóxico/uso saúde pública 05- Ráptica 06- Produto veterinário 07- Produto de uso domiciliar/Desinfetante 08- Cosmético/Higiene pessoal 09- Produto químico de uso industrial 10- Metal 11- Drogas de abuso 12- Plantas tóxicas 13- Alimento 14 ou 88- Ignorado

50 Agente tóxico (informar até três agentes): _____

Nome Comercial: _____ Princípio Ativo: _____ Grupo Químico: _____ Dose: _____

“Art. 5º A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória.”

- Profissionais notificam e investigam: através da **ficha SINAVISA**;encaminham para NVE, semanalmente;
- NVE:avalia, digita no **SINAN** (campos compatíveis) e envia ficha original para o CIT; Feedback loco-regional.
- CIT analisa casos e confere SINAN. Digita no SINAVISA. Feedback local e estadual.

Vigilância nas Redes de Saúde:



- **A Rede de Atenção Primária à Saúde (RAPS):**
 - Vigiará quem nasce, adocece e morre em sua área de abrangência e realizará a notificação, investigação, busca ativa, diagnóstico, tratamento e medidas de controle incluindo a vacinação adotadas pela rede de Vigilância Epidemiológica definidos em seus programas e protocolos.
 - Deverá comunicar e referenciar as outras redes de atenção à saúde para assegurar a resolubilidade de atenção e o enfrentamento da situação de saúde-doença.

Vigilância nas Redes de Saúde:

- **As Redes Hospitalar e de Urgência, Ambulatorial Especializada e Psicossocial:**
 - vigiarão quem nasce, adoece e morre no território. Deverão notificar, diagnosticar e tratar os usuários suspeitos e confirmados dos eventos de Saúde Pública.
 - Os Núcleos de Epidemiologia Hospitalar (NHE) realizarão a notificação, investigação e desenvolverão medidas de controle com os contatos dos pacientes no ambiente hospitalar.
- Ambas as redes deverão informar à vigilância municipal, que, integrada com a Atenção Básica, adotará as medidas de controle.



Finalmente...

- Não basta produzir dados e informações, é preciso compreender que essa produção deve ter sentido e valor de uso, e se transformar em intervenção, por todos os envolvidos.





cit.suvisa@gmail.com

Tel: 62 3201 2851

3287 2778

0800 6464 350

**SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE**



**GOVERNO DE
GOIÁS**