

SILVA, A.M.R. *A mortalidade infantil e a assistência à saúde em Londrina, 1997*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1999.

SPECIAN, A.A.; ANDRADE, S.M.; SHIMITI, M. Sistema de informações geográficas (SIG) em Londrina: contribuindo na avaliação do perfil de nascidos vivos.. In: CONGRESSO E FEIRA PARA USUÁRIOS DE GEOPROCESSAMENTO DA AMÉRICA LATINA, IV, 1998. *CD-ROM*: trabalhos completos. Curitiba: Editora Sagres, 1998.

VAUGHAN, J.P.; MORROW, R.H. *Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. São Paulo: Hucitec, 1992.

Capítulo 11

Vigilância Epidemiológica

Rosângela A. Menezes Alvanhan
 João José Batista de Campos
 Darli Antonio Soares
 Selma Maffei de Andrade

Atualmente, conceitua-se Vigilância Epidemiológica como sendo um conjunto de atividades que proporciona a obtenção de informações fundamentais para o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença, em nível individual ou coletivo, com objetivo de se recomendar e adotar de forma oportuna as medidas de prevenção e controle dos agravos. Portanto, ela pode ser entendida como a obtenção de informação para a ação (FISCHMANN, 1994; BRASIL, 1998).

As ações de Vigilância Epidemiológica se aplicam, em geral, às doenças transmissíveis, mas também podem ser estendidas às doenças não-transmissíveis (anomalias congênitas, desnutrição, doenças crônico-degenerativas, etc.) e a outros agravos (acidentes e violências, por exemplo, como descrevem WALDMAN e MELLO JORGE, 1998). Ela é a forma mais tradicional da utilização da epidemiologia nos serviços de saúde, constituindo-se num importante instrumento para o planejamento, a organização e operacionalização destes, além de subsidiar as normatizações das atividades técnicas correlatas (PEREIRA, 1995).

Texto 7: Alvanhan et al. Vigilância epidemiológica. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Jr L (Org.). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001.

Para que a Vigilância Epidemiológica se operacionalize há um ciclo de funções específicas e intercomplementares que devem ser desenvolvidas de forma contínua, propiciando que a cada momento se conheça o comportamento epidemiológico da doença ou agravamento sob vigilância, com a finalidade de se traçar medidas de intervenção oportunas e eficazes (BRASIL, 1998).

Este ciclo de funções compreende:

- coleta de dados (investigação epidemiológica);
- processamento dos dados coletados;
- análise e interpretação dos dados coletados;
- recomendação das medidas de controle apropriadas;
- promoção das ações de controle indicadas;
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- divulgação de informações pertinentes.

Segundo Pereira (1995), na base do sistema de Vigilância Epidemiológica ocorre a **monitorização** dos agravos à saúde: observações acumuladas freqüentemente em bancos de dados sobre determinados problemas de saúde que afetam a população. Sobre esta base, apoia-se um processo de análise e interpretação, realizado por equipe multiprofissional, resultando na disseminação de informações – recomendações e ações que possibilitam um efetivo **controle** da situação – para aqueles que necessitam conhecê-las. Isto indica que a Vigilância tem componentes de “monitorização” e “controle”.

No entanto, Waldman (1998) alerta sobre a necessidade de delimitar claramente os campos da “vigilância” e da “monitorização”: enquanto a vigilância analisa exclusivamente o comportamento de eventos adversos à saúde na comunidade, a **monitorização** acompanha indicadores e pode ser usada em diferentes campos, como, por exemplo, no acompanhamento de indicadores econômicos, demográficos, de qualidade ambiental, entre outros.

Para se atuar em Vigilância Epidemiológica é necessário dispor de informações. Porém, a informação deve ser uma atividade **meio** e não **fim**. Portanto, o eixo central da Vigilância Epidemiológica deve ser o processo de **informação-decisão-ação** (FISCHMANN, 1994).

As informações são geradas através dos dados. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), **dado** é “um valor quantitativo obtido para caracterizar um fato ou circunstância” ou “o número bruto que ainda não sofreu qualquer espécie de tratamento estatístico” ou “a matéria-prima da produção de informação”. Por **informação** entende-se como “o conhecimento obtido a partir dos dados e que implica em interpretação por parte do usuário” ou “o dado trabalhado” ou, ainda, “o resultado da análise e combinação de vários dados”. Essa informação deve ser a mais atualizada, completa e fidedigna possível e depende do preenchimento dos instrumentos (fichas de notificação, fichas de investigação, declarações, boletins de atendimento, etc.) e da coleta e organização dos dados, de forma a permitir a análise dos mesmos. É fundamental que todos os profissionais de saúde gerem dados oportunos e de qualidade, assim como tenham acesso às informações decorrentes, contribuindo, desta forma, com o acúmulo de seus conhecimentos e conseqüentemente com a divulgação das informações às comunidades.

Para que a Vigilância Epidemiológica se efetive, há necessidade de se estruturar um **sistema de informação**, que nada mais é que “um conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados, atuando articuladamente, com a finalidade de atender à necessidade de informação da instituição que implementa esse sistema” (BRASIL, 1998).

A seguir faremos alguns apontamentos sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 1998), que também pode ser acessado na página eletrônica da Fundação Nacional de Saúde (<http://www.funasa.gov.br>).

Em 1975, a Lei 6.259 instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, criando o **Sistema de Notificação Compulsória de Doenças (SNCD)**, com obrigatoriedade da notificação compulsória de algumas doenças. As notificações eram feitas por unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares, semanalmente, através do preenchimento do **Relatório de Doenças de Notificação Obrigatória (RDNO)**, os quais eram enviados às secretarias estaduais, que faziam um consolidado mensal e enviavam por

aerograma para o Ministério da Saúde. Porém, este sistema sempre apresentou problemas de subnotificação e supria limitadamente as necessidades mínimas de informação no país. Seu instrumento de coleta sempre foi inespecífico, sem o detalhamento de variáveis fundamentais, para estimular a atuação da Vigilância Epidemiológica no nível local, ou seja, nas áreas de abrangências das unidades básicas de saúde e no município. Conseqüentemente, diversos sistemas paralelos foram criados nos diferentes níveis, inclusive no nacional.

O Sistema de Informação dos Agravos de Notificação ou Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) foi criado em 1990, para sanar as dificuldades do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças. Embora ainda não esteja implantado em todos os estados brasileiros, seu potencial é inquestionável, pois foi idealizado para racionalizar o processo de coleta e transferência de dados relacionados às doenças e agravos de notificação compulsória. Todavia, o número de doenças e agravos por ele contemplados vêm aumentando, sem relação direta com a compulsoriedade de sua notificação e, muitas vezes, por solicitação dos estados ou municípios.

O SINAN, enquanto sistema de informações, foi concebido para ser trabalhado desde o nível local, a partir dos serviços que atendem os casos suspeitos clinicamente. Porém, se os serviços não dispuserem de microcomputadores e pessoal treinado, ele é igualmente operacionalizado no nível central das secretarias municipais de saúde, no nível regional ou até mesmo nas sedes das secretarias estaduais, localizadas nas capitais.

O formulário de entrada dos dados no SINAN é composto de dois documentos distintos. O primeiro é a **Ficha Individual de Notificação (FIN)** que é preenchida a partir da suspeita clínica da ocorrência de algum agravo notificável atendido num serviço de saúde e encaminhada aos serviços responsáveis pela Vigilância Epidemiológica, no nível municipal.

O segundo documento é a **Ficha Individual de Investigação (FII)** que, na maioria das vezes, é o roteiro de investigação para cada um dos agravos, sendo utilizado de preferência pelos serviços municipais de vigilância.

Além da Ficha Individual de Notificação e da Ficha Individual de Investigação, há a **Ficha de Notificação Negativa (FNN)** que é utilizada para informar que num determinado serviço *não ocorreu nenhum caso de doença de notificação obrigatória* durante a semana. É fundamental que o sistema receba as Notificações Negativas, possibilitando desta forma a avaliação de possíveis fontes notificadoras silenciosas, tomando as providências necessárias à retomada das buscas de casos por estas fontes.

Quanto ao *fluxo dos documentos e informações no SINAN*, propõe-se que as Fichas Individuais de Notificação (FIN) e as Fichas de Notificação Negativa (FNN) sejam preenchidas nos serviços assistenciais e que esses mantenham uma segunda via arquivada e remetam a original para os serviços de vigilância epidemiológica dos municípios. As Fichas Individuais de Investigação (FII) devem ser preenchidas pelo responsável pela investigação, digitadas no próprio serviço assistencial ou secretaria municipal de saúde e seus dados enviados ao nível estadual (regional e central) e, posteriormente, ao nível federal, através de disquetes. A periodicidade de envio dos disquetes com dados de notificação e dos com notificação negativa deve ser semanal, embora algumas doenças devam ser comunicadas imediatamente por telefone ao serviço municipal de vigilância, para que as medidas de controle possam ser postas em prática de forma oportuna, com vistas a interromper a cadeia de transmissão.

Todas as instâncias que recebem os dados do SINAN devem consolidá-los e analisá-los, com objetivo de se confirmar ou descartar o caso no processo de investigação, além de se corrigir possíveis duplicações (um mesmo caso notificado mais de uma vez). Preconiza-se também que todas as instâncias devam realizar retroalimentação aos níveis que as precederam, até o retorno de informações para o local de residência do paciente, objeto da notificação.

Para que os dados possam ser analisados segundo sua distribuição no tempo (dias, semanas, meses, etc.) e serem passíveis de comparabilidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece o **calendário epidemiológico**, que é um padrão de referência internacional para as informações epidemiológicas de seus países membros. Por convenção internacional, as semanas

epidemiológicas são contadas de domingo a sábado. A primeira semana do ano é aquela que contém o maior número de dias de janeiro e a última é a que contém o maior número de dias de dezembro. No Brasil, este calendário é utilizado principalmente na notificação de doenças agudas.

Historicamente, a notificação compulsória de doenças tem sido a principal fonte de dados da Vigilância Epidemiológica e, a partir da qual, desencadeia-se o processo de informação-decisão-ação.

A Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória é definida pelo Ministério da Saúde. Atualmente está em vigor a Portaria do Ministério da Saúde número 1.461, de 22 de dezembro de 1999, que estabelece as seguintes doenças como passíveis de notificação compulsória em todo o território nacional:

- Cólera;
- Coqueluche;
- Dengue;
- Difteria;
- Doença de Chagas (casos agudos);
- Doença Meningocócica e Outras Meningites;
- Febre Amarela;
- Febre Tifóide;
- Hanseníase;
- Hantavirose;
- Hepatite B;
- Hepatite C;
- Leishmaniose Visceral;
- Leptospirose;
- Malária (em área não endêmica);
- Meningite por *Haemophilus influenzae*;
- Peste;
- Poliomielite;
- Paralisia Flácida Aguda ;

- Raiva Humana;
- Rubéola;
- Síndrome da Rubéola Congênita;
- Sarampo;
- Sífilis Congênita;
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids);
- Tétano;
- Tuberculose.

Além dessas doenças, essa Portaria determina, ainda, que

todo e qualquer surto ou epidemia, assim como a ocorrência de agravo inusitado, independente de constar na lista de doenças de notificação compulsória, deve ser notificado, imediatamente, às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e à Fundação Nacional de Saúde/FUNASA.

Os estados e municípios podem incluir novas doenças ou agravos, desde que definidos com clareza o motivo, o objetivo da notificação, os instrumentos e fluxo que a informação vai seguir e as ações que devem ser postas em prática de acordo com as análises realizadas. Todavia, no processo de seleção das doenças que serão objeto de notificação, devem ser analisados os seguintes critérios:

- **magnitude:** doenças com altas incidência, prevalência ou mortalidade;
- **potencial de disseminação:** doenças com alta transmissibilidade, disseminação através de vetores ou outras fontes de infecção, colocando sob risco outros indivíduos ou coletividades;
- **transcendência:** Inclui um conjunto de características clínico-epidemiológicas, sendo que as mais importantes são a *severidade* (verificada pelas taxas de letalidade, hospitalização e seqüelas); a *relevância social* (o valor que a sociedade confere à ocorrência do evento, através da estigmatização dos doentes, medo, indignação quando afeta determinadas classes sociais, etc.); a *relevância econômica* (doenças ou agravos que afetam o desenvolvimento econômico, com restrições comerciais, perda

de vidas, anos potenciais de vida perdidos, absenteísmo ao trabalho, custo de diagnóstico e tratamento, etc.);

- **vulnerabilidade:** doenças para as quais existem instrumentos específicos de prevenção e controle, permitindo a atuação concreta e efetiva dos serviços de saúde sobre indivíduos ou coletividades;
- **compromissos internacionais:** acordos firmados entre os países membros da Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), visando esforços conjuntos para o alcance de metas continentais ou até mundiais de controle, eliminação ou erradicação de algumas doenças. Por exemplo: Campanha de Erradicação da Varíola – em nível mundial – e Programa de Eliminação do Poliovírus Selvagem – nas Américas. O *Regulamento Sanitário Internacional* estabelece como doenças de notificação compulsória internacional: cólera, febre amarela e peste;
- **epidemias, surtos e agravos inusitados:** todas as suspeitas de epidemias ou de ocorrência de agravo inusitado (por exemplo: Febre Hemorrágica por Vírus Ebola, Hantaviruses, etc.) devem ser investigados e imediatamente notificados aos níveis hierárquicos superiores pelo meio mais rápido de comunicação disponível.

Salienta-se que estes critérios devem ser observados e analisados em conjunto; porém, para a inclusão de uma doença na lista de notificação compulsória, não é necessário o atendimento de todos eles.

No Estado do Paraná, segundo a Secretaria de Estado da Saúde (PARANÁ, 1998), além dos agravos definidos na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, também são notificadas as suspeitas de: febre reumática, teníase e neurocisticercose, intoxicação por agrotóxico, intoxicação por animais peçonhentos, intoxicação por medicamento, intoxicação por pesticida doméstico, intoxicação por domissanitários, intoxicação por metais, intoxicação por plantas, intoxicação por animais, intoxicação por produto não determinado, intoxicação por alimentos, intoxicação por outros.

Mesmo sendo compulsória, a notificação é habitualmente realizada de modo precário, caracterizando a **subnotificação** de casos, devido ao desconhecimento de sua importância, descrédito nos serviços de saúde, falta de acompanhamento e supervisão da rede de serviços e pela falta de retorno dos dados coletados e das ações que foram geradas pela análise. Idealmente, o sistema deveria cobrir toda a população.

Assim, considera-se que todas as unidades de saúde (ambulatoriais ou hospitalares) devem compor a rede de notificação, sejam elas públicas, privadas ou filantrópicas, como também todos os profissionais de saúde e mesmo a população em geral, pois qualquer cidadão pode notificar, ao serviço de vigilância, caso suspeito de doença notificável.

Além da notificação compulsória, outras fontes de dados também são fundamentais para o Sistema de Vigilância Epidemiológica, tais como: resultados de exames laboratoriais, as bases de dados dos Sistemas Nacionais de Informação (SIM, SIH, SIA, etc.), dados da investigação epidemiológica (geralmente decorrentes das notificações), imprensa e população. Também podem ser utilizadas outras fontes especiais de dados: estudos epidemiológicos (inquéritos e levantamentos epidemiológicos) e sistemas sentinela.

Segundo Jekel *et. al.*, (1999), a Vigilância Epidemiológica "é o fundamento do controle público da doença". Ela pode ser desenvolvida de forma **passiva** e **ativa**. Rotineiramente, a vigilância é feita de forma **passiva**, pois se espera que sejam notificados todos os casos de doenças notificáveis atendidos pelos serviços de saúde, dependendo, então, da iniciativa e conscientização dos profissionais que estão diretamente em contato com esses casos. Quanto à vigilância **ativa**, esta é realizada através de busca permanente dos casos, seja por telefonemas periódicos ou por visitas pessoais aos serviços notificantes, para obtenção dos dados requeridos. A vigilância ativa é mais trabalhosa e cara, sendo raramente feita de forma rotineira. No entanto, em algumas situações (alto risco de transmissibilidade, gravidade da doença, etc.), essa busca ativa de casos faz-se imprescindível.

Na notificação, alguns aspectos devem ser considerados:

- **notificar a simples suspeita da doença**, para se evitar a perda de oportunidade de adoção de medidas de prevenção e controle indicadas;
- **a notificação deve ser sigilosa**, respeitando o direito de anonimato dos cidadãos, podendo ser divulgada fora do ambiente médico-sanitário apenas nos casos de risco para a comunidade;
- o envio de instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência de casos – **notificação negativa**.

Para que se realize a notificação de todos os casos suspeitos de doenças de notificação obrigatória, há necessidade de se ter bem claras as definições destes casos. Portanto, a seguir estão apresentadas estas definições, conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), para as doenças que compõem a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória.

Definições de casos suspeitos

• Cólera

a) **Em áreas sem evidência de circulação do *V. cholerae* patogênico** (sorogrupos O1 e O139): qualquer indivíduo, independente de faixa etária, proveniente de áreas onde estejam ocorrendo casos de cólera, que apresente diarreia aquosa aguda até o décimo dia de sua chegada (tempo correspondente a 2 vezes o período máximo de incubação de cólera, a fim de garantir maior segurança da vigilância); os comunicantes domiciliares de caso suspeito, de acordo com o item anterior, que apresentem diarreia; qualquer indivíduo com diarreia, independente da faixa etária, que coabite com pessoas que retornaram de áreas endêmicas ou epidêmicas, há menos de 30 dias (tempo correspondente ao período de transmissibilidade do portador somado ao dobro do período de incubação da doença); todo indivíduo com mais de dez anos de idade que apresente diarreia súbita, líquida

e abundante. A presença de desidratação rápida, acidose e colapso circulatório reforça a suspeita. Em locais onde a sensibilidade e a capacidade operacional do Sistema de Vigilância Epidemiológica permitam, esse limite deverá ser modificado para maiores de 5 anos (especificamente áreas de risco ainda sem casos).

b) **Em áreas com evidência de circulação do *V. cholerae* patogênico** (onde o *V. cholerae* O1 já foi isolado em pelo menos 5 amostras de casos autóctones ou no meio ambiente): qualquer indivíduo que apresente diarreia aguda, independente de faixa etária.

- **Coqueluche**: todo indivíduo que apresenta tosse seca com duração de 14 dias ou mais, e que tem história de contato com paciente de coqueluche.

• Dengue

a) **Dengue Clássico**: paciente que tenha doença febril aguda com duração máxima de 7 dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração, exantema. Além desses sintomas, deve ter estado, nos últimos 15 dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Aedes aegypti*.

b) **Febre Hemorrágica do Dengue (FHD)**: é todo caso suspeito de dengue clássico que apresente também manifestações hemorrágicas, variando desde prova do laço positiva até fenômenos mais graves como hematêmese, melena e outros. A ocorrência de pacientes com manifestações hemorrágicas, acrescidas de sinais e sintomas de choque cardiovascular (pulso arterial fino e rápido ou ausente, diminuição ou ausência de pressão arterial, pele fria e úmida, agitação), levam à suspeita de síndrome de choque.

- **Difteria**: toda pessoa que, independente do estado vacinal, apresentar quadro agudo de infecção da orofaringe, com presença de placa branco-acinzentada ocupando as amígdalas e podendo invadir outras áreas da faringe ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, etc.), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

- **Doença de Chagas (casos agudos):** Principalmente por transmissão vetorial ou transfusional, indicando transmissão ativa. Todos os casos na fase aguda (quando aparente, se manifestam em 3% dos casos em áreas endêmicas) devem ser notificados. A fase aguda corresponde aos fenômenos clínicos que se estabelecem nos primeiros dias ou meses da infecção inicial, sendo diagnosticada pelo encontro do parasito no sangue periférico. Esta fase é caracterizada por uma miocardite, na maioria das vezes, só traduzível eletrocardiograficamente.
- **Doença meningocócica e outras meningites:** todo paciente com sinais e sintomas de meningite (febre, cefaléia intensa, vômitos, rigidez de nuca, sonolência, convulsões, principalmente se forem acompanhados de manifestações cutâneas). Crianças abaixo de um ano de idade, principalmente as menores de 8 meses, que apresentarem: vômitos, sonolência, irritabilidade, convulsões e, especificamente, abaulamento de fontanela, acompanhados ou não de exantema petequiral.
- **Febre amarela:** todo paciente residente e/ou procedente de área endêmica para febre amarela, com quadro clínico sugestivo, e que, comprovadamente, não tenha sido vacinado contra febre amarela.
- **Febre tifóide:** doente com febre persistente, que pode ou não ser acompanhada de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: cefaléia, mal-estar geral, dor abdominal, anorexia, dissociação pulso temperatura, constipação ou diarreia, tosse seca, roséolas tíficas (manchas rosadas no tronco) e esplenomegalia.
- **Hanseníase:** pessoa que apresenta um ou mais dos critérios listados a seguir, com ou sem história epidemiológica e que requer tratamento específico para hanseníase:
 - Lesão(ões) de pele com alteração de sensibilidade;
 - Espessamento neural acompanhado de alteração de sensibilidade;
 - Baciloscopia positiva para *Micobacterium leprae*; apesar de que se ela for negativa, não afasta o diagnóstico de hanseníase.

- **Hepatite viral**

- a) **Suspeito sintomático:** indivíduo com uma ou mais manifestações clínicas agudas, isto é, paciente com febre, icterícia, mal-estar geral, fadiga intensa, anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal (predominantemente no hipocôndrio direito), fezes de cor esbranquiçada, urina de cor marrom escura. E que, laboratorialmente, apresente dosagens de aminotransferases maior ou igual a três vezes o valor normal do método utilizado.
 - b) **Suspeito assintomático:** indivíduo assintomático e sem história clínica sugestiva de hepatite viral, que apresente dosagens de aminotransferases elevadas, em qualquer valor.
- **Leishmaniose Visceral:** é considerado caso suspeito todo indivíduo proveniente de área endêmica ou de áreas onde esteja ocorrendo surto, com febre há mais de duas semanas, com ou sem outras manifestações clínicas da doença.
 - **Malária:** caso suspeito é todo indivíduo que, procedendo de área onde haja transmissão de malária, ou tendo recebido transfusão de sangue, apresente um quadro febril especialmente se for acompanhado por sintomas sugestivos de malária.
 - **Meningite por *Haemophilus influenzae* b:** caso suspeito é todo paciente com sinais e sintomas de meningite (febre, cefaléia intensa, vômitos, rigidez de nuca, sonolência, convulsões, principalmente se forem acompanhados de manifestações cutâneas). Crianças abaixo de um ano de idade, principalmente as menores de 8 meses, que apresentarem: vômitos, sonolência, irritabilidade aumentada, convulsões e, especificamente, abaulamento de fontanela, acompanhados ou não de exantema petequiral.
 - **Peste:** todo paciente que apresentar quadro agudo de febre em área próxima a um foco natural de peste, que evolua com adenite ("sintomático ganglionar"); e todo paciente proveniente (de 1 a 10 dias) de área com epidemia de peste pneumônica que apresente

febre e/ou outras manifestações clínicas da doença, especialmente sintomatologia respiratória.

- **Poliomielite/Paralisia flácida aguda:** Deve ser investigado; até 48 horas após seu conhecimento, todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito: em pessoas menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica de poliomielite; em pessoas de qualquer idade, que apresentam hipótese de poliomielite. Obs.: os casos de paralisia ocular pura e paralisia facial periférica não necessitam ser investigados.
- **Raiva humana:** todo doente que apresenta quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico é considerado caso suspeito.
- **Rubéola:** toda pessoa com febre e exantema máculo-papular, independentemente da situação vacinal.
- **Síndrome da Rubéola Congênita (SRC):** todo recém-nascido cuja mãe foi caso suspeito ou confirmado de rubéola, em qualquer período da gestação; ou todo recém-nascido que tenha apresentado retardo no crescimento intra-uterino e demonstre sinais clínicos de infecção congênita, independente da história materna.
- **Sarampo:** todo caso de doença exantemática febril deve ser examinado com o objetivo de se detectar sinais que levam à suspeita de sarampo. É importante que o profissional de saúde, frente a um caso de febre e exantema, investigue-o clinicamente até que seja definido um diagnóstico diferencial com outras doenças exantemáticas febris. Ele deve entrar no sistema de notificação quando, após uma discussão clínica, houver suspeita de sarampo. Considera-se caso suspeito de sarampo toda pessoa que apresenta febre, exantema máculo-papular generalizado, acompanhado de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse, coriza e conjuntivite, independentemente da idade e estado vacinal.
- **Sífilis congênita:** toda criança cuja mãe teve sífilis não tratada, ou inadequadamente tratada, independente da presença de sinais,

sintomas e resultados laboratoriais; ou toda criança que apresentar um teste positivo para sífilis e alguma das seguintes condições:

- evidência de sintomatologia sugestiva de sífilis congênita ao exame físico, como: hepatomegalia, erupção cutânea, condiloma lata, icterícia (hepatite sífilítica), pseudo-paralísias, anemia, trombocitopenia ou edema (síndrome nefrótica), ceratite intersticial, surdez neurológica, arqueamento anterior da tibia, nariz em sela, entre outros;
 - evidência de sífilis congênita ao exame radiológico;
 - evidência de alterações no líquido céfalo-raquidiano (LCR): teste para anticorpos, contagem de linfócitos e dosagem de proteínas;
 - títulos reagínicos do recém-nato maior ou igual a 4 vezes o título materno, na ocasião do parto;
 - evidência de elevação de títulos reagínicos em relação a títulos anteriores;
 - positividade para anticorpos IgM contra *Treponema pallidum*.
 - toda criança com evidência laboratorial do *Treponema pallidum* em material colhido de lesões, placenta, cordão umbilical ou necrópsia, em exame realizado através de técnicas de campo escuro, imunofluorescência ou outra coloração específica;
 - toda criança com teste reagínico positivo após o sexto mês de idade, exceto em situação de seguimento pós-terapêutico e de sífilis adquirida; e
 - todo caso de morte fetal ocorrida após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas, cuja mãe, portadora de sífilis, não foi tratada ou foi inadequadamente tratada, é definido como natimorto sífilítico.
- **Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS):** a notificação de casos suspeitos de aids ocorre no nível local, devendo o paciente ser acompanhado até a elucidação diagnóstica (confirmação), quando deverá ser preenchida a ficha definitiva de notificação/investigação de casos de aids. Entende-se por caso de aids o indivíduo com infecção avançada pelo vírus da

imunodeficiência (HIV), com repercussão no sistema imunitário e ocorrência de sinais e sintomas causados pelo próprio HIV ou conseqüentes a doenças oportunistas (infecções e neoplasias).

- **Tétano:** todo paciente que apresenta trismo e/ou contraturas musculares localizadas ou generalizadas, que não se justifiquem por outras etiologias, deve ser suspeito de tétano, particularmente na ausência de história vacinal adequada. A falta de ferimentos sugestivos de porta de entrada não afasta a suspeita de tétano, pois os mesmos não são detectados em boa percentagem dos casos.
- **Tétano neonatal:** todo recém-nascido que nasceu bem (sugou normalmente) em domicílio sem condições higiênicas, cujo parto foi realizado por parteira e/ou outros, e após o terceiro dia de vida não conseguiu mais mamar (trismo), com irritação, choro excessivo, crises de contratura, rigidez muscular e opistótono e o coto umbilical com ou sem sinais inflamatórios; ou recém-nascido de parto hospitalar com alta precoce e sem orientação de como cuidar do coto umbilical e uso de substância não recomendada no coto umbilical; ou crianças nascidas com quadro semelhante ao acima descrito, de mães não imunizadas adequadamente com toxóide tetânico.
- **Tuberculose pulmonar:** todo indivíduo com sintomatologia clínica sugestiva de tuberculose pulmonar: tosse com expectoração por quatro ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite ou suspeito ao exame radiológico.

Conforme salienta Fischmann(1994), para que um Sistema de Vigilância Epidemiológica seja de qualidade, ele deve ser:

- **oportuno:** detecta o problema no momento em que foi criado;
- **aceitável:** por todas as pessoas que dele participam;
- **representativo** da área em estudo;
- **sensível:** detectando os casos verdadeiros;
- **específico:** excluindo os falso-positivos;
- **simples:** fácil de entender;

- **flexível:** adapta-se facilmente às mudanças;
- **capaz de prevenir:** detectando e prevenindo a ocorrência de epidemias;
- **de alta resolutividade:** baseado em informação adequada, deve dar respostas aos problemas levantados, contribuindo para seu equacionamento.

Dessa forma, a vigilância epidemiológica é um componente imprescindível para os programas de controle de doenças, devendo ser parte integrante de todos os níveis institucionais da área de saúde, incluindo as unidades básicas de saúde.

Finalmente, há que se destacar recente publicação da ABRASCO (2000) - o III Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, 2000-2004 - que levanta os seguintes problemas na área de Vigilância à Saúde:

- Vigilância epidemiológica centrada em agravos de notificação compulsória, dissociada de outras áreas e setores;
- Unidades hospitalares com estruturas de epidemiologia inadequadas;
- Inexistência de diretrizes com critérios para certificação na gestão e avaliação da qualidade dos sistemas de vigilância epidemiológica.

Esse Plano propõe, para contornar esses problemas e garantir maior abrangência da Vigilância à Saúde, e não apenas no sentido estrito da Vigilância Epidemiológica das doenças de notificação compulsória:

- Definir mecanismos e incentivos financeiros nos estados e municípios para que implantem projetos inovadores, ampliando o escopo da vigilância dos agravos em saúde, integrando neste processo outras áreas do setor como a assistência, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador, além da articulação inter-setorial na formulação de políticas públicas que, sabidamente, interferem no processo saúde-doença;

- Desenvolver sistema de vigilância para doenças emergentes;
- Estruturar a Vigilância Ambiental, integrada à Vigilância Epidemiológica, resguardando as abordagens diferenciadas de acordo a complexidade dos múltiplos determinantes e ações de controle diferenciadas;
- Integrar a rede laboratorial nas diferentes etapas de implementação do Sistema de Vigilância (incluindo prioridades da alocação de recursos e qualificação);
- Organizar um fluxo de informações e amostras, respeitando-se as competências legais estabelecidas entre os diferentes níveis, com coordenação do Cenepi/Colab;
- Incluir, sempre que pertinente, técnicos de outras áreas em treinamento em vigilância epidemiológica (CBVE);
- Fortalecer a estrutura dos núcleos de epidemiologia com a qualificação de pessoal e de equipamentos adequados para a análise de dados nas unidades hospitalares;
- Definir critérios mínimos na estruturação e qualificação de equipes para gestão do sistema de vigilância epidemiológica (ABRASCO, 2000).

Os desafios são grandes, portanto, para se garantir uma adequada vigilância à saúde da população. Nesse sentido, acreditamos que há necessidade de investimentos e vontade política – em todos os níveis – de alterar esse quadro, além da participação ativa da comunidade e de profissionais de saúde nesse processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). *III Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, 2000-2004*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000. 59p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998.
- FISCHMANN, A. Vigilância Epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M.Z. et al. (Ed.) *Epidemiologia & Saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. p.421-41.
- JEKEL, J.F.; ELMORE, J.G.; KATZ, D.L. *Epidemiologia, Biostatística e Medicina Preventiva*. Trad. de R Savaris. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). *Saúde no Paraná. Boletim Epidemiológico*, Curitiba, n. 1, p. 4, 1998.
- PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- WALDMAN, E.A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, ano VII, n. 3, p.7-26, jul./set. 1998.
- WALDMAN, E.A.; MELLO JORGE, M.H.P. Vigilância para acidentes e violências: instrumento para estratégias de prevenção e controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 71-9, 1999.