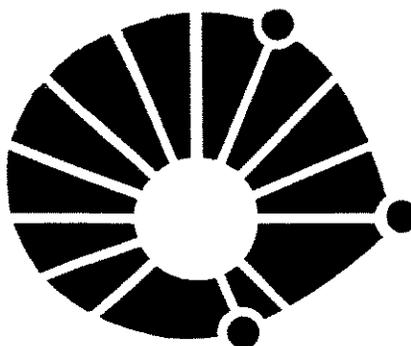


FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



UNICAMP

**DENISE DE CARVALHO SOUZA
CIRURGIÃ-DENTISTA**

**NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS:
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS**

Tese apresentada à Faculdade
de Odontologia de Piracicaba
da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do
grau de Mestre em
Odontologia Legal Deontologia.

**PIRACICABA
- 2001 -**

i

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
- UNICAMP-**

**DENISE DE CARVALHO SOUZA
CIRURGIÃ-DENTISTA**

**NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS:
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do grau de Mestre em Odontologia Legal Deontologia.

**ORIENTADOR:
Roberto José Gonçalves**

Banca Examinadora

**Roberto José Gonçalves
Max Reichhardt
Luiz Francesquini Júnior**

Este exemplar foi devidamente corrigido,
de acordo com a Resolução CCPG-036/83
CPG, 21 / 02 / 2002


Assinatura do Orientador

**PIRACICABA
- 2001 -**

000215769



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de MESTRADO, em sessão pública realizada em 03 de Outubro de 2001, considerou a candidata DENISE DE CARVALHO SOUZA aprovada.

1. Prof. Dr. ROBERTO JOSÉ GONÇALVES _____

2. Prof. Dr. MAX REICHHARDT _____

3. Prof. Dr. LUIZ FRANCESQUINI JUNIOR _____

AGRADEÇO A JESUS, POR DAR-ME CONDIÇÕES DE CUMPRIR MAIS ESTA MISSÃO. E AGRADEÇO SOBRETUDO A MEU ANJO DA GUARDA, DEVOTADO E COSTUMAZ INCENTIVADOR, QUE NOS MOMENTOS DE DESÂNIMO ME AMPAROU, QUE COMEMOROU COMIGO AS VITÓRIAS E COMIGO AMARGOU AS DERROTAS. A VOCÊ, FIEL E INCANSÁVEL AMIGO, MINHA GRATIDÃO.

DEDICO ESTE TRABALHO

A meus pais LEÔNCIO LÉLIS DE CARVALHO E CECÍLIA ELZA MORETTO DE CARVALHO, fiéis incentivadores, que aceitaram a difícil missão de me conduzir, me ensinar dignidade, perseverança e honradez.

A meu avô MOACIR. Por você tenho um sentimento intenso e eterno. Apesar de sua partida, você está sempre presente em minha vida, (in memoriam).

A meu marido IVAN, minha alma gêmea, querido e devotado companheiro de jornada.

A meu filho ALEXANDRE, meu maior incentivo a caminhar.

A meus irmãos, FERNANDO, EDUARDO e JÚNIOR. Cada um, a seu modo, há muito me servem de exemplo.

A meus sobrinhos ANA LAURA, ANDRÉ, FÁBIO e RAFAEL, pequenas sementes que vi germinar e, a cada dia, com orgulho, os vejo crescer.

**DR. EDUARDO DARUGE, a minha gratidão pelos seus
valorosos ensinamentos.**

DR. ROBERTO JOSÉ GONÇALVES, orientador amável e solícito.

DR. LUIZ FRANCESQUINI JÚNIOR, devotado amigo, que
prestou inestimável ajuda neste trabalho.

DR. MAX REICHHARDT, amigo e mestre, a quem devo grande parte de minha formação profissional, que me abriu as portas para o mundo acadêmico e me ensinou dos primeiros passos a caminhar nos dias de hoje.

AGRADECIMENTOS

- À Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, pelo carinho, profissionalismo e espírito científico com as quais nos formaram.
- Ao Diretor Antonio Wilson Salum, pela imensurável ajuda que tem nos prestado.
- Ao Vice-Diretor Prof. Dr. Frab Norberto Boscolo.
- A Profa. Dra. Altair Antoninha Del Bel Cury, Coordenadora dos Cursos de P.G. em Odontologia da FOP/UNICAMP.
- A todos os Professores do Departamento de Odontologia Social pelo carinho e atenção.
- Aos Professores do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia, que contribuíram diretamente para nossa formação científica.
- Ao Engenheiro Agrônomo e Analista de Sistemas MARCELO CORRÊA ALVES.

- A SILVANA TOMASSO, amiga de infância, hoje colega de turma.
- A todos os funcionários da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, sem exceção.
- A CÉLIA REGINA MANESCO E DINOLY ALBUQUERQUE LIMA, pelo carinho e inestimável ajuda.
- A UNIARARAS pelo apoio e incentivo dispensados
- Aos funcionários da Vigilância Epidemiológica de Pirassununga pela gentileza e eficiência dispensadas.

- Aos colegas e amigos da UNIARARAS.
- A todos os colegas do Curso de Pós-graduação da FOP/UNICAMP.
- Aos funcionários do Centro de Saúde de Pirassununga.

SUMÁRIO

CAPÍTULOS	Páginas
RESUMO	1
ABSTRACT	3
INTRODUÇÃO	5
PROPOSIÇÃO	35
REVISTA DA LITERATURA	37
MATERIAIS E MÉTODOS	45
RESULTADOS	47
DISCUSSÃO	61
CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	73

RESUMO

Cabe à Vigilância Epidemiológica o controle das doenças infecto-contagiosas e, para tanto, é indispensável a notificação dos casos. Esta notificação é obrigatória a várias categorias profissionais, incluindo o Cirurgião Dentista, e tal obrigatoriedade está claramente expressa na legislação e códigos vigentes.

A Direção Regional de Saúde de Piracicaba (DIR XV), conforme constatamos, jamais recebeu notificação alguma feita por Cirurgião Dentista. Desta forma, elegemos algumas cidades subordinadas a este órgão (Pirassununga, Leme, Conchal, Santa Cruz da Conceição, Araras e Engenheiro Coelho) e, através de um questionário, previamente elaborado para este fim, com questões estruturadas e abertas, distribuiu-se os mesmos a alguns profissionais desta região.

Após a análise dos dados coletados, verificamos que os Cirurgiões Dentistas apresentam um insatisfatório conhecimento sobre a notificação compulsória, bem como, de uma forma em geral, um parco conhecimento das legislações e doenças que exigem a notificação compulsória.

Concluimos que há a necessidade de reformulação do currículo mínimo obrigatório da Odontologia, no sentido de que seja dado maior ênfase à notificação compulsória e saúde pública.

ABSTRACT

Infectious contagious diseases are controlled by Epidemiologic Surveillance System. This control is done by compulsory notification. The actually law show it is necessary to the Dentist, like another health professional, to do the compulsory notification.

As we saw, the DIR XV (Piracicaba) never received notification from Dentist. So, we changed some towns (Pirassununga, Leme, Conchal, Santa Cruz da Conceição, Araras and Engenheiro Coelho) subordinates at that government office and, throught of a questionnaire, we gave some to few professional of this region.

After analyse results collected, we could verify that Dentists show a insatisfatory knowledge about compulsory notification, as anyhow a poor knowledge of legislation and diseases that must be notificated.

We concluded that the minimum curriculum needs be changed, and so, gives to our students the knowledge necessary about compulsory notification and public health.

1- INTRODUÇÃO

1.1- DEFINIÇÃO

O controle das doenças transmissíveis é uma das grandes preocupações do governo e tem-se baseado em intervenções que procuram interromper um ou mais elos conhecidos da cadeia epidemiológica de transmissão dos agentes causadores de doenças do ser humano. Várias atividades são postas em prática para que tal controle seja feito, como a vacinação, saneamento, melhorias da habitação, educação para a saúde, investigação epidemiológica e controle de doentes e comunicantes, entre outras. Sabe-se, entretanto, que a interação do homem com o meio ambiente é muito complexa, envolvendo fatores ainda desconhecidos em dado momento, ou que podem variar de um momento a outro, interferindo na cadeia epidemiológica. Por conseguinte, os métodos de intervenção tendem a ser aprimorados ou substituídos, na medida em que novos conhecimentos são adquiridos, seja por descobertas científicas (terapêuticas, fisiopatogênicas ou epidemiológicas), seja pela observação sistemática do comportamento das doenças frente à utilização dos procedimentos de controle e prevenção estabelecidos. A evolução desses conhecimentos contribui, também, para a modificação de conceitos e de formas organizacionais dos serviços de saúde, na contínua busca do seu aprimoramento. Assim, buscando o aperfeiçoamento, criou-se a Vigilância Epidemiológica (V.E.), cujo objetivo é o de

estar alerta permanentemente em relação à ocorrência e distribuição das doenças e dos fatores ou condições que propiciem aumento do risco de transmissão ou da gravidade das mesmas. Tal controle é exercido, dentre outros fatores, através da análise das notificações compulsórias dos casos comunicados à V.E.

Temos, como conceito de notificação compulsória, a obrigatoriedade de comunicar à autoridade sanitária local, dentro do prazo de 24 horas, o conhecimento de qualquer caso suspeito ou confirmado de doença transmissível prevista no Código Sanitário. Essa informação permite às autoridades de saúde pública, como já salientamos, promoverem as investigações epidemiológicas necessárias, capazes de detectar a fonte de infecção, elucidarem o diagnóstico, conhecerem a distribuição e expansão da doença e tomarem as medidas profiláticas indicadas. Desta forma, ela contribui possibilitando a fixação de novas metas e novas prioridades.

1.2 – NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NA ESFERA DO GOVERNO FEDERAL

Ao longo das últimas décadas, entendia-se por vigilância epidemiológica como sendo “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos”. Tratava-se, portanto, da vigilância de pessoas, através de medidas de isolamento ou quarentena, aplicadas individualmente, e não de forma coletiva. Posteriormente, na vigência de campanhas de erradicação de doenças, a vigilância epidemiológica, acima

conceituada, passou a ser uma das etapas desses programas, na qual se buscava detectar a existência de casos da doença alvo, com vistas ao desencadeamento de medidas urgentes, destinadas a bloquear a transmissão. A estrutura operacional de vigilância, organizada para esse fim específico, devia ser desativada após a comprovação de que o risco de transmissão da doença havia sido eliminado, como resultado das ações do programa. Ressaltando-se que é antiga a preocupação da nossa legislação sanitária no tocante às epidemias, tivemos em 1904 o Decreto nº 5156/04 e, em concordância com ele, o Decreto Legislativo nº 1151/04, cujo objetivo era adotar medidas profiláticas para a febre amarela. Já em 1923, o Decreto Federal nº 16.300 estabelecia, em seu artigo 445, uma lista de doenças cuja notificação era obrigatória. Nos artigos 446, 447 e 448, abordava a obrigatoriedade da notificação para algumas categorias profissionais e das sanções de quem infringisse tal Lei. Aproximadamente vinte anos depois, houve a preocupação do governo federal com a malária, através dos Decreto-Lei nº 3672, de 1941 e o Decreto-Lei nº 5646, de 1943. Novamente abordando o controle das epidemias e endemias, a imunização e a notificação das doenças, baixou-se a Lei nº 2312/54.

Posteriormente, em 1961, surgiu o Decreto 49974-A, que regulamentava a Lei 2312 e estabelecia, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, as “Normas Gerais Sobre Defesa e Proteção da Saúde”. Neste, encontrava-se uma relação de doenças consideradas objeto de notificação compulsória, e foi neste também que se estabeleceu que a notificação **poderia** ter

caráter sigiloso (o grifo é nosso). Ainda neste Decreto, existia uma ressalva, determinando que a relação de doenças objeto de notificação compulsória poderia ser alterada, quando necessária, por solicitação das autoridades sanitárias competentes. Mencionou também uma relação de categorias profissionais que deviam fazer a notificação. Verificamos que em tal Decreto não é mencionado o Cirurgião Dentista.

Na primeira metade da década de 60 consolidou-se internacionalmente uma conceituação mais abrangente de vigilância epidemiológica, em que eram explicitados seus propósitos, funções, atividades, sistemas e modalidades operacionais.

Vigilância epidemiológica foi então definida como “o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças”.

No Brasil, esse conceito foi inicialmente utilizado em alguns programas de controle de doenças transmissíveis coordenados pelo Ministério da Saúde, notadamente a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), de 1966 à 1973.

A experiência da CEV motivou a aplicação dos princípios de vigilância epidemiológica a outras doenças evitáveis por imunização, de forma que, em 1969, foi organizado um sistema de notificação semanal de doenças, baseado na

rede de unidades permanentes de saúde e sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde. As informações de interesse desse sistema passaram a ser divulgadas regularmente pelo Ministério da Saúde, através de um boletim epidemiológico de circulação quinzenal. Tal processo propiciou o fortalecimento de bases técnicas que serviram, mais tarde, para a implementação de programas nacionais de grande sucesso na área de imunizações.

Em 1975, criou-se a Lei nº 6229, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, englobando o conjunto de serviços do setor público e privado voltados para ações de interesse da saúde, ações essas, dentre outras, de combate às doenças transmissíveis.

Ainda em 1975, por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). Este sistema, formalizado através da Lei nº 6259, do mesmo ano, e Decreto 78231 que a regulamentou em 1976, incorporou o conjunto de doenças transmissíveis então consideradas de maior relevância sanitária no país.

Os seguintes grupos de doenças foram incluídos, então, no SNVE:

- Doenças sujeitas ao Regulamento Sanitário Internacional: varíola, febre amarela, peste e cólera;
- Doenças vinculadas ao Programa Nacional de Imunizações: poliomielite, sarampo, tétano, difteria, coqueluche, raiva, febre tifóide e doença meningocócica;

- Doenças controláveis através de ações coordenadas por órgãos específicos do Ministério da Saúde: malária, hanseníase e tuberculose;
- Meningites em geral (como base de informações para a vigilância da meningite meningocócica e da meningite tuberculosa).

A partir de então, a crescente complexidade organizacional e programática do setor de saúde determinou a agregação progressiva de novas doenças (inclusive não transmissíveis) ao sistema nacional. Paralelamente, os sistemas estaduais tornaram-se mais diferenciados, refletindo as peculiaridades regionais.

Na Lei 6259, em seu artigo 8º, fica bastante clara a obrigação da notificação pelo cirurgião dentista, pois em seu texto estabelece que “é dever de todo o cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão. . . .”. E, em seu artigo 10º, sobre o segredo profissional, estabelece que “a notificação compulsória de casos de doenças tem caráter sigiloso, ..” . E finalmente, a referida Lei estabelece penalidades aos infratores que não a respeitarem, penalidades estas previstas no Decreto-Lei nº 785. Constatou-se também que o Decreto nº 78231, em seu artigo 22, determina que estão particularmente obrigados à notificação de doenças constantes das relações a que se refere o

item I do artigo 8º deste Decreto os médicos, no exercício de suas funções profissionais.

E há, desta forma, uma incoerência, pois a Lei 6259 estabelece a obrigatoriedade do Cirurgião Dentista, enquanto que o Decreto 78231, que a regulamenta, não faz referência a esta categoria profissional.

A promulgação da Lei nº 8080 que instituiu, em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), teve importantes desdobramentos na áreas da vigilância epidemiológica. O texto legal manteve o SNVE, oficializando o conceito de vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. A partir daí, um dos pilares do novo sistema de saúde passou a ser a descentralização de funções, sob comando único de cada esfera do governo – federal, estadual e municipal- o que implica o direcionamento da atenção para as bases locais de operacionalização das atividades de vigilância epidemiológica no país.

Dessa forma, a orientação atual para o desenvolvimento do SNVE estabelece, como prioridade, o fortalecimento de sistemas municipais de vigilância epidemiológica, dotados de autonomia técnico gerencial para focar os problemas de saúde próprios de suas respectivas áreas de abrangência. E então, os recursos locais serem direcionados para atender, prioritariamente, às ações

demandadas pelas necessidades da área, em termos de doenças e agravos que lá sejam mais prevalentes.

Atendendo à constante atualização que o assunto exige, portarias foram baixadas estabelecendo a lista de doenças objeto de notificação compulsória, tais como a Portaria nº 4052/98, 1461/99 e 993/2000. Esta última, vigorando na atualidade, determina, em seu Art. 1º, uma nova lista de doenças objeto de notificação compulsória. Determina, também, em seu Art 2º, que surtos, agravos inusitados ou epidemias, mesmo não constando na lista elaborada, devem ser notificados às Secretarias Municipais de Saúde, que enviarão os dados às Secretarias Estaduais de Saúde e estas, por sua vez, à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Desta forma, de acordo com a Portaria nº 993, estas são as patologias que devem ser notificadas:

- Cólera
- Coqueluche
- Dengue
- Difteria
- Doença de Chagas (casos agudos)
- Doença meningocócica e outras meningites
- Febre amarela
- Febre tifóide
- Hanseníase
- Hantaviroses

- Hepatite B
- Hepatite C
- Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
- 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

Estabelece, ainda, tal portaria, que a lista das doenças poderá sofrer acréscimos, a fim de atender necessidades regionais, porém, é vedada a exclusão de doenças componentes do elenco nacional.

1.3- NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NA ESFERA DO GOVERNO ESTADUAL

No âmbito estadual, de acordo com FÁVERO (1991), em 1918, através do Decreto nº 2918, encontra-se o Código Sanitário do Estado de São Paulo, e este, em seu artigo 562, apresenta uma lista de doenças consideradas de notificação compulsória. Posteriormente, foram acrescentadas outras doenças através do Decreto nº 3876/25, Decreto nº 4891/31 e Decreto-Lei nº 891/38. Nesta época, como já foi dito, não havia programas de erradicação de doenças, mas sim, eram postas em prática medidas de profilaxia necessárias. Tais medidas cessavam quando houvesse cessado o motivo que as determinou.

Com a criação do SNVE, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo baixou a Resolução SS nº 37/77, que estabelecia o elenco provisório de doenças objeto de notificação compulsória e de investigação para o Estado de São Paulo. Iniciou-se neste período a elaboração do Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica. Pouco antes, e baixado pelo governador do estado, o Decreto nº 52497/70 determina, na sua área de competência, a obrigatoriedade da notificação para o médicos, dentistas e demais profissionais da saúde.

Posteriormente, baixou-se as Resoluções SS 60/92 e SS 234/92 (TABELA...., 1992), atualizando o elenco de doenças cuja notificação é obrigatória, e incluindo o item “efeitos adversos à vacinação”.

Atualmente, vigora a Lei Nº 10083/98 onde, em vários artigos, existe a preocupação do Estado quanto ao controle das doenças transmissíveis, como também que os dados cheguem à Vigilância Epidemiológica. Determina ainda, no artigo 64, inciso IV, a obrigatoriedade da notificação compulsória pelo Cirurgião Dentista, bem como estabelece, no seu artigo 66, “que a notificação compulsória de casos de doenças e agravos deverá ter caráter sigiloso, obrigando-se a autoridade sanitária a mantê-lo”.

1.4 – NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA X SEGREDO PROFISSIONAL

No tocante ao segredo profissional, encontramos, no Código Penal Brasileiro, em vigor desde 1941, no capítulo destinado aos Crimes Contra a Inviolabilidade dos Segredos, em seu artigo 154, que “é crime revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”.

DARUGE (1978), também estabelece que, no interesse da saúde pública, considera-se “justa causa” a quebra do sigilo profissional na comunicação de doenças infecto-contagiosas às autoridades sanitárias.

Segundo MIRABETE (1987), a proteção ao sigilo profissional dada pela lei é relativa. O termo “justa causa”, estabelecido pelo Código Penal Brasileiro, abre precedentes que se enquadram em duas circunstâncias: interesse da justiça e interesse da saúde pública.

JESUS (1991), afirma que o sigilo médico não é absoluto e que a revelação do segredo profissional só é típica quando realizada “sem justa causa”.

FRANÇA (1994), ressalva que a quebra do sigilo médico só pode acontecer em situações muito especiais do exercício da medicina, ou quando a lei determina que um interesse superior exige tal violação. Acrescenta ainda que há certas circunstâncias em que a obrigatoriedade do segredo desaparece, em face do que se convencionou chamar de justa causa, dever legal ou interesse de ordem pública, tais como, entre outros, as notificações de doenças infecto-contagiosas.

O Código Civil, em seu artigo 144, estabelece que “ninguém pode ser obrigado a depor de fatos, a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar segredo”.

No Código de Processo Civil estabelece, no tocante ao segredo profissional, em seu artigo 406, que “a testemunha não é obrigada a depor de fatos a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo”.

No Código de Processo Penal, em seu artigo 207, como proibição para depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho.

1.5-NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA X OBRIGATORIEDADE DO CIRURGIÃO – DENTISTA

No Código Penal Brasileiro encontra-se, no capítulo destinado aos Crimes Contra a Saúde Pública, em seu artigo 268, “que é crime infringir determinação do poder público, destinada a impedir a introdução ou propagação de doença contagiosa” e há neste artigo em seu parágrafo único, que a pena é aumentada se o agente for Dentista; e ainda encontra-se, no mesmo capítulo que aborda os Crimes Contra a Saúde Pública, em seu artigo 269, que “é crime deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória”.

FÁVERO (1950), julga ser bastante apropriado a agravante sobre o artigo 268, devido aos conhecimentos especiais que deve possuir o profissional e à própria noção de responsabilidade que assume. Sobre o artigo 269, fala da responsabilidade do médico na comunicação das doenças. Porém, este mesmo autor, em 1963, na Revista dos Tribunais, em sua publicação sobre Crimes Contra a Saúde Pública diz, que ao Cirurgião Dentista, tal qual o médico, deveria ser-lhe imposta a obrigação da notificação, uma vez que a difteria e a intoxicação crônica pelo chumbo acometem a margem gengival. E finaliza que, seria dever profissional, conhecendo as doenças, notificá-las.

Para HUNGRIA (1959), sobre o artigo 268, trata-se de lei penal em branco, seu complemento são as eventuais determinações do poder público

(mediante editais ou portarias, oficialmente publicadas para o conhecimento geral) concernentes a medidas preventivas contra a incursão ou difusão de moléstia contagiosa. E *poder público* quer dizer , aqui, autoridade competente (federal, estadual ou municipal). E do artigo 269, para Hungria, também trata-se de lei penal em branco, pois sua complementação é o preceito do regulamento sanitário, e a responsabilidade da notificação deve-se ao médico.

Segundo DARUGE (1978), cabe aos profissionais da área da saúde o dever de não contribuir para a propagação de doenças consideradas de notificação compulsória. Devem, portanto, fazer a notificação de tais doenças para que não haja a sua disseminação. Caso não façam tal comunicação, infringem determinação do poder público.

JESUS (1991), comentando o artigo 268, afirma que , para ter aplicação a causa de aumento de pena, é necessário que o agente descumpra especial dever que lhe caiba em razão do cargo ou profissão. E , do artigo 269, acredita ele ser de responsabilidade apenas do médico a notificação compulsória.

Para MIRABETE (1994), tecendo comentários sobre o artigo 268, a conduta típica é infringir determinação do poder público, ou seja, violar, postergar, transgredir, quebrantar prescrição administrativa obrigatória. O agente pode cometer crime por ação ou omissão.

Sobre ao artigo 269, ainda nos comentários de MIRABETE, salvo o caso de participação criminosa, somente o médico pode ser sujeito ativo do crime. Outras pessoas tem o dever de fazer a comunicação de moléstias infecto-

contagiosas, mas a lei responsabiliza criminalmente apenas o médico, ficando os demais sujeitos apenas às sanções regulamentares. Havendo omissão do médico, e a pedido do doente ou seu responsável, pode ser indiciado, por exemplo, o sanitarista, o laboratorista, o anátomo-patologista, etc. E finalmente, relata MIRABETE, que o artigo 269 é lei penal em branco, sendo complementada pelos regulamentos administrativos (federais, estaduais e municipais).

1.6- NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA X ÉTICA ODONTOLÓGICA

Em princípios de 1960, a Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas encaminhou sugestão ao Governo Federal para a criação de Conselho Fiscalizador da Odontologia. Assim, criou-se o Conselho Federal de Odontologia pela Lei nº 4.324, de 14/04/64. Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto nº 68.704/71, e, em 10 de junho de 1966, criou-se o Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo.

Segundo QUINTELA (1995), numa constante evolução da profissão, fez-se necessário a elaboração de um código de ética específico e que a regesse. Logo, o Conselho Federal de Odontologia, entidade que detém a atribuição legal de elaborar o Código de Ética Odontológica, editou seu primeiro código. Este vigorou de 7/11/76 à 31/12/83 e foi determinado pela Resolução CFO-102. Seguiu-se, através da Resolução CFO-151, o CEO de 1984, que vigorou de 01/01/84 até 31/12/91. Neste Código de Ética Odontológica, tal qual os

profissionais da medicina, não era considerada quebra de sigilo profissional a notificação compulsória de doenças infecto-contagiosas.

A seguir, veio a Resolução CFO- 179, estabelecendo um novo código, e este sofreu alterações através do regulamento nº 1 de 05/Jun/1998. Segundo o Código de Ética Odontológica de 1991, sobre o sigilo profissional, encontramos, tal qual o Código anterior, não constituir quebra de sigilo a notificação compulsória de doenças, mas não faz referência ser o Cirurgião Dentista obrigado a fazê-la. O mesmo se repete no Código de 1998, e este continua em vigor atualmente.

O Código de Ética Odontológica , comentado pelo Conselho Federal de Odontologia (1990), ressalta que, na época de elaboração do Código Penal (1941), não havia dispositivo legal que obrigasse o Cirurgião Dentista à notificar. Obrigação esta que foi posteriormente imposta pela Lei nº 1314, de 17 de janeiro de 1951. Esta legislação regulamentava o exercício profissional do Cirurgião Dentista exigindo para tanto que o profissional apresentasse diploma expedido por estabelecimento oficial ou reconhecido e o seu registro nos órgãos competentes. No artigo 4º desta Lei há definição das atribuições e direitos profissionais e no inciso IV estabelece que compete ao Cirurgião Dentista “comunicar a autoridade competente, com a devida urgência, os casos de doenças consideradas de notificação compulsória”.

1.7- SITUAÇÃO ATUAL

São de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos confirmados ou suspeitos de doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional; de doenças constantes da relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada unidade da Federação, a ser atualizada periodicamente e, também, os casos de “agravo inusitado à saúde”.

A notificação de um caso ou óbito por doença de notificação compulsória deverá ser feita à Unidade de Saúde, e poderá ser feita pessoalmente, por telefone, telegrama, carta ou através de impresso oficial (modelo SNV-1), devendo dar preferência ao meio mais rápido disponível e em um prazo de até 24 horas. Há pouco tempo atrás, época em que os recursos da informática não estavam disponíveis, a Unidade de Saúde, ao receber uma notificação, deveria registrá-la no livro de “Registro de Doenças Transmissíveis” (modelo SVE-2) e encaminhar a informação (de acordo com o estabelecido para cada doença) para o órgão que a supervisiona. Caberia também à Unidade de Saúde o preenchimento do boletim de “Notificação Semanal de Doenças Transmissíveis” (Modelo SVE-3), onde constaria os eventos epidemiológicos da semana, suspeitos ou confirmados, e estas informações seriam encaminhadas ao Ministério da Saúde.

Atualmente, com um razoável grau de informatização no país, e com tendência a se elevar, está implantado um novo sistema de informações denominado de Sistema Nacional De Agravos De Notificação (SINAN), cujo objetivo é coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo assim informações para a análise do perfil de morbidade e contribuindo para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. Como foi concebido para ser trabalhado desde o nível local, o SINAN pode ser operado a partir das unidades de saúde.

Outro aspecto importante é que o SINAN disponibiliza dados em dois níveis: o módulo de notificação, que é comum a todos os agravos e é feita mesmo quando se tem a hipótese diagnóstica (com exceção das doenças que exigem confirmação de diagnóstico para sua notificação) ; e o módulo de investigação, que possui uma ficha diferente para cada agravo que entra no sistema e esta é enviada somente após a confirmação de diagnóstico.

Quanto ao fluxo de informação, propõe-se que as fichas sejam preenchidas nas unidades de saúde, que ficam com uma cópia e encaminham o original ou disquete para a Secretaria Municipal de Saúde. Assim, os dados de todas as unidades de saúde são agregados e enviados para o nível regional, que faz o mesmo procedimento e encaminha para nível estadual. Este, por sua vez, remete todos os dados obtidos das Regionais de Saúde para o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI).

No Modelo SVE-1, este fornecido ao profissional e presente nas Unidades Básicas de Saúde, encontra-se a lista de doenças objeto de notificação no Estado de São Paulo, e ainda neste impresso há a ressalva que, de acordo com a Lei Federal 6259 de 30/10/75, é obrigatória a notificação imediata de casos e óbitos por estas doenças. Ainda no SVE1, algumas doenças estão assinaladas. Estes casos, suspeitos ou confirmados, devem ser notificados imediatamente por telefone à unidade de saúde responsável pela vigilância epidemiológica da área. As patologias que não se encontram assinaladas deverão ser investigadas e só notificadas mediante diagnóstico positivo.

Assim, esta é a relação das doenças que devem ser notificadas no Estado, de acordo com o impresso SVE-1, juntamente com suas características etiopatogênicas, segundo RUBIN (1990) e SHAFER (1987):

- **Coqueluche:** Etiopatogenia: bactérias, que se alojam nas células brônquicas produzindo muco pulmonar espesso e profuso. Manifestações clínicas: febre baixa, rinorréia, lacrimejamento e conjuntivite.

- **Cólera:** Etiopatogenia: bacilos, que se alojam no intestino delgado. Manifestações clínicas: diarreia aquosa profusa levando à rápida desidratação.

- **Dengue:** Etiopatogenia: causada por vírus e transmitida por mosquito. Pode ser uma doença febril tipo benigno, que afeta músculos e articulações; assim

como pode se apresentar em uma variante grave e potencialmente fatal que é a dengue hemorrágica. Manifestações clínicas: esta última é caracterizada por febre alta, hemorragia cutânea e intestinal, trombocitopenia, choque e distúrbios neurológicos.

- **Difteria:** Etiopatogenia: causada por um bacilo, acomete as vias aéreas superiores. Manifestações clínicas (de caráter geral e oral) : pode ocorrer edema e vermelhidão da faringe, e linfadenopatia cervical, como também a formação da membrana diftérica (exudato de aspecto acinzentado, espesso, fibrinoso, gelatinoso), que recobre áreas necróticas ulceradas e se estende desde as tonsilas, faringe e laringe aos locais dos dentes em erupção e mucosa jugal. O palato mole pode ficar paralisado temporariamente.

- **Doença de Chagas (forma aguda):** Etiopatogenia: causada por protozoários e transmitida ao homem através de insetos hematófagos, geralmente percevejos reduviideos. Manifestações clínicas: após a incubação, no local da inoculação surge um nódulo inflamatório subcutâneo chamado “chagoma”. Poderá haver conjuntivite unilateral, edema palpebral e periorbitário, linfadenopatia, febre, edema, alterações hepáticas, miocardite e encefalite.

- **Doença meningocócica:** Etiopatogenia: causada por bactérias. Manifestações clínicas: há uma grande variedade de manifestações clínicas e patológicas, incluindo faringite, meningite e septicemia.

- **Outras meningites:**

- **Encefalite por arbovírus:** Etiopatogenia: são transmitidas por artrópodes hematófagos, como mosquitos e carrapatos, e existem oito tipos de arbovírus que causam a encefalite no homem. Manifestações clínicas: vão desde uma doença simulando uma leve gripe até uma encefalite fulminante e fatal.

- **Febre amarela:** Etiopatogenia: transmitida por mosquito, é uma febre hemorrágica viral aguda. Manifestações clínicas (de caráter geral e oral) : há um curto período de incubação seguido por início súbito de febre alta, calafrios, cefaléia e mialgia. Pode evoluir para alterações patológicas no fígado e no rim, e as alterações nos outros órgãos consistem em edema e hemorragias no cérebro, aumento da gordura no coração, hiperplasia no baço e nos gânglios linfáticos, e hemorragias na pele, na gengiva e no tubo gastro-intestinal.

- **Febre purpúrica brasileira:** Etiopatogenia: transmitido por mosquito. Manifestações clínicas: apresenta quadro clínico semelhante ao da meningococemia grave, sem evidência clínica ou patológica de meningite

associada. Na maioria dos doentes, há ocorrência de conjuntivite, febre, dor abdominal, vômito, aparecimento de petéquias e púrpuras.

- **Febre tifóide:** Etiopatogenia: doença aguda sistêmica causada por bactérias. Manifestações clínicas: febre prolongada, bacteriemia e multiplicação dos microrganismos dentro das células fagocíticas do fígado, do baço, dos gânglios linfáticos e das placas de Peyer (intestino).

- **Leishmaniose tegumentar americana:** Etiopatogenia: doença infecciosa causada por protozoários e transmitida ao homem por certos mosquitos hematófagos. Manifestações clínicas (de caráter geral e oral): a inoculação dos parasitas determina uma lesão cutânea na porta de entrada, e que pode evoluir para lesões cutâneas disseminadas com invasão das mucosas nasobucofaríngeas.

- **Leishmaniose visceral:** Etiopatogenia: doença infecciosa causada por protozoários e transmitida ao homem por certos mosquitos hematófagos. Manifestações clínicas (de caráter geral e oral): febre, alterações hepáticas, emagrecimento, palidez, enfartamento de linfonodos, edema, taquicardia, diarreia, anorexia, hiperpigmentação da pele, estomatite e hemorragia nasal e gengival. É alta a incidência de infecções bacterianas secundárias, principalmente as localizadas no aparelho respiratório.

- **Leptospirose:** Etiopatogenia: causada por bactérias e transmitida por roedores e alguns mamíferos domésticos. Manifestações clínicas: o quadro clínico pode ser de infecção leve ou grave, onde na primeira os sintomas desaparecem após uma semana. Já os casos de infecção grave persiste a febre e surge cefaléia, sugerindo início de meningismo, mialgia severa, náuseas, vômitos, dores abdominais, conjuntivite, hemorragia conjuntival, insuficiência hepática e renal.

- **Malária:** Etiopatogenia: causada por protozoários e transmitida por mosquitos hematófagos. Manifestações clínicas: febre alta, e as principais alterações patológicas são em consequência da parasitação e da destruição dos eritrócitos.

- **Paresias e paralisias flácidas agudas de membros de qualquer etiologia em menores de 15 anos**

- **Peste:** Etiopatogenia: causada por bactérias e transmitidas ao homem através dos animais domésticos, silvestres, ou por picadas de pulga. Manifestações clínicas: inicia-se com calafrios, febre, náuseas, vômitos, respiração e pulsação rápidas, podendo evoluir com comprometimento ganglionar, septicemia e, na forma mais grave, comprometimento pulmonar.

- **Poliomielite:** Etiopatogenia: causada por vírus, que invade o sistema nervoso central e destrói os neurônios motores inferiores. Manifestações clínicas: paralisia.

- **Raiva humana:** Etiopatogenia: transmitida por vírus neurotrópico. Manifestações clínicas: hidrofobia, aerofobia, confusão, agitação, agressividade, febre alta, alterações do ritmo respiratório e cardíaco. Em poucos dias, haverá perda de consciência, coma e morte.

- **Rubéola:** Etiopatogenia: infecção viral dermatotrópica. Manifestações clínicas (de caráter geral e oral): exantema na face e resto do corpo, febre baixa, tumefação dos gânglios linfáticos auriculares posteriores e occipitais, tonsilas edemaciadas e congestionadas, máculas vermelhas no palato.

- **Sarampo:** Etiopatogenia: infecção viral dermatotrópica. Manifestações clínicas (de caráter geral e oral): febre, mal estar, tosse, conjuntivite, fotofobia, lacrimejamento e lesões eruptivas da pele e mucosa bucal. Estas lesões bucais são características patognomônicas da doença (manchas de Koplik), em geral ocorrem na mucosa jugal, aparecem como pontos azulados ou brancos circundados por uma margem vermelho-brilhante . Elas aumentam rapidamente de número e coalescem para formar pequenas placas. Também

podem ocorrer petéquias palatinas e faríngeas, bem como inflamação, congestão, tumefação generalizada, e ulceração da gengiva, palato e garganta.

- **Sífilis congênita:** Etiopatogenia: espiroqueta de nome *Treponema pallidum* e transmitida ao feto quando em vida intra uterina. Manifestações clínicas (de caráter geral e oral): lesões de pele, das mucosas, dos ossos, dos dentes, onde haverá infecção do esmalte provocando chanfradura dos incisivos, do fígado, do pulmão e do sistema nervoso central.

- **Síndrome da rubéola congênita:** Etiopatogenia: vírus, que transmitido pela placenta, pode levar à morte fetal, aborto, e várias anomalias congênitas. Manifestações clínicas: alterações congênitas cardíacas e pulmonares, lesões oculares, surdez, microcefalia, retardamento mental e retardamento de crescimento.

- **Tétano acidental:** Etiopatogenia: doença neurológica aguda causada por bactéria. Manifestações clínicas: inicia-se com trismo, à medida que a doença evolui, a crescente rigidez da musculatura induz a uma rigidez dos músculos faciais, hipertonia generalizada da musculatura esquelética e espasmos musculares.

- **Tétano neonatal:** Etiopatogenia: doença neurológica aguda causada pela contaminação do coto umbilical por esporos do bacilo tetânico. Manifestações clínicas: dificuldade de sucção ao seio, evoluindo de maneira semelhante ao tétano do adulto.

- **Varíola:** Etiopatogenia: causada por vírus, com incubação de 7 à 10 dias. Manifestações clínicas (de caráter geral e oral): febre alta, náusea, vômitos, calafrios e cefaléia. Aparecem lesões na pele, transformam-se em vesículas e terminam em pústulas. Como manifestações bucais, tem-se ulceração da mucosa bucal e faringe. A língua pode tornar-se tumefata e dolorosa, prejudicando a deglutição.

- **Surtos de diarreia, hepatite, conjuntivite e de quaisquer outros agravos à saúde**

- **Oncocercose:** Etiopatogenia: infecção parasitária por nematódios cuja transmissão se dá por várias espécies de moscas negras. Manifestações clínicas: nódulos subcutâneos, dermatite, alterações linfáticas e oculares.

- **Agravos inusitados à saúde**

- **Esquistossomose:** Etiopatogenia: infestação parasitária por trematódeos. São transmitidas por caramujos, que são seus hospedeiros intermediários. Manifestações clínicas: na fase aguda pode ocorrer dermatose na área onde penetraram as cercarias. Na fase crônica pode-se ter a esquistossomose intestinal ou a urogenital, e suas lesões variam em gravidade, desde insignificantes até fatais.

- **Hanseníase:** Etiopatogenia: infecção crônica causada por bactérias. Manifestações clínicas: a hanseníase exibe uma desorientadora variedade de aspectos clínicos e patológicos. Afeta as partes mais frias do corpo, especialmente a mucosa nasal, o trato respiratório superior, os nervos periféricos, os testículos, a pele das orelhas e o segmento anterior dos olhos.

- **AIDS:** Etiopatogenia: causada por vírus. Em razão do profundo defeito de imunidade, os pacientes são suscetíveis a uma grande variedade de infecções virais, fúngicas, bacterianas e parasitárias. Manifestações clínicas (de caráter geral e oral): hiperplasia linfóide; tumores raros , mais frequentemente o sarcoma de Kaposi ou os linfomas da alto grau, e as infecções oportunistas.

- **Tracoma:** Etiopatogenia: causada por bactérias. Manifestações clínicas: as infecções causadas limitam-se às mucosas com evidente tropismo do

patógeno pelas células epiteliais da conjuntiva, podendo levar à cegueira total ou parcial, às mucosas do trato urogenital e do trato respiratório.

- **Tuberculose:** Etiopatogenia: doença infecciosa granulomatosa causada por bacilo. Manifestações clínicas (de caráter geral e oral): a principal forma da doença é a tuberculose pulmonar, embora possa ocorrer no trato intestinal, tonsilas e pele. Na cavidade bucal, pode haver lesões tuberculosas na língua, palato, gengiva, mucosa jugal e freios.

Confrontando-se o elenco de doenças que fazem parte da Portaria 993 com as doenças do SVE1, verifica-se que no primeiro há patologias que não constam no segundo. A explicação verbal dada por funcionários da Vigilância Epidemiológica é que o item “agravo inusitado à saúde” engloba tais entidades patológicas.

Confrontando-se também as Resoluções SS 60/92 e SS 234/92, constata-se que a lista de doenças não é a mesma, onde no SVE1 há a obrigatoriedade da notificação da “oncocercose” e, em contrapartida, nas referidas resoluções há a obrigatoriedade de notificação para os “efeitos adversos à vacinação”, e no SVE1, nada consta sobre tais efeitos.

Segundo CARVALHO *et al* (1987), as comunicações obrigatórias são documentos que relatam fatos observados ou constatados no exercício da profissão e que, por força da lei, o médico tem por obrigação comunicar. Tais

declarações constituem verdadeiros documentos médico- legais, porque, de praxe, devem ser feitas por escrito; servem como prova; comunicam fatos observados ou constatados pelo médico no exercício de sua profissão (fatos que nem sempre são de natureza médica); são emitidas para cumprir determinação legal.

2 – PROPOSIÇÃO

A presente pesquisa tem por objetivos:

1. Discutir a situação do Cirurgião-Dentista quanto à obrigatoriedade da notificação de doenças e suas implicações ético- legais.
2. Avaliar, utilizando-se de um questionário com questões estruturadas e abertas, o conhecimento da legislação referente ao assunto pelo Cirurgião-Dentista, bem como a obrigatoriedade da notificação compulsória e o seu conhecimento sobre quais são as doenças objeto de notificação compulsória.
3. Avaliar o efetivo aprendizado da legislação pertinente à notificação compulsória pelo Cirurgião Dentista.

3 - REVISTA DE LITERATURA

PALMIERI & SOLLECITO (1968), fizeram uma retrospectiva sobre as doenças infecto contagiosas e parasitárias na província de Chieti (Itália) , de 1951 à 1968, e concluíram que há necessidade de medidas profiláticas, visto que sempre houve incidência destas doenças, em maior ou menor grau, ao longo destes anos.

FOSSAERT *et al* (1974), definiram Vigilância Epidemiológica como sendo o conjunto de atividades que possibilita a coleta de informação indispensável para o constante conhecimento do comportamento ou dos antecedentes naturais da doença, e a detecção ou a previsão de quaisquer modificações que possam ocorrer devido a alterações nos fatores condicionantes, com a finalidade de recomendar oportunamente e com bases firmes as medidas indicadas para prevenir e controlar eficientemente a doença. Estabelecem, em função dessa definição, o propósito da vigilância epidemiológica, que é o de estar em condições de recomendar, com bases objetivas e científicas, as medidas de ação capazes de controlar ou prevenir o problema. Partindo dessa definição e desse propósito, detalham as funções e as atividades da vigilância epidemiológica.

TYLER (1986), no papel de secretário nacional do Instituto Australiano de Pesquisadores de Saúde, opina que os médicos estão negligenciando sua

responsabilidade em notificar doenças contagiosas às autoridades, acarretando informações estatísticas incompletas, propagação da doença e não identificação das fontes de infecção. Destaca o autor que as Leis estão sendo promulgadas constantemente para assegurar que a notificação seja feita, e com urgência, as autoridades de cada Estado.

BRADLEY *et al* (1988), estudaram a incidência da tuberculose na Inglaterra. O autor confrontou os casos notificados no período de 1981 a 1984 com os relatórios do Departamento de Patologia da Universidade de Edinburgh, onde a tuberculose foi a doença mais diagnosticada por testes laboratoriais. Pelos dados obtidos, concluiu-se que quase 40% dos pacientes com diagnóstico clínico e patológico não foram notificados, e as maiores falhas foram em hospitais.

GUIDELINES on AIDS (1988), relata resoluções adotadas pelo Conselho Médico Geral da Inglaterra sobre o comportamento ético quando do atendimento médico a pacientes aidéticos ou soropositivos. Neste trabalho, determina-se ser anti ético o não atendimento a paciente portador do vírus ou doente; que o médico, se contaminado, deve informar ao Conselho; que o “pacto de confiança” entre médico e paciente deve ser mantido, exceto no caso de risco à equipe de saúde ou a outrem diretamente envolvido, como o parceiro sexual do indivíduo.

ANDRADE *et al.* (1989), analisaram 62.814 doações de sangue realizadas em bancos da cidade de Goiânia (Brasil), no período de outubro de 1985 a outubro de 1987. Uma vez que os dados sobre morbidade populacional são obtidos através de sistemas rotineiros de registro de morbidade, da notificação compulsória, de inquéritos especiais e rastreamento sorológico em bancos de sangue, os autores fizeram o rastreamento sorológico para doenças infecciosas como indicadores de morbidade, discutiram o valor dos resultados, assim como propuseram medidas para o aperfeiçoamento da coleta e análise das informações. Segundo os autores, as informações colhidas tinham importância epidemiológica por representarem parcela significativa da população adulta e por trazerem dados que em estudos populacionais acarretariam grandes dificuldades operacionais, éticas, além de custo elevado. Como resultado deste estudo, para a AIDS, o número de indivíduos supostamente infectados foi compatível com o esperado e em concordância com os dados da notificação compulsória. O mesmo não aconteceu com a doença de Chagas, hepatite B e sífilis, onde os resultados encontrados não puderam ser validados pela ausência da notificação destas doenças.

MARTINEZ PIEDRA *et al* (1990), idealizaram um sistema automatizado de controle de viajantes internacionais, onde haveria um banco de dados que permitiria identificar de maneira retrospectiva aqueles indivíduos que estiveram expostos a fatores de risco de interesse epidemiológico.

IRGENS, MELO CAIEIRO e LECHAT (1990), estudaram a epidemiologia da lepra em Portugal. Este estudo baseou-se nos casos de notificação compulsória no período de 1946 à 1980. Com isso, estabeleceram um registro nacional de pacientes, e estes eram assistidos durante seu tratamento.

BAYER & GOSTIN (1990), discutiram os aspectos éticos e legais referentes à AIDS. Abordaram neste trabalho, a discriminação do infectado, a obrigatoriedade da notificação compulsória tanto dos doentes quanto portadores e, em contrapartida, o direito à confidencialidade e seus limites. Trata-se de um assunto bastante delicado e, em pesquisa feita pela Organização Mundial da Saúde em 77 países, 51 deles haviam promulgado leis para a obrigatoriedade da notificação às autoridades dos casos de AIDS, não especificando se deve ser notificado só o doente ou também os portadores do vírus. Ainda neste trabalho discute-se o direito do segredo e a notificação à terceiros, ou seja, dar ciência aos que tiveram contacto sexual com portador ou doente. Concluem os autores que, se por um lado não são medidos esforços para frear a propagação da infecção e dar tratamento aos doentes, por outro lado não se pode esquecer os valores fundamentais da sociedade liberal. Seria necessário traçar um caminho que protegesse a saúde pública e ao mesmo tempo o direito do cidadão.

DICKINSON (1991), opina que a notificação das doenças está caindo em desuso, embora é sabido que a notificação compulsória participa do sistema

da vigilância epidemiológica da comunidade no tocante ao controle das doenças infecciosas. Comenta também que, entendendo as metas e mecanismos da vigilância, poderemos atender com mais propriedade as necessidades do paciente e comunidade. Ele enumera as situações em que se notifica, e as questiona. Na introdução, há uma nota do editor ressaltando que a opinião expressa neste artigo é exclusiva do autor e não reflete a visão do Departamento de Serviços e Saúde da Comunidade.

GAN *et al* (1991), em uma retrospectiva sobre a incidência das doenças infecciosas na China, concluíram que este país está passando da situação de em desenvolvimento para país desenvolvido. Segundo os autores, a expectativa de vida está aumentando em alguns lugares, há a diminuição da taxa de mortalidade infantil, bem como de doenças que preocupam a saúde pública.

INFECTIOUS diseases are not banished (1992). Neste trabalho é discutido o papel governamental no tocante à doenças transmissíveis. Segundo o autor, em todo o mundo e mais particularmente nos EUA e Europa, as verbas para pesquisa e fiscalização foram diminuídas no decorrer das duas últimas décadas passadas. Em contrapartida, mosquitos e outros vetores, anteriormente erradicados por pesticidas, estão agora resistentes a eles. Há também a variabilidade genética de alguns vírus patogênicos, a resistência dos microorganismos a drogas conhecidas e também mudanças de comportamento

humano. Face a isto, doenças antes tidas como controladas agora ganham vigor, tais como tuberculose, malária e doença de Lyme.

ORMEROD (1993), destaca a sub notificação da tuberculose em vários distritos de Londres, e relata um programa implantado em dois hospitais onde o doente é atendido e tratado por mais de um médico, e de lá infalivelmente sairá a notificação da doença.

SOUZA (1993), discute em seu trabalho a discriminação de indivíduos infectados com o vírus da imunodeficiência humana, assim como o desequilíbrio emocional por que passam estes indivíduos ao se descobrirem portador, onde uns podem ir ao suicídio e outros a disseminar tal doença propositadamente. Destaca ainda, posto que para ela não há tratamento, que o melhor é evitar a contaminação. Discute também a obrigatoriedade de profissionais da área da saúde atenderem aos portadores deste vírus e ao direito do cônjuge ter ciência da situação.

ORDOBÁS *et al* (1995), fizeram um estudo sobre a gripe influenza com a população residente em Madri, Espanha, cujo objetivo foi comparar os dados fornecidos pelas redes de atendimento com os números obtidos através da notificação compulsória de doenças; e também descrever a epidemiologia desta doença no período de 1991 à 1992. Obtiveram como resultados números quase

coincidentes aos dados pela notificação compulsória de doenças e aos listados nas redes de atendimento. E concluíram que, para a vigilância epidemiológica da influenza, é necessário desenvolver métodos que possam rapidamente detectar períodos epidêmicos e fornecer informações sobre a população de risco, acrescentando a isto medidas que isolem e identifiquem as viroses epidêmicas sazonais.

RYAN *et al* (1996), fizeram uma retrospectiva sobre a incidência da meningite meningocócica na região de Cork (Reino Unido) no período de 1989 a 1993. Verificaram que a incidência da doença foi alta, com 113 casos notificados; que os microorganismos do grupo C eram responsáveis por 2/3 dos casos; e concluíram também que o Centro Nacional de Vigilância das Doenças Infecciosas é fundamental para avaliar o curso da doença e estabelecer um programa de monitoramento nacional, tendo em vista o controle e prevenção daquela patologia, já que a doença meningocócica continuava, ainda em 1996, a ser uma importante causa de morbidade e mortalidade na área de Cork.

GONÇALVES *et al* (1996), fizeram um estudo sobre o aparecimento e evolução da AIDS no Brasil, onde o primeiro caso foi registrado em 1981, datando todavia de 1982 os dois primeiros diagnósticos em pacientes vivos. Verificou-se que a incidência é muito alta, alinhando-se aos países que tem registrado os maiores números de casos; e que a atividade controladora e orientadora do

Ministério da Saúde se faz em sentidos diversos, tais como: notificação compulsória dos casos, cooperação entre setores públicos e privados, orientação preventiva, orientação sexual, medicação e testagem gratuitas e sigilosas, preparação de pessoal técnico e leigo, campanhas diversificadas informativas e educativas e início de testagem de vacina anti- HIV.

4 - MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização da pesquisa, buscou-se as cidades pertencentes ao DIR XV. Para que tais cidades não fossem escolhidas aleatoriamente, elegeu-se como “cidades alvo” uma divisão feita pela Diretoria de Ensino de Pirassununga, sendo ela a sede e constando das seguintes cidades: Leme, Santa Cruz da Conceição, Araras, Conchal e Engenheiro Coelho.

Para tanto, confeccionou-se um questionário com questões estruturadas e abertas onde, na primeira parte, será feita a identificação profissional e, na segunda parte, os conhecimentos específicos sobre notificação compulsória. Os questionários serão distribuídos para 306 (trezentos e seis) Cirurgiões Dentistas destas cidades.

Análise estatística: os dados coletados serão analisados através de Estatística Descritiva e Teste Exato de Fischer, onde $\alpha = 0,05$.

5 – RESULTADOS

Distribuiu-se nas cidades eleitas 306 (trezentos e seis) questionários, sendo que foram 85 (oitenta e cinco) entregues em Leme, 102 (cento e dois) em Araras, 100 (cem) em Pirassununga, 3 (três) em Engenheiro Coelho, 11 (onze) em Conchal e 5 (cinco) em Santa Cruz da Conceição.

Destes, foram devolvidos 134 questionários, sendo 55 (cinquenta e cinco) da cidade de Leme, 43 (quarenta e três) de Araras, 30 (trinta) de Pirassununga, 1 (um) de Engenheiro Coelho, 2 (dois) de Conchal e 3 (três) de Santa Cruz da Conceição (tabela 1). Assim, obteve-se um percentual de 43,79% de questionários respondidos.

Cidade	CDs cadastrados	Quest. Entregues	Quest. devolvidos
Leme	64	85	55
Araras	71	102	43
Pirassununga	70	100	30
Eng. Coelho	03	03	01
Conchal	11	11	02
S.C. Conceição	05	05	03
Total	224	306	134

Tabela 1- quadro demonstrativo da proporção entre Cirurgiões Dentistas inscritos nas prefeituras e de questionários entregues e devolvidos.

Nos municípios de Leme, Araras e Pirassununga, o número de questionários entregues foi maior que o de profissionais cadastrados, mostrando

que nem todos os Cirurgiões Dentistas estão devidamente registrados nas prefeituras das cidades onde trabalham.

De todos os profissionais que participaram da pesquisa, a média de acertos às questões que abordam notificação compulsória, legislação e doenças infecto-contagiosas foi de 51,44% enquanto que a média de erros foi de 48,56% (gráfico 1).

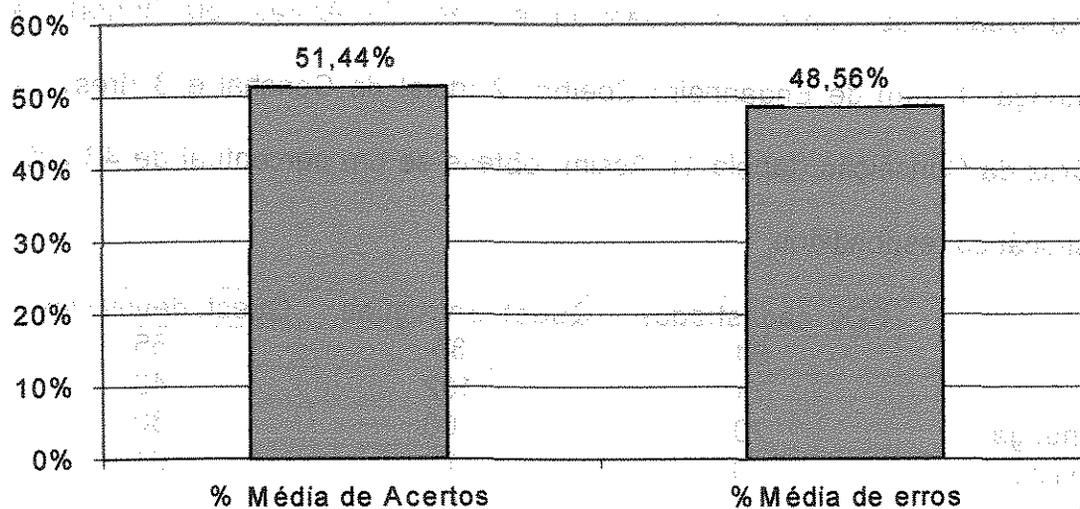


Gráfico 1- gráfico demonstrativo da média de acertos e erros no tocante às questões que abordam notificação compulsória, legislação e doenças (questões nº 9 a 19).

Dos 134 profissionais que responderam ao questionário, 45,5% pertenciam ao sexo feminino e 54,4% ao sexo masculino. Dentre eles, 34,3% concluiu ou estava cursando pós-graduação e 65,7% não.

Dentre os profissionais pós graduados, 2,1% acertaram entre 3 à 5 questões aleatoriamente, 63% esteve entre 6 à 10 questões aleatoriamente e 34,7% acertou entre 11 à 14 questões também aleatoriamente (gráfico 2).

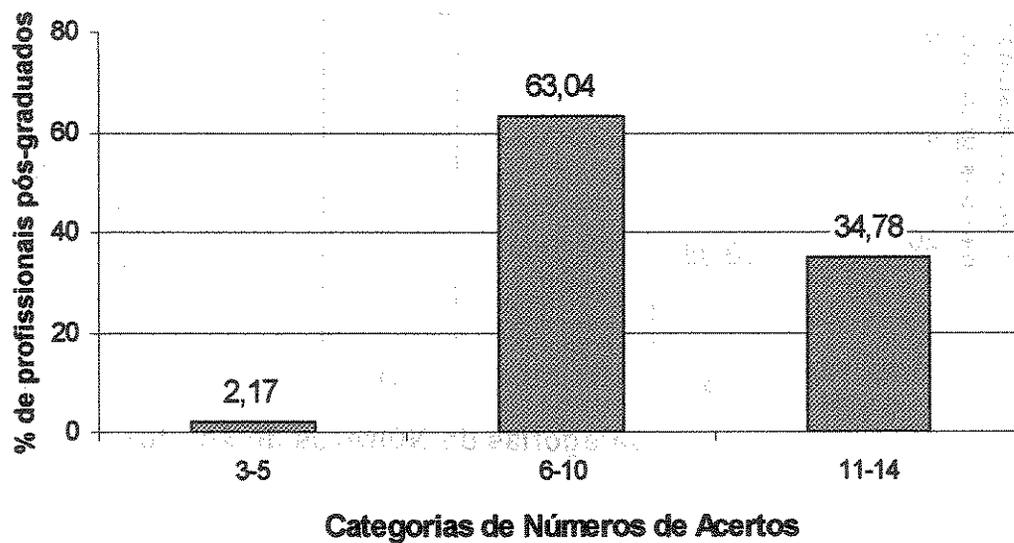


Gráfico 2- gráfico demonstrativo da distribuição de quantidade de acerto de questões aleatórias por Cirurgiões Dentistas pós graduados.

Analisando o índice de acertos de profissionais que não cursaram pós-graduação, aproximadamente 11% acertou entre 3 a 5 questões, 66% obteve acerto entre 6 a 10 questões e 25% entre 11 a 14 questões (gráfico 3).

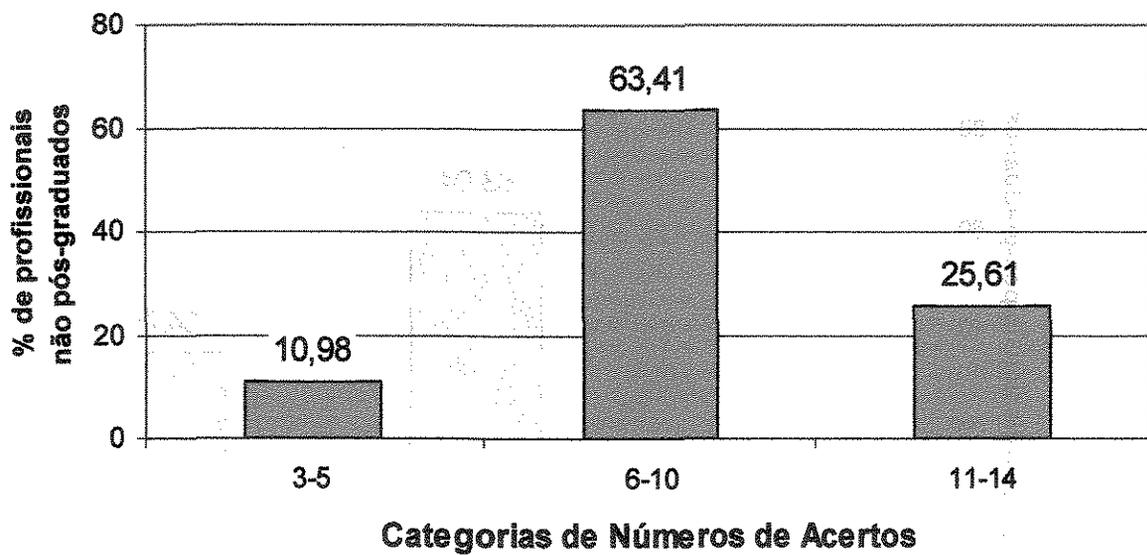


Gráfico 3 - gráfico demonstrativo da distribuição de quantidade de acerto de questões aleatórias por Cirurgiões Dentistas que não cursaram pós-graduação.

Quando comparamos os profissionais pós graduados com os que não cursaram pós graduação, verificamos que o índice de acerto às questões esteve bastante próximo (gráfico 4).

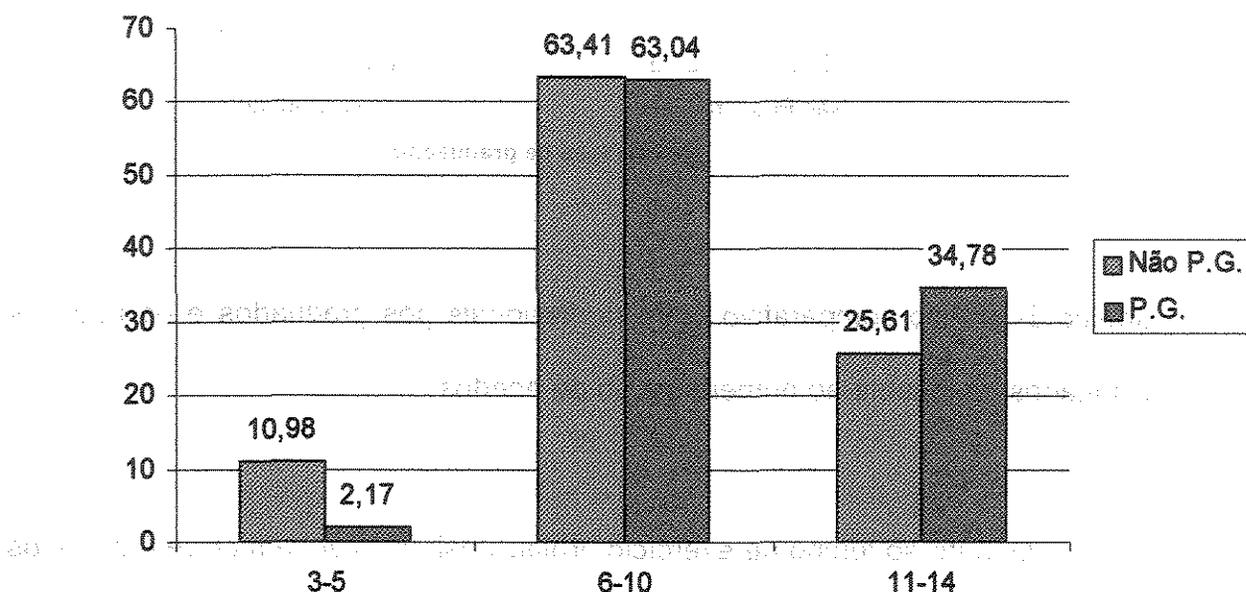


Gráfico 4- gráfico comparativo mostrando índice de acertos entre profissionais pós graduados e os não pós graduados.

Das quinze questões abrangendo notificação compulsória, legislação e doenças infecto-contagiosas, o número médio de acertos foi de 9,22 para o grupo de profissionais que não cursou pós graduação e 9,59 para os profissionais que a cursou (gráfico 5).

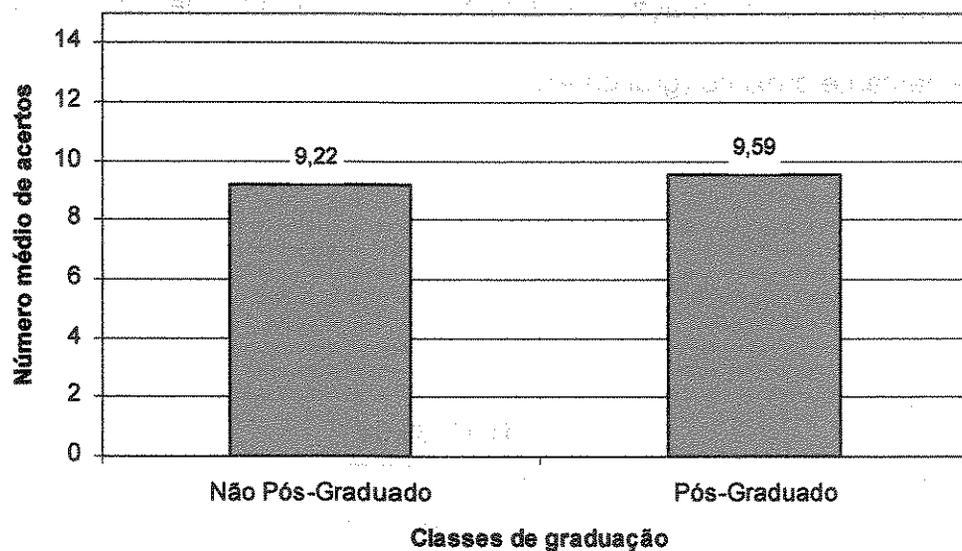


Gráfico 5- gráfico comparativo entre profissionais pós graduados e os não pós graduados no tocante ao número médio de acertos.

Quanto ao tempo de exercício profissional, 20% tinham entre 0 a 5 anos de formado; 30,8% tinham entre 5,5 a 10 anos; 20% haviam se formado entre 10,5 a 15 anos; o intervalo entre 15,5 a 20 anos de formado envolveu 10% dos profissionais; 6,7% tinham entre 20,5 a 25 anos de formado; e 12,5% dos profissionais haviam se formado a mais de 25 anos.

No tocante ao número de acertos, correlacionado com o tempo de exercício profissional, verificamos que não houve uma diferença estatisticamente significativa (gráfico 6).

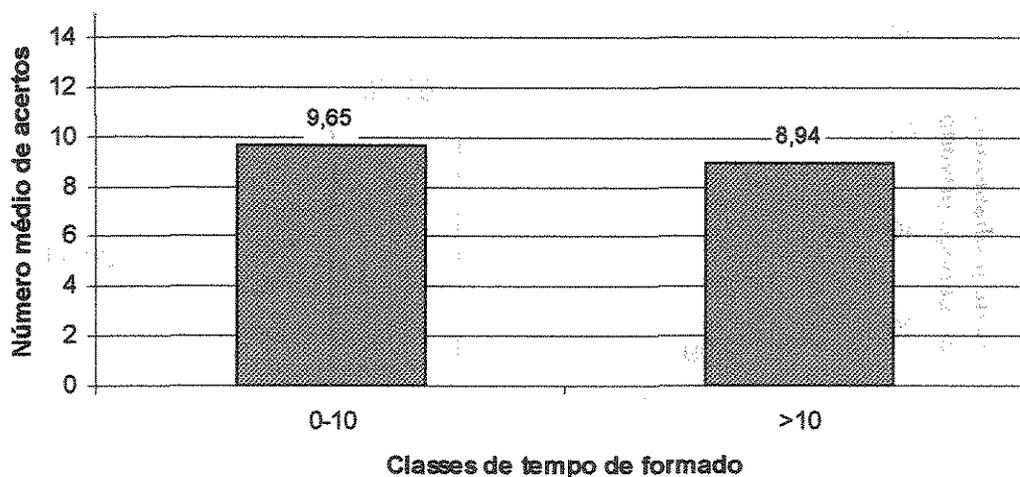


Gráfico 6- gráfico demonstrativo do número de acertos correlacionado com o tempo de formado.

No tocante ao setor de trabalho, verificou-se que 31,3% dos profissionais pertenciam ao serviço público, enquanto que 68,7% trabalhavam

No tocante ao setor de trabalho, verificou-se que 31,3% dos profissionais pertenciam ao serviço público, enquanto que 68,7% trabalhavam em outras atividades. Quando correlacionamos o setor de trabalho com o número de acertos, verificamos para o setor privado que a maioria dos entrevistados (62,50%) acertou entre 6 a 10 questões aleatoriamente (gráfico 7).

Para o setor público, observou-se que os 4,76% dos profissionais acertaram entre 3 a 5 questões, 69,05% acertaram entre 6 a 10 questões e 26,19% acertaram entre 11 a 14 questões (gráfico 8).

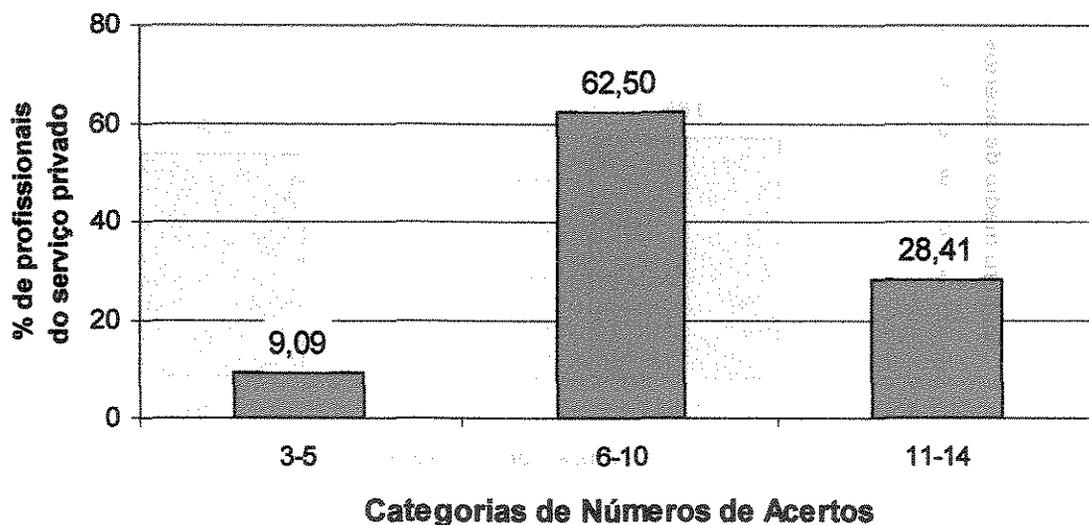


Gráfico 7- número de acertos dos profissionais do setor privado.

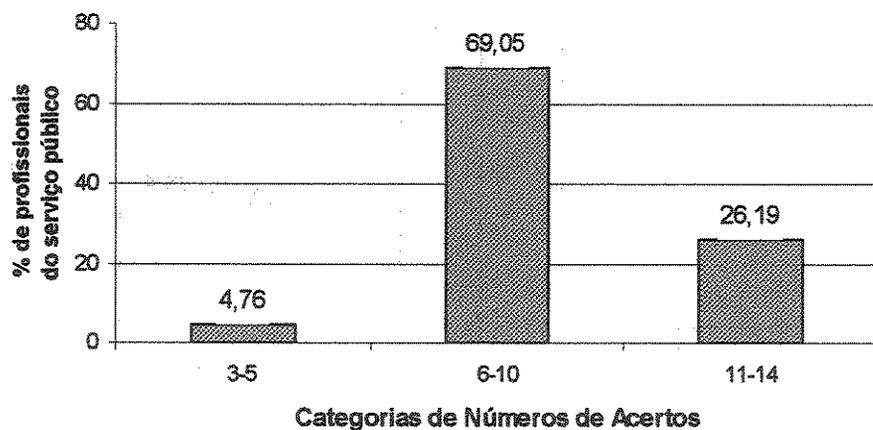


Gráfico 8- número de acertos relacionado aos profissionais do serviço público.

Quando comparamos a porcentagem de acerto dos profissionais que trabalham no serviço público com os que trabalham no serviço privado, verificamos que estatisticamente não existe diferença significativa (gráfico 9).

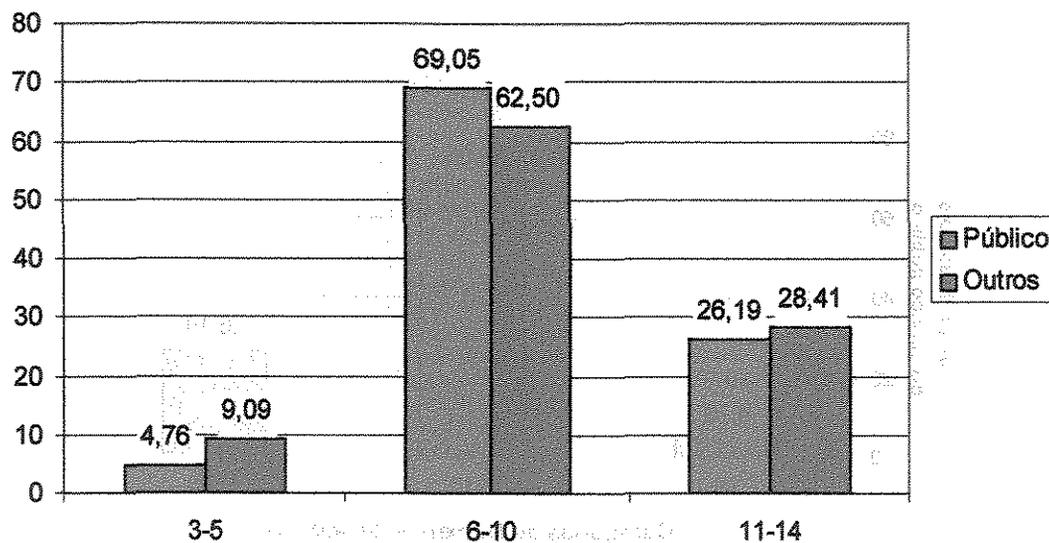


Gráfico 9- gráfico comparativo destacando porcentagem de acertos dos profissionais que trabalham na saúde pública com aqueles que trabalham em outras atividades.

Gráfico 9- gráfico comparativo destacando porcentagem de acertos dos profissionais que trabalham na saúde pública com aqueles que trabalham em outras atividades.

Apenas um profissional obteve maior índice de acertos (14 das 15 questões) que corresponde à 93,33% de acerto, mas quando comparado com o total dos entrevistados corresponde a 0,77% deles. Ele trabalha como clínico geral, em consultório próprio, não é pós graduado ou faz pós graduação (seja especialização, mestrado ou doutorado), faz curso de atualização uma vez por semestre e tem entre 0 à 5 anos de formado.

Dois profissionais obtiveram o menor número de acertos (3 das 15 questões) o que corresponde a 20% de acertos e representam 1,54% dos consultados para a pesquisa. Eles tem de 10,5 a 20 anos de formados, sendo que

um trabalha exclusivamente em serviço público e o outro em consultório próprio e de terceiros, sendo que um deles não é pós graduado e o outro é especialista. E ambos fazem cursos de atualização, um deles uma vez ao ano e o outro sem frequência determinada.

Quando correlacionamos todos os entrevistados com a porcentagem de acerto obtida por eles, verificamos que 64,89% do total acertou entre 6 a 10 questões (gráfico 10).

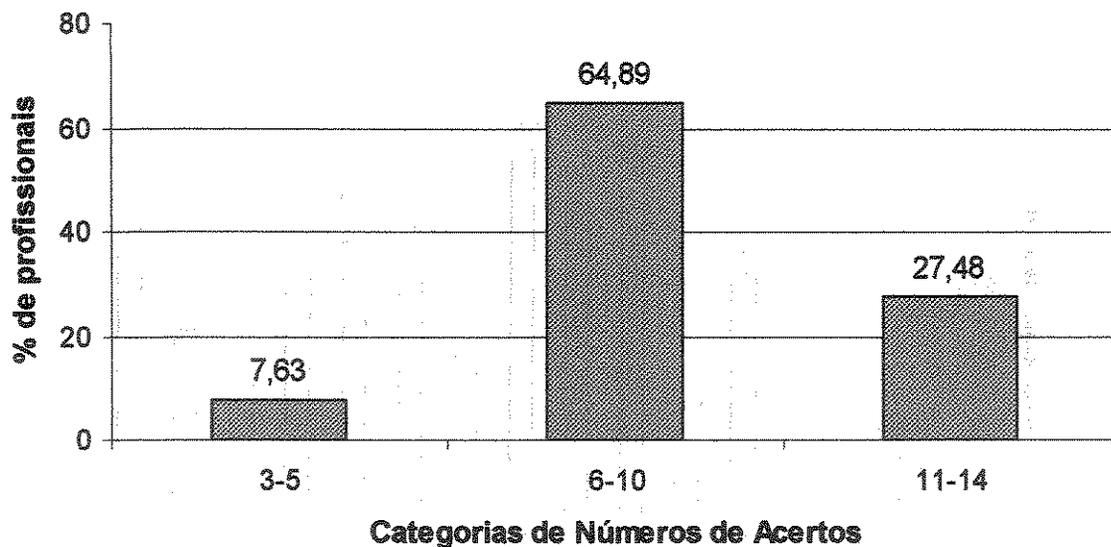


Gráfico 10- total de entrevistados x número de acertos.

Quando correlacionamos todas as questões com a porcentagem de acertos dos Cirurgiões Dentistas, verificamos que as questões 11D, 11E (abordando quais doenças são de notificação compulsória) e 12 (que conceitua Vigilância Epidemiológica) foram as que tiveram o maior índice de acerto, enquanto que as questões 10 e 11 A (que abordam doenças conhecidas como rubéola, sarampo, meningite e tuberculose e a obrigatoriedade sobre sua notificação) tiveram o menor índice de acerto (gráfico 11).

As questões que abordam diretamente a obrigatoriedade do Cirurgião Dentista, de número 16 e 19, obtiveram, respectivamente, 67,16% e 74,63% (gráfico 11).

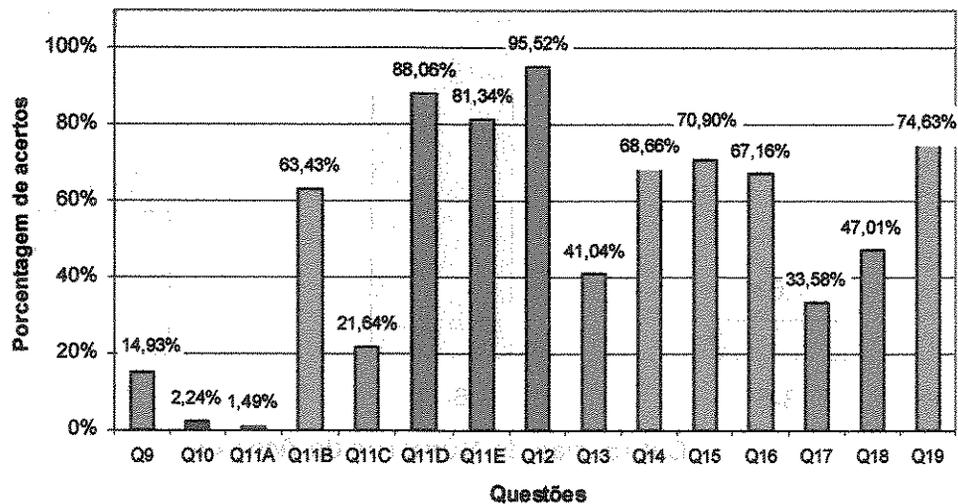


Gráfico 11- questões X porcentagem de acerto

Sobre a questão de número 20 (que solicita opinião do entrevistado sobre “notificação compulsória” dada em faculdade) 17,64% dos profissionais acreditam que o atual currículo que a aborda é suficiente. Outros 13,44% preferiram não responder. A grande maioria, totalizando 68,92% dos entrevistados, acreditam que o atual currículo no tocante a notificação compulsória é insatisfatório. Destes, 9% não deram explicações sobre sua resposta. Ainda no grupo que respondeu negativamente, 25% relataram que jamais tiveram contato com o assunto em aulas. Alegam os mesmos que para responderem as questões utilizaram o bom senso. É importante ressaltar ainda que 20% dos Cirurgiões Dentistas confessaram desconhecer por completo a legislação no tocante à notificação enquanto que 30% consideram o currículo mínimo da Odontologia insuficiente sobre o assunto. Alguns profissionais (12%) acreditam ser de responsabilidade do CRO, APCD e entidades ligadas de classe um maior esclarecimento.. Um dos entrevistados julga ser o Cirurgião Dentista inseguro e mal informado para fazer a notificação, esclarecendo ele que em sua anamnese e exame físico, o profissional é capaz de detectar várias doenças transmissíveis. Destacamos dentre as respostas fornecidas, a de um Cirurgião Dentista que alega não saber quais são as doenças, desconhecer como agir se diagnosticar as mesmas, bem como quando e a quem informar.

6- DISCUSSÃO

Para a evolução e desenvolvimento desta dissertação, foi feita uma vasta pesquisa e, juntando o parecer e determinação de várias entidades e órgãos governamentais, consultando-se leis difíceis de serem lidas e interpretadas por leigos, pode-se situar o Cirurgião Dentista frente a notificação compulsória.

Durante a execução do trabalho, inúmeras vezes foi preciso alterá-lo devido a mudanças na legislação, no elenco de doenças que exigem a notificação compulsória, bem como sistema de compilação dos dados fornecidos através da notificação. Com isto, deparamo-nos com algumas informações antagônicas como, por exemplo, a Portaria 993 e o SVE1, onde verificou-se que no primeiro há patologias que não constam no segundo, e para tal incoerência foi explicado que “agravos inusitados à saúde” engloba todas elas. Houve também grande dificuldade de se estabelecer a lista de doenças que são de notificação obrigatória. Segundo declarações verbais de funcionários de Centros de Saúde e Vigilância Epidemiológica, a lista vigente é a que consta na Portaria 993. Isto, porém, é uma inverdade, posto que doenças como a leishmaniose tegumentar americana deve ser notificada, não consta desta portaria e inclusive tem seu impresso próprio para a notificação. Pareceu-nos que uma nova metodologia de trabalho foi implantada sem que fosse dado orientação a quem com ela trabalha. Isto sugere que o Brasil ainda está buscando uma metodologia de trabalho mais eficiente para o controle de doenças transmissíveis, demonstrando ainda

amadorismo, propondo mudanças constantes, mudanças estas que chegam sem orientação adequada aos que vão trabalhar diretamente com as informações. Ora, se aqueles que lidam diariamente e diretamente com o assunto demonstram insegurança, como poderá as informações pertinentes à notificação compulsória chegar aos profissionais da saúde em geral e, mais especificamente, ao Cirurgião Dentista?

Ao se fazer o levantamento bibliográfico, nos deparamos com poucos artigos publicados, tanto no Brasil como em outros países; e em menos ainda encontramos a abordagem da situação do Cirurgião Dentista frente à notificação compulsória. Nota-se, também, que a preocupação com as doenças infecto contagiosas é universal, quer pela sua erradicação, propagação ou controle.

No tocante à pesquisa feita com Cirurgiões Dentistas, destaca-se o alto índice de acerto das questões que abordam diretamente a obrigatoriedade de categorias profissionais, e ainda, mais especificamente, nas questões que impõe diretamente a obrigatoriedade ao Cirurgião Dentista. Não obstante, verificamos um baixo índice no tocante ao conhecimento específico de doenças, e que não poderiam o ser, posto que várias das patologias objeto de notificação podem apresentar manifestações bucais. Tal fato se observa, por exemplo, nas questões que abordam a notificação para a rubéola, sarampo, meningite e tuberculose. O profissional é obrigado não só a notificá-las como deve ficar atento com o risco da infecção cruzada, tendo em vista que as mesmas são contagiosas, altamente infectivas, que assumem caráter epidêmico e que podem, como já o dissemos,

apresentar manifestações bucais. Ressalta-se ainda que são doenças que podem levar à morte ou deixar seqüelas irreparáveis.

Surpreendente foi a equiparação do grau de acertos e erros entre os pós graduados com os que não a cursaram.

Surpreendente, também, foi a semelhança entre acertos e erros dos profissionais que trabalham em serviço público com os demais profissionais. Tal fato é estarrecedor, visto que os profissionais da rede pública são constantemente convidados a participar de campanhas de saúde coletiva em geral, dentre elas as campanhas de imunização. Por conseguinte, deveriam estar melhor informados, tendo em vista que o cargo assumido o exige.

Do que foi exposto, temos de um lado uma legislação específica e até punitiva quanto à omissão do cirurgião dentista frente à notificação compulsória. E por outro lado, nos deparamos com um profissional pouco informado no tocante a este assunto. Embora de modo confuso e, às vezes equivocado, sugeriu-nos ter ele algum conhecimento sobre as doenças, visto que elas são abordadas por várias disciplinas durante a graduação; sugeriu-nos, também, ser ele conhecedor de alguns assuntos referentes à legislação, porém é incoerente jamais haver sido feita alguma notificação ao DIR XV por algum Cirurgião Dentista, de acordo com informações verbais fornecidas por este órgão governamental.

Desta forma, este assunto tem sido pouco explorado, discutido e divulgado e, em contrapartida, não há fiscalização quanto à omissão da notificação.

Parece que a legislação chega ao profissional, mas ele não estabeleceu elos entre notificação compulsória, epidemiologia, biossegurança, saúde pública e diagnóstico de doenças sistêmicas com manifestações bucais. Trata-se de um profissional extremamente técnico, e ainda, agravando tal situação, a notificação compulsória de doenças não é abordada com a devida importância em cursos de formação profissional ou pós graduação.

7- CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados encontrados, podemos concluir que

1- O Cirurgião Dentista é obrigado a fazer a notificação compulsória de doenças.

2- A notificação não constitui quebra de sigilo profissional.

3- Não houve um perfil profissional que tenha se destacado (seja ele do serviço público, pós-graduado ou que faça cursos com grande frequência) quanto ao conhecimento das questões que abordam a notificação compulsória, as doenças objeto de notificação e legislação que trata deste assunto.

4- Pelo que se pode analisar das informações que os profissionais nos forneceram, o assunto deste trabalho deveria ser abordado com sua devida importância, tanto na graduação quanto em cursos de pós graduação.

5- Existe o conhecimento da obrigatoriedade da notificação compulsória pelo Cirurgião Dentista. O mesmo não acontece com suas implicações ético-legais e epidemiológicas.

6-Há necessidade de reformulação do currículo mínimo de Odontologia, buscando informar com rigor sobre doenças contagiosas, sua notificação e a legislação que a fiscaliza.

7- Há necessidade de cursos de atualização e educação continuada sobre notificação compulsória, legislação, doenças contagiosas, biossegurança e diagnóstico de doenças sistêmicas com manifestações bucais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ALCÂNTARA, H.R. Normas legais e éticas para os profissionais da medicina. São Paulo : LTR, 1984. p.260-292, 490-509, 512-515.

ANDRADE, A.L.S.S. *et al.* Rastreamento sorológico para doenças infecciosas em banco de sangue como indicador de morbidade populacional. Rev Saude Publica, São Paulo, v.23, n.1, p.20-25, fev. 1989.

BAYER, R.; GOSTIN, L. Aspectos legales y éticos relativos al SIDA. Bol Oficina Sanit Panam, Washington, v.108, n.5/6, p.473-488, mayo/jun. 1990.

BRADLEY, B.L. *et al.* Notification of tuberculosis-Can the pathologist help? BJM, Edinburgh, v.297, n.6648, p.595, Sept. 1988.

BRASIL. Código civil. 47.ed. São Paulo : Saraiva, 1996. Art.144.

BRASIL. Código de processo civil. 27.ed. São Paulo : Saraiva, 1997a. Art.406, 414.

BRASIL. Código de processo penal. 39.ed. São Paulo : Saraiva, 1999a. Art.207.

BRASIL. Código penal. 37.ed. São Paulo : Saraiva, 1999b. Art.154, 268, 269.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1416, de 22 de dezembro de 1999. Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez. 1999. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.993, de 4 de setembro de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, 5 set. 2000. Seção 1, p.28.

* Baseada na NBR-6023 de ago. de 2000, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).
Abreviatura dos títulos dos periódicos em conformidade com o MEDLINE.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 3.ed. Brasília : Ministério da Saúde, 1994. 373p.

CARVALHO, H.V.; SEGRE, M. Compêndio de medicina legal. São Paulo : Saraiva, 1987. p.33-34, 211-213.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Aspectos éticos e legais do exercício da odontologia. Rio de Janeiro : CFO, 1990. p.33-38.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Aspectos éticos e legais do exercício da odontologia. 2.ed. Rio de Janeiro : CFO, 1994. p.14-57.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código de ética odontológica. Rio de Janeiro : CFO, 1983. 30p.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código de ética odontológica. Rio de Janeiro : CFO, 1992. 19p.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código de ética odontológica. Rio de Janeiro : CFO, 1998. 20p.

DARUGE, E. Direitos profissionais na odontologia. São Paulo : Saraiva, 1978. p.162-165, 285-297, 403-409, 430-432.

DICKINSON, J.A. Notification of disease. Worthwhile or not? Aust Fam Physician, Sydney, v.20, n.6, p.772-780, June 1991.

FÁVERO, F. Código penal brasileiro comentado. São Paulo : Saraiva, 1950. p.26-58.

FÁVERO, F. Medicina legal. 12.ed. Belo Horizonte : Vila Rica, 1991. p.1010-1013.

FÁVERO, F. Notas e comentários dos crimes contra a saúde pública. Rev Tribunais, São Paulo, v.338, p.579-580, dez. 1963.

- FOSSAERT, H.; LLOPIS, A.; TIGRE, C.H. Sistemas de vigilância epidemiológica. Bol Oficina Sanit Panam, Washington, v.76, p.512-528, jun. 1974.
- FRANÇA, G.V. Direito médico. 6.ed. São Paulo : Fundação BYK, 1994. p.133-153, 542-549.
- GAN, M.J.; DONG, L.J.; SMEGO JR., R.A. Infectious diseases in China. J Infect Dis, Chicago, v.164, n.4, p.830-831, Oct. 1991.
- GONÇALVES, A.P.; SA, C.A.M.; RUBINI, N. Infecção HIV/AIDS. Visão Brasileira. An R Acad Nac Med (Madr), Madri, número especial, p.145-156, 1996.
- GUIDELINES on AIDS. N Z Med J, Wellington, v.2, p.466-467, July 1988.
- HUNGRIA, N. Comentários ao código penal. Rio de Janeiro : Forense, 1959. p.102-105.
- INFECTIOUS diseases are not banished. Nature, London, v.359, n.6397, p.657-658, Oct. 1992.
- IRGENS, L.M.; CAIEIRO, F.M.; LECHAT, M.F. Leprosy in Portugal 1946-80: epidemiologic patters observed during declining incidence rates. Lepr Rev, Oxford, v.61, n.1, p.32-49, mar. 1990.
- JESUS, D.E. Código penal anotado. 2.ed. São Paulo : Saraiva, 1991. p.426-429, 672-677.
- MARTINEZ PIEDRA, R. *et al.* Sistema automatizado de control a viajeros internacionales. Rev Cubana Med Trop, La Habana, v.42, n.1, p.25-36, ene./abr. 1990.
- MIRABETE, J.F. Manual de direito penal. 3.ed. São Paulo : Atlas, 1987. p.189-195.

- MIRABETE, J.F. Manual de direito penal. 7.ed. São Paulo : Atlas, 1994. p.123-132.
- ORDOBÁS, M.A.; ZORILLA, B.; ARIAS, P. Influenza in Madrid, Spain, 1991-92: validity of the sentinel network. J Epidemiol Community Health, London, v.49, Supplement 1, p.14-16, Aug. 1995.
- ORMEROD, L.P. Notification of tuberculosis: how many cases are never reported? Thorax, London, v.48, n.5, p.583, May 1993.
- PALMIERI, L.; SOLLECITO, A. Le malattie infettive in Provincia di Chieti dal 1951 al 1968. G Mal Infett Parassit, Milano, v.20, n.12, p.1033-1039, 1968.
- QUINTELA, R.S. Organização dos serviços de fiscalização do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo. *In*: FORUM: FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ODONTOLOGIA. São Paulo, 1995. p.7-54.
- RUBIN, E.; FARBER, J.L. (Ed.) Patologia. Rio de Janeiro : Interlivros, 1990. p.296-401.
- RYAN, F.M. *et al*. Meningococcus: a menace in cork? Ir Med J, Dublin, v.89, n.1, p.21-22, Jan./Feb. 1996.
- SÃO PAULO. Lei n. 10083. Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 1988. Seção 1, v.108, n.182.
- SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. Centro de Informações de Saúde. Manual de vigilância epidemiológica : normas e instruções. São Paulo: Centro de Informações de Saúde, 1978. p.i-xi, 1-39.
- SHAFER, W.G. Tratado de patologia bucal. 4.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1987. p.316-370.

SILVA, M. Compêndio de odontologia legal. São Paulo : Medsi, 1997. p.51-52.

SOUZA, E.J. Ethical and legal issues and AIDS. J Indian Med Assoc, Bombay, v.91, n.12, p.325-326, Dec. 1993.

TABELA das doenças de notificação compulsória. 1992. Disponível na Internet: <<http://www.uol.com.br/intramed/links/tabela.htm>>. Acessado em: 8 ago. 2001.

TYLER, P.J. Notification of prescribed diseases. Med J Aust, Sydney, v.144, n.3, p.168, Feb. 1986.

APÊNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

1. Sexo:

M () masculino

F () feminino

2. Especialidade (s):

A _____

B _____

3. Tempo de exercício profissional clínico: _____ anos.

4. Faculdade onde se graduou. _____

5. Setor de trabalho:

a () no serviço público (federal, estadual ou municipal)

b () em consultório particular

c () em consultório de terceiros (sindicatos, indústrias, hospitais, etc.)

d () em faculdade de odontologia, como docente

e () outros. Especificar:

6. Cidade em que trabalha. _____

7. Com que frequência participa de cursos, palestras, aulas, congressos, etc., de interesse da sua área de atuação:

a () no mínimo, uma vez por semestre

b () no mínimo, uma vez a cada ano

c () no mínimo, uma vez a cada dois anos

- d () sem a periodicidade acima
- e () não participa.

8. Fez ou está fazendo curso de Pós- Graduação? Nível?

- a () não
- b () sim, nível especialização, na área de _____
- c () sim, nível mestrado, na área de _____
- d () sim, nível doutorado, na área de _____

II - INFORMAÇÕES TÉCNICAS RELATIVAS À NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS

Nas questões seguintes, assinale FALSO ou VERDADEIRO:

9. Em sua anamnese, o paciente relata ser usuário de droga injetável. Você suspeita ser ele portador do vírus da AIDS, suspeita esta confirmada através do exame solicitado. Sua conduta será **não** comunicar a Vigilância Epidemiológica por ele não ser doente de fato, e sim um portador.

- a () falso
- b () verdadeiro

10. Ao atender uma criança, você detecta estar ela com rubéola. Sua conduta será apenas suspender o tratamento da criança, e retomá-lo após sua recuperação. Neste caso, o cirurgião dentista **deve** fazer a comunicação à Vigilância Epidemiológica.

- a () falso
- b () verdadeiro

11. São consideradas doenças infecto-contagiosas e objeto de controle da Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo:

11.a sarampo, meningite, tuberculose

a () falso

b () verdadeiro

11.b nefrite, hanseníase, meningite

a () falso

b () verdadeiro

11.c cólera, gripe espanhola , AIDS

a () falso

b () verdadeiro

11.d febre amarela, dengue, raiva

a () falso

b () verdadeiro

11.e rubéola, sarampo, AIDS

a () falso

b () verdadeiro

12. Um conceito atual de Vigilância Epidemiológica seria " o conjunto de ações que proporcionem o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de adotar ou recomendar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos à saúde".

a () falso b () verdadeiro

13. Para que a Vigilância Epidemiológica desenvolva seu trabalho, é fundamental que haja a notificação dos casos, muito embora tal notificação conte apenas com o senso ético de determinados profissionais, uma vez que não há legislação que aborde o assunto.

a () falso

b () verdadeiro

14. A notificação compulsória de doenças é obrigatória, porém apenas a médicos e veterinários, e a legislação federal e estadual é bastante clara sobre este assunto.

a () falso

b () verdadeiro

15. Temos como conceito atual de Notificação Compulsória “ a obrigatoriedade de comunicar à autoridade sanitária local, dentro do prazo de 24 hs, o conhecimento de qualquer caso suspeito ou confirmado de doença transmissível prevista no Código Sanitário”.

a () falso

b () verdadeiro

16. A notificação de doenças é obrigatória a várias categorias profissionais, dentre elas a do cirurgião dentista, e tal obrigatoriedade está claramente expressa na legislação federal e estadual que aborda o assunto.

a () falso

b () verdadeiro

17. No Brasil, nós temos uma lista de doenças que são de notificação compulsória e esta lista é válida em todo o território nacional, sem se considerar as variantes regionais.

a () falso

b () verdadeiro

18. Para cada estado brasileiro vigora uma lista de doenças consideradas de notificação compulsória para aquela região.

a () falso

b () verdadeiro

19. Todo cidadão tem o dever de notificar casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis, porém determinadas categorias profissionais, incluindo o cirurgião dentista, tem a obrigação de fazer a notificação dos casos de que teve conhecimento no exercício de sua profissão.

a () falso

b () verdadeiro

20 . Você acha que o atual currículo mínimo da Odontologia no tocante à "notificação compulsória" é suficiente?

a () sim

b () não

Em caso negativo, o que acha que deve mudar?



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba
CEP-FOP-UNICAMP

CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "Aspectos éticos e legais da notificação compulsória de doenças", sob o protocolo nº **04/2000**, do Pesquisador(a) **Denise de Carvalho Souza** sob a responsabilidade do Prof(a). Dr(a). **Roberto José Gonçalves**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FOP.

Piracicaba, 09 de fevereiro de 2000

We certify that the research project with title "legal and ethical aspects of compulsory notification diseases", protocol nº **04/2000**, by Researcher **Denise de Carvalho Souza**, responsibility by Prof. Dr. **Roberto José Gonçalves**, is in agreement with the Resolution 196/96 from National Committee of Health/Health Department (BR) and was approved by the Ethical Committee in Research at the Piracicaba Dentistry School/UNICAMP (State University of Campinas).

Piracicaba, SP, Brazil, February 09 2000

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SERVIÇO DE CIRCULANTE


Prof. Dr. Pedro Luiz Rosalén
Secretário - CEP/FOP/UNICAMP


Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes
Coordenador - CEP/FOP/UNICAMP