



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 16 – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: INFORMAÇÕES A SERVIÇO DA PREVENÇÃO E CONTROLE DE PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA

Assahito Joel Sakamoto

Graduação em Odontologia pela FORP USP, Assistente Técnico de Saúde no DRS de Ribeirão Preto/ SES SP, Especialização em Serviços de Saúde Hospitalar pela Universidade Nove de Julho, Especialização Executiva em Saúde, Fundação Getúlio Vargas e Curso Osvaldo Cruz, Mestrando MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Evely Sartorti da Silva

Cirurgiã-dentista da Prefeitura de Jundiaí/ SP, Especialista em Periodontia – FOP/UNICAMP, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP.

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

Apresentar o sistema de vigilância epidemiológica brasileiro esclarecendo os aspectos constitutivos e atividades desenvolvidas pela mesma a fim de facilitar a compreensão de todo o processo desde a coleta dos dados até a retroalimentação deste sistema complexo que envolve tecnologia, informações, profissionais e gestores da saúde, estabelecimentos de saúde e população em geral.

Conteúdo Programático

1. Bases Históricas da Vigilância Epidemiológica
2. Conceitos e Objetivos da Vigilância Epidemiológica
3. Atividades da Vigilância Epidemiológica
 - 3.1. Coleta e consolidação de dados;
 - 3.1.1. Notificação Compulsória de Casos
 - 3.1.2. Definição de caso com propósito de vigilância
 - 3.1.3. Fontes de Dados Utilizados pela Vigilância Epidemiológica

- 3.1.4. Sistemas de Informação em Vigilância em Saúde
 - 3.1.4.1. Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN
 - 3.1.4.2. Outros sistemas de informação
- 3.2. Investigação de Casos, Emergências de Saúde Pública e Epidemias
 - 3.2.1. Inquérito epidemiológico
 - 3.2.2. Levantamento epidemiológico
 - 3.2.3. Sistemas sentinelas
- 3.3. Interpretação de dados e análise de informação
- 3.4. Recomendação e adoção de medidas de controle
- 3.5. Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica
- 3.6. Retroalimentação e divulgação de informações
- 4. O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVE) e o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE)
 - 4.1. Nível Local
 - 4.2. Nível Intermediário
 - 4.3. Nível Central
- 5. A Odontologia e a Vigilância Epidemiológica
 - 5.1. Vigilância de doenças e agravos ocasionados pelo exercício da Odontologia
 - 5.2. Estudos Epidemiológicos em Saúde Bucal
 - 5.2.1. Cárie Dentária
 - 5.2.2. Doença Periodontal
- 6. Experiência 1: Vigilância da Doença pelo Vírus Ebola (DVE)
- 7. Experiência 2: Vigilância da Febre Chikungunya
- 8. Considerações Finais

LEITURA OBRIGATÓRIA

Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Guia de vigilância epidemiológica. São Paulo: CVE; 2012. 656p. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde.

LEITURA COMPLEMENTAR

- Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática (capítulo de Vigilância). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. 596p.

Atividades Recomendadas:

1. O que se entende por vigilância epidemiológica?
 Marque como (O) o que podemos dizer que é objetivo da vigilância epidemiológica e o que é função(F).
 () Analisar e interpretar dados.
 () Avaliar eficácia e efetividade das medidas adotadas.

- () Fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde.
- () Coletar dados.
- () Disponibilizar informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos.
- () Processar dados coletados.
- () Promover as ações de controle.
- () Recomendar e implementar os programas de controle de doenças.
- () Detectar, precocemente, o aparecimento das doenças sob vigilância e realizar intervenção oportuna.
- () Recomendação das medidas de controle apropriadas.
 1. O que é notificação compulsória de casos, para que serve?
 2. Quem deve fazer a notificação das doenças?
 3. Quais dados e informações alimentam o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica?
 4. O que é Investigação epidemiológica?
 5. O que é um Sistema de Informação em Saúde e quais os principais sistemas utilizados na vigilância epidemiológica?
 6. O que é SINAN para que ele serve?
 7. É possível termos casos de Ebola no Brasil?
 8. Fazer um comparativo (diferenças e semelhanças) entre a febre Chikungunya e a Dengue
 9. Descreva uma experiência recente que mostre a atuação da Vigilância Epidemiológica em qualquer nível (local, estadual ou nacional), ou mesmo em sua cidade.

1. Bases Históricas da Vigilância Epidemiológica

No início do século XX, com o aprimoramento das bases científicas modernas da “Era Bacteriológica”, Oswaldo Cruz criou o modelo das campanhas sanitárias. A febre amarela foi a primeira doença de notificação obrigatória no Brasil. Em 1937, foi criada e registrada a primeira vacina eficaz contra febre amarela, conhecida como “vírus camarada”.

Foi na década de 50, durante a Campanha de Erradicação da Malária, que o termo “Vigilância Epidemiológica” passou a ser aplicado para o controle das doenças transmissíveis, originalmente tido como “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos” (Fossaert et al., 1974).

No período que correspondeu aos anos de 1966 à 1973, ocorreu no Brasil a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV). A década de 60 ficou reconhecida como o marco da institucionalização das ações de vigilância no país, pela instituição de uma fase da vigilância epidemiológica na CEV (Teixeira e Risi Junior, 1999).

Em 1968, realizou-se a 21ª Assembleia Mundial de Saúde, onde se estabeleceu a abrangência do conceito de vigilância epidemiológica para além das doenças transmissíveis, as doenças não transmissíveis e agravos. Logo após, em 1969, foi organizado um Sistema de Notificação de Doenças que continha informações colocadas em um boletim epidemiológico quinzenal (Risi Junior, 1992).

Foi durante a 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, que o Ministério da Saúde instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), através da Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975 e Decreto 78.231/76 (Brasil, 1975, 1976; São Paulo, 2012).

Destacam-se os seguintes artigos da Lei 6.259/75:



Figura 1: Histórico da Vigilância Epidemiológica. **Fonte:** Adaptado de Rouquayrol, 1999

“Art. 9º – É obrigatório proceder a investigação epidemiológica pertinente à elucidação do diagnóstico e tomar medidas de controle cabíveis, no caso das doenças do elenco de Doenças de Notificação Compulsória (DNC)”.

No ano de 1977, o Ministério da Saúde elaborou o primeiro Manual de Vigilância Epidemiológica, no qual se encontravam as normas técnicas utilizadas para a vigilância de cada doença (Rouquayrol e Almeida Filho, 1999).

A promulgação da lei 8.080, que instituiu em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), teve importantes desdobramentos na área de vigilância epidemiológica. O texto oficializa o conceito de vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona 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” (Brasil, 1990).

A partir de 2003 até os dias de hoje, as atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças foram retiradas da Fundação Nacional da Saúde (Funasa) e inseridas, naquele momento, na recém-criada Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS), que é responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira (Brasil, 2014d) (Figura 1).

2. Conceitos e Objetivos da Vigilância Epidemiológica

Por algum tempo prevaleceu a ideia de que a epidemiologia restringia-se ao estudo de epidemias de doenças transmissíveis. Hoje, é reconhecido que a epidemiologia, enquanto ciência, trata de qualquer evento relacionado à saúde (ou doença) da população, partindo do conhecimento dos fatos que a determinam e provendo, conseqüentemente, subsídios para a prevenção das doenças. A aplicação prática da epidemiologia nos serviços de saúde é feita sistematicamente pela Vigilância Epidemiológica (Buehler, 2011).

O termo vigilância pode se referir a duas conotações diferentes na área da saúde: a de observação de pessoas ou a observação de danos à saúde, visando à intervenção ou controle da situação encontrada. A vigilância de pessoas consiste na observação sistemática de alguns indivíduos, a fim de facilitar o pronto diagnóstico de infecções ou doenças a que podem ser acometidos (Benenson, 1987). A outra vertente da vigilância seria a vigilância da doença, definida como um sistema de análise e disseminação de informações relevantes para a prevenção e o controle de um problema de saúde pública (Pereira, 1995).

A partir de 2003, com a unificação de todas as ações de Vigilância, através da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) pelo Ministério da Saúde, a **vigilância em saúde** passa a ser entendida como “um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde” (Brasil, 2013a).

Sinteticamente, as funções da VE podem ser resumidas em “monitorização” e “controle”, onde o termo monitorização significa “acompanhar e avaliar” ou “controlar mediante acompanhamento” (Brasil, 2005a).

Podemos pontuar como objetivos específicos da VE: **Informar** sobre a magnitude e a distribuição dos agravos à saúde na população, usualmente em termos de morbidade e mortalidade; **Recomendar** ou iniciar ações oportunamente, a fim de circunscrever o problema, se possível na fase inicial de expansão, reduzir os seus níveis de morbidade e mortalidade, ou até mesmo eliminar o agravo à saúde na localidade; e **Avaliar** medidas de saúde pública (Pereira, 1995) (Figura 2).

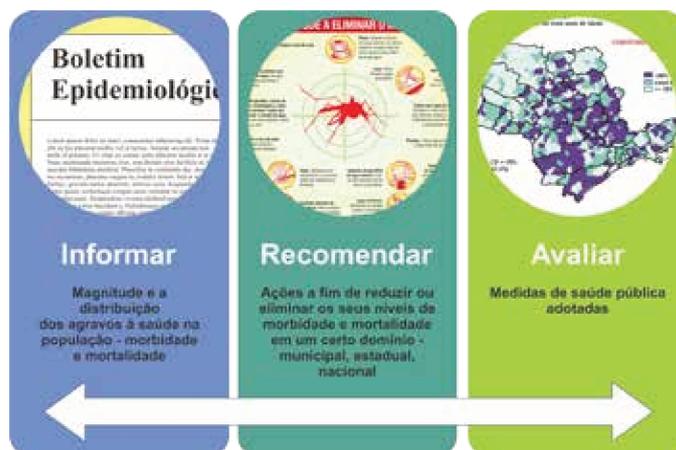


Figura 2: Objetivos da Vigilância Epidemiológica

Fonte: Adaptado de Brasil (2015c); Poder Judiciário de Mato Grosso (2015); Bacelar e Cambricoli (2015).

3. Atividades da vigilância epidemiológica (Brasil, 2005a)

1. Coleta e consolidação de dados;
2. Investigação epidemiológica;
3. Interpretação de dados e análise de informação;
4. Recomendação e adoção de medidas de controle;
5. Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica; e
6. Retroalimentação e divulgação de informações.

3.1. Coleta e Consolidação de Dados

Para que haja dados disponíveis no sistema de Vigilância Epidemiológica, é preciso que o mesmo seja alimentado, quer seja por dados já disponíveis de outras fontes, ou de fontes criadas especificamente para este fim, coletados em todos os níveis de atuação do sistema de saúde (privado e público). A força e o valor da informação (dado trabalhado) dependem da qualidade e fidedignidade com que os dados são gerados e coletados, bem como da sua representatividade em relação ao problema existente.

A credibilidade do sistema de notificação depende, em grande parte, da capacidade dos serviços locais de saúde – que são responsáveis pelo atendimento dos casos – diagnosticarem corretamente as doenças e agravos. Para isso, os profissionais deverão estar tecnicamente capacitados e dispor de recursos complementares para a confirmação da suspeita clínica. Diagnóstico e tratamento, feitos corretos e oportunamente, asseguram a confiança da população em relação aos serviços, contribuindo para a eficiência do sistema de vigilância (Brasil, 2009).

3.1.1. Notificação Compulsória de Casos

Notificação compulsória pode ser definida como uma comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada por médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde,

públicos ou privados que prestam assistência ao paciente, responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa, ou por qualquer cidadão que tenha conhecimento sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravamento ou evento de saúde pública, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes (Brasil, 1976 e 2014a).

Os parâmetros para inclusão de doenças e agravamentos na lista de notificação compulsória devem obedecer aos critérios a seguir:

- a) **Magnitude** – aplicável a doenças de elevada frequência, que afeta grandes contingentes populacionais e se traduzem por altas taxas de incidência, prevalência, mortalidade e anos potenciais de vida perdidos.
- b) **Potencial de disseminação** – representado pelo elevado poder de transmissão da doença, através de vetores ou outras fontes de infecção, colocando sob risco a saúde coletiva.
- c) **Transcendência** – expressa-se por características subsidiárias que conferem relevância especial à doença ou agravamento, destacando-se: severidade, medida por taxas de letalidade, de hospitalização e de sequelas; relevância social, avaliada, subjetivamente, pelo valor imputado pela sociedade à ocorrência da doença, e que se manifesta pela sensação de medo, de repulsa ou de indignação; e relevância econômica, avaliada por prejuízos decorrentes de restrições comerciais, redução da força de trabalho, absenteísmo escolar e laboral, custos assistenciais e previdenciários, entre outros.
- d) **Vulnerabilidade** – medida pela disponibilidade concreta de instrumentos específicos de prevenção e controle da doença, propiciando a atuação efetiva dos serviços de saúde sobre indivíduos e coletividades.
- e) **Compromissos internacionais** – relativos ao cumprimento de metas continentais ou mundiais de controle, de eliminação ou de erradicação de doenças, previstas em acordos firmados pelo governo brasileiro com organismos internacionais.
- f) **Regulamento Sanitário internacional** – As doenças que estão definidas como de notificação compulsória internacional são incluídas, obrigatoriamente, nas listas de todos os países membros da OMS. Ex.: cólera, peste e febre amarela, entre outros eventos.
- g) **Epidemias, surtos e agravamentos inusitados** – Todas as suspeitas de epidemias ou de ocorrência de agravamento inusitado devem ser investigadas e imediatamente notificadas aos níveis hierárquicos superiores, pelo meio mais rápido de comunicação disponível. Mecanismos próprios de notificação devem ser instituídos, definidos de acordo com a apresentação clínica e epidemiológica do evento (Rouquayrol e Almeida Filho, 1999; Brasil, 2005a).

A Notificação Compulsória pode ser feita imediata ou semanalmente, através de formulários eletrônicos no site do Ministério da Saúde, em papel ou mesmo ligação ao serviço de notificação. A notificação compulsória imediata (NCI) é realizada em até vinte e quatro horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravamento ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível, e a notificação compulsória semanal (NCS), pode ser realizada em até sete dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravamento.

A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravamentos constantes da Lista Nacional de Notificação Compulsória (Anexo 1).

A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravamento de notificação compulsória. Caso não tenha sido identificado nenhuma doença, agravamento ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória durante a semana epidemiológica, deve haver uma comunicação rea-

lizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, denominada **Notificação Compulsória Negativa** (Brasil, 2014a).

Historicamente, a notificação compulsória tem sido a principal fonte de dados da vigilância epidemiológica, fornecendo um ponto de partida para a investigação de doenças e agravos dentro da comunidade, familiares e vizinhos da localidade. Também podem apontar as falhas das medidas de controle implantadas, quando da investigação dos casos. E ainda, em associação à outras investigações como exames laboratoriais e atestados de óbito, podem fornecer elementos necessários para compor indicadores da doença na comunidade e impacto das medidas de controle (Pereira, 1995).

3.1.2. Definição de caso com propósito de vigilância

A definição de caso é importante para a uniformização do conceito, com o objetivo de possibilitar a comparação entre sua ocorrência em diferentes áreas geográficas e épocas.

Eles podem ser classificados como:

- a) **Caso suspeito:** Pessoa cuja história clínica e epidemiológica, sintomas e possível exposição a uma fonte de infecção/contaminação sugerem estar desenvolvendo ou em vias de desenvolver alguma doença.
- b) **Caso confirmado:** Pessoa ou animal de quem foi isolado e identificado o agente etiológico ou de quem foram obtidas outras evidências epidemiológicas ou laboratoriais da presença do agente etiológico. A confirmação do caso está condicionada, sempre, à observância dos critérios estabelecidos, para a sua definição, pelo sistema de vigilância.
- c) **Caso descartado:** Pessoa que não preenche os critérios de confirmação e compatibilidade; ou para a qual é diagnosticada outra patologia que não aquela que se está apurando (Brasil, 2005a).

3.1.3. Fontes de Dados Utilizados pela Vigilância Epidemiológica

- a) **Dados demográficos, ambientais e socioeconômicos:** Permitem quantificar grupos populacionais, com vistas à definição de denominadores para o cálculo de taxas. O número de habitantes, de nascimentos e de óbitos deve ser discriminado segundo características de sua distribuição por sexo, idade, situação do domicílio, escolaridade, ocupação, condições de saneamento, entre outras.
- b) **Dados de morbidade:** São os mais utilizados em vigilância epidemiológica, por permitirem a detecção imediata ou precoce de problemas sanitários. Correspondem à distribuição de casos segundo a condição de portadores de infecções ou de patologias específicas, como também de sequelas.
- c) **Dados de mortalidade:** São muito úteis para analisar a gravidade dos fenômenos vigiados, sendo mais úteis que os dados de morbidade nos casos de doenças de maior letalidade, por se referirem a dados vitais bem marcantes e razoavelmente registrados. Eles provêm de declarações de óbitos registradas e coletadas pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde (Brasil, 2009).
- d) **Dados de ações de controle de doenças e de serviços de saúde:** São dados obtidos na operacionalização e execução de medidas de controle, incluindo, por exemplo, número de doses de vacinas aplicadas [Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)], índice de infestação predial (Programa Nacional de Controle de Dengue), percentual de residências visitadas e outros. Esses dados são provenientes dos serviços de saúde e de órgãos que fornecem informações de interesse para a vigilância epidemiológica (Brasil, 2005a).
- e) **Resultados de Laboratório:** Os resultados laboratoriais vinculados à rotina da vigilância epidemiológica complementam o diagnóstico de confirmação de casos e, muitas vezes, servem como fonte de conhecimento de casos ou de eventos que não foram notificados. Também devem ser incorporados os dados de correntes de estudos epidemiológicos especiais, realizados pelos laboratórios de saúde pública em apoio às ações de vigilância.

- f) **Bancos de Sangue:** Os bancos de sangue constituem uma importante fonte de informação sobre morbidade, especialmente em cidades de grande porte, onde um enorme contingente de pessoas é examinado nos bancos de sangue.
- g) **Dados de uso de produtos biológicos, farmacológicos, químicos (intoxicações exógenas):** A coleta de dados sobre o uso de certos produtos, como medicamentos, vacinas, soros, agrotóxicos, podem complementar informações rotineiras sobre a morbidade. Há vários níveis onde podem ser buscadas informações sobre a aquisição do produto, sua distribuição ou utilização pela população.
- h) **Notícias de Jornais e de Outros Meios de Comunicação:** Muitas vezes, informações oriundas da imprensa e da própria comunidade são fontes importantes de dados, devendo ser sempre consideradas para a realização da investigação pertinente. Podem ser o primeiro alerta sobre a ocorrência de uma epidemia ou agravo inusitado, principalmente quando a vigilância em determinada área é insuficientemente ativa (Pereira, 1995).

3.1.4. Sistemas de Informação em Vigilância em Saúde

É o mecanismo de coleta, ordenação, processamento de dados, análise e transmissão de informações necessárias para se organizar e operar os serviços de saúde; e para o planejamento com vistas ao controle de doenças e promoção, proteção e recuperação da saúde.

3.1.4.1. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

É um sistema de âmbito nacional indispensável para as atividades de Vigilância Epidemiológica. Foi desenvolvido entre 1990 e 1993 no intuito de solucionar as dificuldades do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças (SNCD), e substituí-lo. Tem como objetivo padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo país, fornecendo informações para a análise do perfil de morbidade, que contribuem para a tomada de decisão no âmbito municipal, estadual e federal.

Em 22 de novembro de 2005, o Ministério da Saúde através da Secretaria de Vigilância em Saúde pública uma Instrução Normativa de nº 2 que regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, o fluxo (Figura 3) e a periodicidade do envio das notificações compulsórias (Figura 4) (Brasil, 2005b).

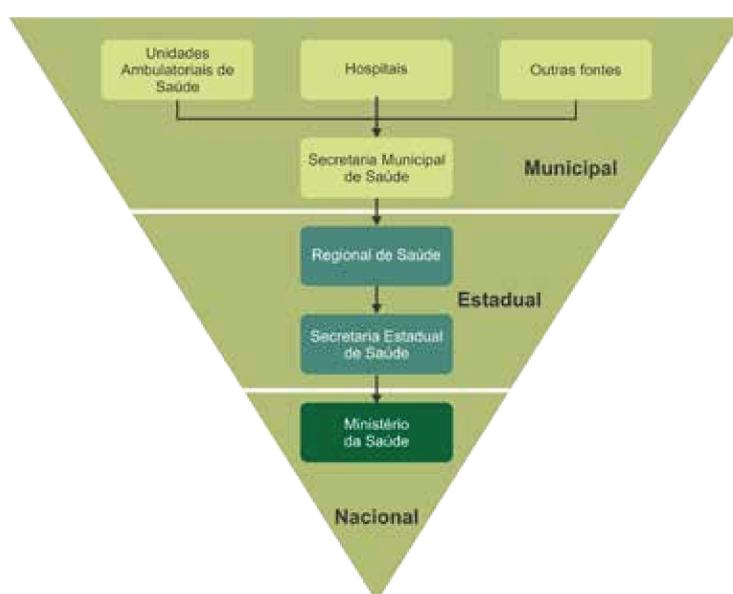


Figura 3: Fluxo do Sistema de Informação (SINAN).
Fonte: Adaptado do SVS (Brasil, 2005b)



Figura 4: Periodicidade para o envio dos arquivos de transferência do SINAN
 Fonte: Adaptado do SVS (Brasil, 2005b)

O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória publicada pela Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 (Anexo 1), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região (Brasil, 2007b, 2009).

3.1.4.2. Outros sistemas de informação

a) SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área, produção de estatísticas de mortalidade, construção dos principais indicadores de saúde análises estatísticas, epidemiológicas e sociodemográficas.

Uma das funcionalidades do SIM é proporcionar a declaração de óbito informatizada; geração de arquivos de dados em várias extensões para análises em outros aplicativos e retroalimentação das informações ocorridas em municípios diferentes da residência do paciente. Utiliza transmissão de dados automatizada utilizando a ferramenta Sisnet gerando a tramitação dos dados de forma ágil e segura entre os níveis municipal > estadual > federal.

b) SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

É um sistema que visa reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Servirá para subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS);

O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema, a declaração de nascimento informatizada.

c) SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

O SIASUS foi criado em 1992 e implantado a partir de julho de 1994, nas Secretarias Estaduais de Saúde e em 1996 foi largamente implantado nas Secretarias Municipais de Saúde. Foi criado com o objetivo de receber as transcrições de produção do Boletim de Produção ambulatorial (BPA) e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade. Mensalmente, estes dados são enviados pelos gestores para o DATASUS, que gera arquivos para tabulação (Brasil, 2015b).

d) SIHSUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) constitui importante fonte de informações das doenças que requerem internação. Embora não tenha sido concebido sob a lógica epidemiológica, mas com o propósito de operar o sistema de pagamento das internações hospitalares, o SIH conta com um detalhado banco de dados sobre o atendimento, o diagnóstico da internação, a condição da alta, os valores pagos e outros.

Também pode ajudar na elaboração de indicadores como: tempo médio de permanência geral ou específico; mortalidade hospitalar geral, por causa ou por procedimento; e outros.

e) Sistema de Avaliação do Programa de Imunização (SI-API)

As informações sobre coberturas vacinais do Programa Nacional de Imunizações (PNI) resultam dos dados enviados pelas unidades de saúde, seguindo o fluxo – Município Estado SVS, por meio do Sistema de Avaliação do PNI, SI-API. O Sistema possibilita a avaliação do Programa, em todas as instâncias, por imunobiológico e por faixa etária, emitindo relatórios de doses aplicadas, cobertura vacinal, taxa de abandono e homogeneidade de cobertura por Município. Dispõe, também, de ferramentas para validação dos dados coletados, mediante a verificação sistemática da integração das bases de dados (Brasil, 2005a).

f) e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, cuja ação está alinhada com a proposta de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde. A qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. (Brasil, 2015a).

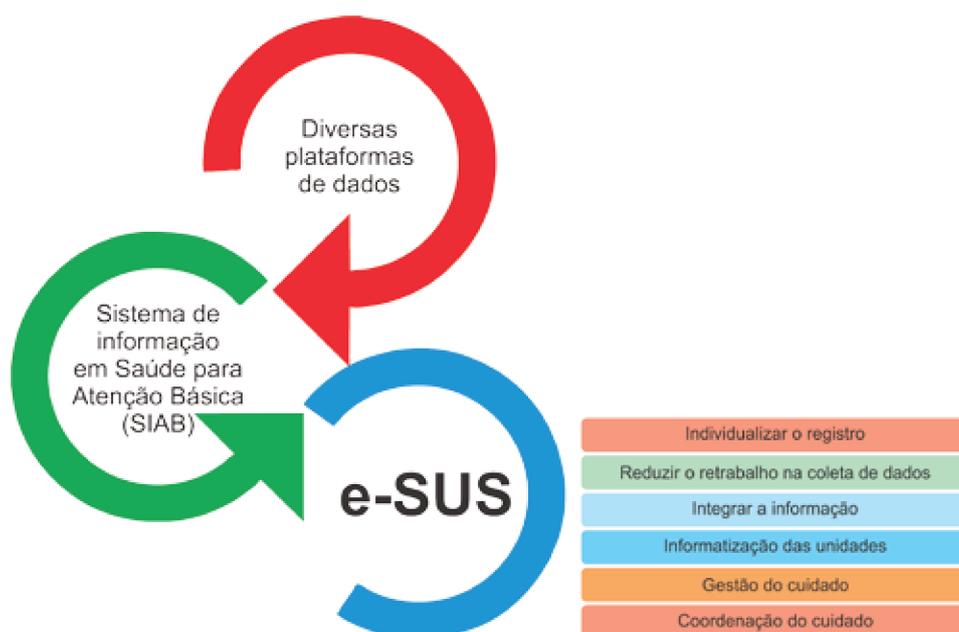


Figura 5: Estratégia e vantagens do e-SUS na AB. Fonte: Adaptado do Manual e-SUS (Brasil, 2014b) Fonte: Tavares, 2014.

Este sistema fará o registro das informações em saúde de forma individualizada, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, assim como da produção de cada profissional da Atenção Básica. Outro ponto importante é a integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na Atenção Básica, reduzindo a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas), o que otimiza o trabalho dos profissionais e o uso da informação para gestão e qualificação do cuidado em saúde (Brasil, 2014b).

Além das equipes da Estratégia de Saúde da Família, o e-SUS AB poderá ser utilizado pelos profissionais das seguintes equipes:

Oferecendo:

- Maior agilidade do atendimento e menor tempo de espera;
- Acompanhamento dos atendimentos na UBS;
- Flexibilidade para as diferentes estruturas dos municípios;
- Avaliação e acompanhamento dos trabalhos das equipes (Brasil, 2014b).

g) Vigitel

Vigitel é um sistema de monitoramento de “fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis” (DCNT) por meio de inquérito telefônico. Tem os objetivos de medir a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças não transmissíveis na população brasileira e subsidiar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Teve o seu início em 2006 com a parceria da SVS/MS (Secretaria da Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde) e NUPENS/USP (Núcleo de pesquisas epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo) e é realizado anual e continuamente.

Dentre as condições de saúde e doenças crônicas, pesquisadas pelo Vigitel estão:

- Adultos que autorreferem hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia por sexo;
- Prevalência de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia por faixa etária;
- Detecção precoce e prevenção de câncer;
- Mulheres que nos últimos três anos realizaram Papanicolau;

A partir da implantação desse sistema, em 2006, a vigilância passou a dispor de informações a respeito da distribuição desses fatores na população adulta com 18 anos ou mais residente nas 26 capitais do país incluindo-se aqui o Distrito Federal, embasando a elaboração de políticas de saúde específicas, de acordo com a situação de saúde da população. A vigilância de fatores de risco de DCNT pelo VIGITEL tem se constituído uma ferramenta epidemiológica relevante para apoiar políticas de promoção à saúde e prevenção das DCNT (Brasil, 2012b, 2013b e 2014e; Moura et al., 2008).

Em 2014 o resultado da pesquisa do Vigitel mostrou um crescimento no número de pessoas com excesso de peso e obesidade em relação ao ano de 2006, com maior ocorrência nas mulheres. Em relação às dislipidemias as mulheres apresentaram valores maiores para colesterol do que os homens, aumentando com a idade para ambos os gêneros. Entre os jovens, na faixa etária de 18 à 24 anos, 6,8% já apresentaram colesterol alto. Em relação ao tabagismo a pesquisa mostrou que 11,3% da população é fumante, sendo que 3,4% são considerados fumantes pesados (fumam 20 ou mais cigarros por dia). O hábito é mais prevalente entre os homens e aproximadamente 10% da população, apesar de não ter o hábito de fumar, participa passivamente em casa ou no ambiente profissional.

Positivamente, a pesquisa de 2014 também apresentou um crescimento no número de pessoas que realizam atividades físicas, sendo estas atividades um fator fundamental de proteção para doenças crônicas como câncer, hipertensão, diabetes e obesidade. Em relação à alimentação, também houve um aumento no consumo de frutas e hortaliças na mesa da população brasileira, sendo que as mulheres consomem maior quantidade (Brasil, 2013b, 2014e).

3.2. Investigação de Casos, Emergências de Saúde Pública e Epidemias

Alguns casos notificados são objeto de pesquisa, domiciliar ou institucional. As doenças de maior gravidade ou de baixa incidência, especialmente quando objeto de programas de erradicação e controle (poliomielite, sarampo e malária em algumas regiões), são as mais adequadas para a investigação de casos individuais. Esta segue uma rotina preestabelecida, e o pessoal responsável é especialmente treinado para a tarefa. Os seus objetivos são os de confirmar o diagnóstico, seguir a cadeia epidemiológica, identificar os contatos e proteger os suscetíveis na tentativa de bloquear a transmissão. O trabalho de campo, durante a investigação de casos isolados ou no decurso de epidemias, faz aparecer numerosos outros casos que permaneceriam desconhecidos. É utilizada na ocorrência de casos isolados e também em emergências, surtos e epidemias.

3.2.1. Inquérito epidemiológico

O inquérito epidemiológico é um **estudo seccional**, geralmente realizado em amostras da população, levado a efeito quando as informações existentes são inadequadas ou insuficientes, em virtude de diversos fatores, dentre os quais se podem destacar: notificação imprópria ou deficiente; mudança no comportamento epidemiológico de uma determinada doença; dificuldade na avaliação de coberturas vacinais ou eficácia de vacinas; necessidade de se avaliar eficácia das medidas de controle de um programa; descoberta de agravos inusitados.

3.2.2. Levantamento epidemiológico

É um estudo realizado com base nos dados existentes nos registros dos serviços de saúde ou de outras instituições. Não é um estudo amostral e destina-se a coletar dados para complementar informações já existentes. A recuperação de séries históricas, para análises de tendências, e a **busca ativa de casos**, para aferir a eficiência do sistema de notificação, são exemplos de levantamentos epidemiológicos (Brasil, 2009).

3.2.3 Sistemas sentinelas

Para intervir em determinados problemas de saúde, pode-se lançar mão de sistemas sentinelas de informações capazes de monitorar indicadores chaves na população geral ou em grupos especiais, que sirvam de alerta precoce para o sistema de vigilância (Brasil, 2009). Dentre vários tipos desses sistemas, estão as redes constituídas de fontes sentinelas de notificação especializadas utilizadas para acompanhamento e vigilância da situação de câncer e de influenza.

Outra técnica é baseada na ocorrência de evento sentinela. Evento sentinela é a detecção de doença previsível, incapacidade, ou morte inesperada, cuja ocorrência serve como um sinal de alerta de que a qualidade terapêutica ou prevenção deve ser questionada. Entende-se que, toda vez que isso ocorre, o sistema de vigilância deve ser acionado para que o evento seja investigado e as medidas de prevenção adotadas (Brasil, 2009).

3.3. Interpretação de Dados

Os dados coletados representam pouco se não tabulados, organizados e transformados em INFORMAÇÃO. São ordenados de acordo com as características da pessoa, lugar e tempo, tipo de doença ou evento

investigado, comparação com outros períodos semelhantes, cálculo de coeficientes como incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, que permitam uma melhor comparação das ocorrências. Desta forma, o dado passa a ser uma informação útil, capaz de orientar a adoção das medidas de controle (Brasil, 2005a).

3.4. Recomendações e medidas de controle

A definição de normas técnicas é imprescindível para a uniformização de procedimentos e a comparação de dados e informações produzidos pelo sistema de vigilância. Essas normas devem primar pela clareza e constar de manuais, ordens de serviço, materiais instrucionais e outros, disponíveis nas unidades do sistema.

As normas técnicas têm de estar compatibilizadas em todos os níveis do sistema de vigilância, para possibilitar a realização de análises consistentes, qualitativa e quantitativamente. Nesse sentido, a adaptação das orientações de nível central, para atender realidades estaduais diferenciadas, não deve alterar as definições de caso, entre outros itens que exigem padronização. O mesmo deve ocorrer com as doenças e agravos de notificação estadual exclusiva, em relação às normas de âmbito municipal (Brasil, 2009).

3.5. Avaliação dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica

A manutenção em funcionamento de um sistema de vigilância envolve variadas e complexas atividades, que devem ser acompanhadas e avaliadas continuamente, com vistas a aprimorar a qualidade, eficácia, eficiência e efetividade das ações. A avaliação do sistema presta-se, ainda, para demonstrar os resultados obtidos com a ação desenvolvida, que justifiquem os recursos investidos em sua manutenção.

Se expressa a importância de um problema de saúde pública pelos seus indicadores de morbidade, mortalidade, incapacidade e custos atribuídos. Nesse sentido, o reconhecimento da função de vigilância decorre, em última análise, da capacidade demonstrada em informar com precisão, a cada momento, a situação epidemiológica de determinada doença ou agravo, as tendências esperadas, o impacto das ações de controle efetivadas e a indicação de outras medidas necessárias. Os resultados do conjunto de ações desenvolvidas no sistema são também medidos pelos benefícios sociais e econômicos decorrentes, em termos de vidas poupadas, casos evitados, custos assistenciais reduzidos (Brasil, 2009).

As avaliações periódicas devem ocorrer em todos os níveis do sistema, contendo os seguintes itens: Atualidade da lista de doenças e agravos mantidos no sistema; Pertinência das normas e instrumentos utilizados; Cobertura da rede de notificação e participação das fontes que a integram; Funcionamento do fluxo de informações; Abrangência dos tipos de dados e das bases informacionais utilizadas; Organização da documentação coletada e produzida; Investigações realizadas e sua qualidade; Informes analíticos produzidos em quantidade e qualidade; Retroalimentação do sistema quanto a iniciativas e instrumentos empregados; Composição e qualificação da equipe técnica responsável; Interação com as instâncias responsáveis pelas ações de controle; Interação com a comunidade científica e centros de referência; Condições administrativas de gestão do sistema e, finalmente, Custos de operação e manutenção (Brasil, 2005a).

3.6. Retroalimentação do Sistema

A resposta dada aos informantes do sistema de Vigilância Epidemiológica é dada o nome de retroalimentação do Sistema. Isso acontece na forma de boletins periódicos que são remetidos às fontes, contendo informações que vão desde a simples consolidação dos dados coletados até as análises epidemiológicas com-

plexas relacionadas com as ações de controle. Estes informes devem retratar a situação em nível local, regional, estadual, macrorregional ou nacional. Além do estímulo aos profissionais de saúde e líderes da comunidade que participam ativamente do sistema, as informações são úteis para a mídia jornalística, podendo gerar apoio institucional e material para investigação de eventos sanitários. A retroalimentação do sistema pode gerar ainda a coleta de subsídios para reformular normas e ações nos seus diversos níveis, assegurando continuidade e aperfeiçoamento do processo (Centers for Diseases Control and Prevention, 1989).

4. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE)

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) é um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), que direta ou indiretamente, notificam doenças e agravos, prestam serviços a grupos populacionais ou orientam a conduta a ser tomada no controle das mesmas.

A implantação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 06 de novembro de 1996, que instituiu a Programação da Pactuação Integrada de Vigilância em Saúde (PPI-VS) definiu requisitos mínimos de eficiência e atividades a serem desenvolvidas e cumpridas pelos municípios (Brasil, 1996).

Na Portaria GM/MS n. 1.172/04 estão definidas as responsabilidades de cada uma das três esferas de governo, cabendo ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), estabelecer anualmente as metas e ações a serem desenvolvidas por unidade federada (Brasil, 2004a).

As competências de cada um dos níveis do sistema de saúde (municipal, estadual e federal) abarcam todo o espectro das funções de vigilância epidemiológica, porém com graus de especificidade variáveis. As ações executivas são inerentes ao nível municipal e seu exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local. Por sua vez, cabe aos níveis nacional e estadual conduzirem ações de caráter estratégico, de coordenação em seu âmbito de ação e de longo alcance, além da atuação de forma complementar ou suplementar ao demais níveis (Medronho et al., 2009).

De acordo com os princípios e diretrizes do SUS, as ações e atividades do SNVE estão sendo repassadas aos níveis descentralizados do sistema, de modo gradual, sendo organizados em três níveis hierárquicos (Figura 6).



Figura 6: Níveis Hierárquicos de Gestão
Fonte: Adaptado de Medronho et al. (2009).

4.1. Nível Local:

Centro e postos de saúde; Conselho Municipal de Saúde; hospitais; igrejas; escolas.

Neste nível acontece a parte operativa do sistema que é realizada pelos profissionais de saúde que atendem e têm o contato direto com os pacientes. São eles que realizam o diagnóstico, imunização, tratamento, aconselhamento ou encaminhamento a outras unidades.

Aqui é realizada a busca ativa dos casos atendendo pacientes que buscam os seus serviços nas Unidades de Saúde. Estes atendimentos se materializam na formação de um banco de dados, que serão selecionados pela vigilância epidemiológica, conforme o agravo à saúde.

Recebem-se as notificações, sendo a seguir examinadas, investigadas conforme as prioridades reúnem-se os dados, sendo após, submetidos a um processo rotineiro de análise, interpretação e decisão sobre as ações a serem tomadas. Dados computados são enviados para o segundo nível (Pereira, 1995).

4.2. Nível Intermediário (Regional ou Estadual): Secretaria Estadual de Saúde/Conselho Estadual de Saúde.

Este nível é responsável pela supervisão e apoio técnico aos municípios. O órgão estadual, com sua equipe de epidemiologistas será responsável em analisar e sintetizar os dados recebidos dos municípios. Deverão também coordenar, estimular, recomendar, difundir e avaliar o que está sendo feito para assim, encaminhar para o terceiro nível.

4.3. Nível Central ou Nacional: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde

Neste nível, o Ministério da Saúde, que através dos seus técnicos garantem o funcionamento de todo o sistema com qualidade. Aqui são traçadas as linhas de atuação, unificação de procedimentos, liberação de recursos, acompanha tendências e faz diagnósticos globais. O nível central é quem se relaciona com as instituições internacionais. O Programa Ampliado de Imunização (PAI) é um exemplo de aplicação nacional das formulações mais gerais, produzidas em nível internacional (Pereira, 1995).

A eficiência do SNVE depende do desenvolvimento harmônico das funções realizadas nos diferentes níveis. Quanto mais capacitada e eficiente a instância local, mais oportunamente poderão ser executadas as medidas de controle. Os dados e informações aí produzidos serão, também, mais consistentes, possibilitando melhor compreensão do quadro sanitário estadual e nacional e, portanto, o planejamento adequado da ação governamental. Nesse contexto, as intervenções oriundas do nível estadual e, com maior razão, do federal tenderão a tornarem-se seletivas, voltadas para questões emergenciais ou que, pela sua transcendência, requerem avaliação complexa e abrangente, com participação de especialistas e centros de referência, inclusive internacionais (Paim e Teixeira, 1992).

As Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde estabelecem um conjunto de atividades e metas, discutidas e acordadas entre a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), relativo a área de vigilância, prevenção e controle de doenças e ações básicas de vigilância sanitária. Essas ações estão agrupadas nos seguintes módulos: notificação de doenças e agravos; investigação epidemiológica; diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública; vigilância ambiental; vigilância de doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses; controle de doenças; imunizações; monitorização de agravos de relevância epidemiológica; divulgação de informações epidemiológicas; elaboração de estudos e pesquisas em epidemiologia; alimentação e manutenção de sistemas de informação; acompanhamento das atividades programadas (Brasil, 2007a; São Paulo, 2012).

5. A Odontologia e a Vigilância Epidemiológica

5.1. Vigilância de doenças e agravos ocasionados pelo exercício da Odontologia

O cirurgião-dentista encontra-se exposto a diversos riscos na sua prática clínica diária, e para tanto é necessário para minimizar, prevenir ou reduzir estes riscos a adoção de medidas de precauções-padrão, criadas e apoiadas pelo Conselho Federal e alguns Conselhos Regionais de Odontologia da Federação e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

A prevenção de contaminações e infecções durante o atendimento no consultório se tornou de importante discussão nos manuais criados para nortear a prática no sentido de prevenir a contaminação, independente de diagnóstico confirmado ou presumido de doença infecciosa transmissível. Um fator muito importante a ser considerado pelos cirurgiões dentistas são as vias de transmissão das doenças, uma vez que o ambiente odontológico, pelas suas particularidades, possibilita que o ar seja uma via potencial de transmissão de microorganismos.

Dentre as principais medidas necessárias a serem adotadas na assistência a todos os pacientes destacam-se:

- Utilizar Equipamentos de Proteção Individual;
- Lavar as mãos antes e após o contato com o paciente e entre dois procedimentos realizados no mesmo paciente;
- Não reencapar, entortar, quebrar ou retirar as agulhas das seringas;
- Descontaminar as superfícies com desinfetantes preconizados pelo Controle de Infecção, caso haja presença de sangue ou secreções potencialmente infectantes.
- Manter os cuidados específicos na coleta e manipulação das amostras de sangue.

Além dessas medidas, a imunização dos profissionais da odontologia, assim como demais profissões da área da saúde, se faz necessária pelo elevado risco de aquisição de doenças infecciosas. As vacinas mais importantes para os profissionais da Odontologia são contra hepatite B, influenza, tríplice viral e dupla tipo adulto.

No caso da hepatite B a vacinação deve ser feita em três doses, em períodos de zero, um e seis meses de intervalo. A saliva é um fluido que vem sendo utilizado para o diagnóstico e estudos epidemiológicos das hepatites sendo comprovada a infectividade da saliva e o risco de transmissão da infecção pelo fluido e pelo aerossol gerado em procedimentos odontológicos (Brasil, 2006).

Outra doença grave e de alta contaminação é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Para causar infecção, o vírus HIV requer transmissão parenteral, contato com a mucosa ou lesões de pele. No caso de transmissão do HIV por contato exclusivo com a saliva, até o momento não existe evidência epidemiológica (Brasil, 2006).

5.2 Estudos Epidemiológicos em Saúde Bucal

Com o objetivo de analisar o perfil epidemiológico das doenças bucais, e conhecer a real situação da saúde bucal da população brasileira, o Brasil realizou levantamentos epidemiológicos de base nacional nos anos de 1986, 1996, 2003 e 2010.

Estes levantamentos proporcionaram uma investigação epidemiológica das condições para uma avaliação da situação, recomendação e/ou adoção de medidas de enfrentamento e consequente verificação da redução da incidência das principais doenças bucais, sendo elas a cárie dental e a doença periodontal.



Figura 7. Coleta de dados para Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal realizado em Jundiaí – SP no ano de 2014. Fonte: Imagem gentilmente cedida pela Prefeitura Municipal de Jundiaí – SP.

O planejamento de ações através das informações geradas pelos estudos, foi de fundamental importância para a avaliação de medidas como a fluoretação das águas de abastecimento público, nos anos 80, e a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, em 2004 (Brasil, 2004b e 2012a).

5.2.1. Cárie Dentária

O índice CPO-D é o mais difundido em todo o mundo para se conhecer a real situação numa determinada comunidade ou população em relação à cárie dentária. É recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações, sendo que seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos (Organização Mundial da Saúde, 1991).

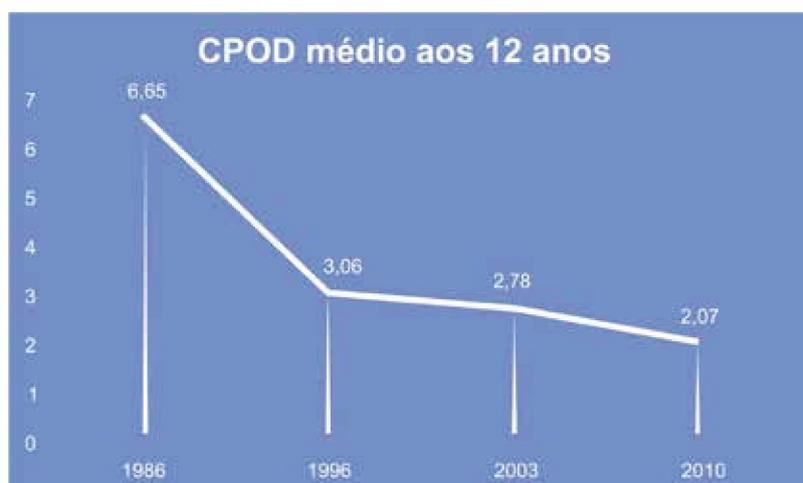


Figura 8: CPO-D e componentes aos 12 anos entre 1986 e 2010. Fonte: Adaptado de Brasil (2004b, 2012a); Costa et al. (2013); Dias et al. (2013).

O estudo realizado em 1986 mostrou um CPO-D médio aos 12 anos de 6,7, ou seja, aproximadamente sete dentes com alguma experiência de cárie, dentre os 24 a 28 dentes presentes na cavidade bucal nesta idade, sendo a maioria deles, ainda sem tratamento. Em 2003 foi realizado o Projeto SB-Brasil 2003 mostrando um CPO-D aos 12 anos de 2,78 e, nesta pesquisa de 2010, o CPO-D aos 12 anos ficou em 2,07, correspondendo a uma redução de 26,2% em 7 anos (Costa et al., 2013; Dias et al., 2013) (Figura 8).

Se houve um avanço enorme para a faixa etária de 12 anos, o SBBrasil2010 nos mostra que entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados pela cárie, foi de 4,25, mais que o dobro do número médio encontrado aos 12 anos. Esta evolução do CPO entre a infância e a adolescência tem sido um achado comum em outros estudos no Brasil e no mundo (Brasil, 2012a). Mostrou ainda, com relação à cárie dentária, importantes diferenças regionais nas médias do CPO aos 12 anos: o Norte (com 3,16) e o Nordeste (com 2,63) e também o Centro-Oeste (com 2,63) têm situação pior que as regiões Sudeste (1,72) e Sul (2,06), o que pode sugerir melhores condições de acesso e programas preventivos e curativos mais efetivos nestas regiões, ou seja, uma minoria da população, normalmente a de maior vulnerabilidade social, apresenta os maiores índices da doença.

5.2.2. Doença Periodontal

No que diz respeito às condições periodontais, avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), para as idades acima de 12 anos, os resultados mostrados em 2003 não mostram grandes alterações em relação aos dados anteriores, uma vez que grande parte da população de crianças e adolescentes continua apresentando quadros onde predominam a presença de sangramento e de cálculo, enquanto que em adultos e idosos há pouca presença de doença em função da grande proporção de dentes perdidos e, conseqüentemente, de sextantes excluídos. Contudo, no grupo de 35 a 44 anos pôde ser observada uma diferença, em relação aos dados de 1986 no percentual de sextantes com cálculo e uma menor proporção de sextantes excluídos, o que reflete, certamente, uma maior manutenção dos dentes na boca, neste grupo etário (Oliveira, 2015).

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos. A presença de cálculo e sangramento é mais comum aos 12 anos e entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (35 a 44 anos), em que se observa uma prevalência de 19,4%.

Comparando os resultados de 2003 e 2010 para os adultos, de 35 a 44 anos, pode ser observada uma queda no número de indivíduos que apresentaram sangramento e cálculo, porém um aumento significativo nos indivíduos que apresentam as formas mais graves da doença e sextantes excluídos. Esses resultados chamam a atenção para a necessidade da recomendação de medidas de combate às formas mais severas da doença periodontal. Assim como as medidas adotadas para a cárie em crianças tiveram resultados positivos, devem ser planejadas formas de atingir a população economicamente ativa que, por inúmeras razões, historicamente teve o acesso restrito à prevenção e tratamento desta doença (Brasil, 2004b, 2012a; Dias et al., 2013) (Figura 9).

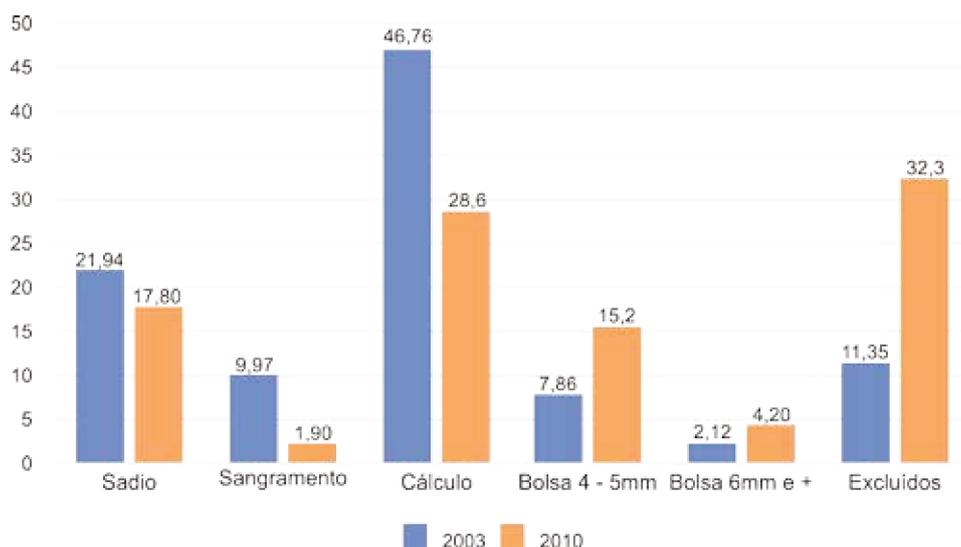


Figura 9: Percentual de indivíduos segundo Condição Periodontal medida pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), grupo etário de 35 a 44 anos. Brasil, 2003 e 2010. Fonte: Brasil, 2004b e 2012a.

6. Experiência: Vigilância da Doença pelo Vírus Ebola (DVE)

Recentemente o mundo recebeu a notícia de uma nova epidemia da doença causada pelo vírus Ebola (Febre Hemorrágica Ebola), iniciado em dezembro de 2013, na Guiné. Em março de 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi oficialmente notificada sobre a existência de um surto de DVE, em rápida evolução naquele país). A doença afeta os seres humanos e primatas não humanos.

No mesmo mês, foram notificados casos na Libéria e, em 8 de agosto, com a ocorrência de número crescente de casos em 3 países, a OMS declarou a epidemia como uma emergência internacional de saúde pública.

A doença pelo vírus Ebola (DVE) é uma afecção viral aguda, clinicamente caracterizada como uma febre hemorrágica, cuja letalidade pode variar de 25% até 90%. Por isso, os surtos produzidos pelo vírus Ebola são graves, ainda que, geralmente, autolimitados. O vírus Ebola foi descoberto em 1976, em localidades situadas em uma região próxima do Rio Ebola (Brasil, 2014c).

O relatório da OMS de 12 de maio de 2015 apresenta um resumo da situação mais recente disponível (tabela 1).

Tabela 1: Dados da DVE em países africanos

País	Definição de Casos	Número de casos	Número de Mortes
		Acumulativo	Acumulativo
Guiné	Confirmado	3174	1977
	Provável	415	415
	Suspeita	8	Não disponível
	Total	3597	2392
Libéria	Confirmado	3151	Não disponível
	Provável	1879	Não disponível
	Suspeita	5574	Não disponível
	Total	10604	4769
Serra Leoa	Confirmado	8597	3538
	Provável	287	208
	Suspeita	3639	158
	Total	12523	3904
Todos os países	Confirmado	14922	Não disponível
	Provável	2581	Não disponível
	Suspeita	9221	Não disponível
	Total	26724	11065

Fora do continente africano, houve registro de casos na Espanha e EUA. Não houve registro de caso confirmado de DVE no Brasil. Houve, no entanto, um caso suspeito, procedente da Guiné e atendido no Paraná, que foi internado no Hospital Evandro Chagas, no Rio de Janeiro, no início de outubro. Esse caso foi descartado após 2 exames laboratoriais negativos para Ebola. Foram identificados 101 contatos desse caso. Eles foram monitorados até o resultado negativo do caso, quando foram liberados (Brasil, 2014c).

Destaca-se aqui a atuação organizada ação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e demais Centros de Vigilância Epidemiológica Estaduais e Municipais, seguindo as orientações prévias da OMS. O Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública – Doença pelo Vírus Ebola, elaborado e finalizado em novembro de 2014, pelo Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, orientou a elaboração de Informes Técnicos pelos Centros de Vigilância Epidemiológica estaduais e municipais.

As publicações orientaram serviços e profissionais de saúde, além da população como um todo, sobre a epidemiologia da doença, sua transmissibilidade, sinais e sintomas, definição de casos, prognóstico e tratamento. Também orientaram medidas de precaução para os serviços, na manipulação dos casos e material de laboratório, condutas, transporte de pacientes, hospitais e laboratórios de referência, assim como o fluxo a ser seguido. Ao final, para a retroalimentação do sistema, fornece um boletim epidemiológico da situação atual da doença.

Casos de emergências internacionais de saúde pública como estes requerem uma ação rápida e coordenada entre os diferentes níveis de vigilância epidemiológica e do sistema de saúde num todo, a fim de conter rapidamente a disseminação da doença (World Health Organization, 2015b).

7. Experiência 2: Vigilância da Febre Chikungunya

A febre chikungunya, chamada em português de febre *chicungunha*, é uma infecção transmitida pelo vírus Chikungunya (CHIKV), que é um arbovírus, ou seja, um vírus transmitido por artrópodes. Apresenta sintomas semelhantes aos da dengue, tais como febre alta geralmente ao redor do 40° C, dores pelo corpo (poliartralgia), dor de cabeça, cansaço e manchas avermelhadas pelo corpo. As dores articulares costumam surgir nas primeiras 48 horas e acometem cerca de 90% dos pacientes com febre chicungunha (Brasil, 2015d).

A febre chicungunha pode ser transmitida pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, os mesmos que transmitem o vírus da dengue e da febre amarela, motivo pelo qual essa virose conseguiu recentemente chegar ao Brasil.

Como não possui uma fase hemorrágica, a febre chicungunha costuma ser uma virose mais benigna que a dengue. O seu problema não costuma ser o risco de morte, mas sim o risco de incapacitação pelas intensas e prolongadas dores articulares. Porém, quando adquirida por bebês, pacientes com mais de 65 anos ou por pessoas já previamente com múltiplas doenças, principalmente de origem cardíaca, pulmonar ou neurológica, a febre chicungunha costuma ter uma evolução mais agressiva, podendo, inclusive, levar esses pacientes ao óbito.

Assim como na dengue, a febre chicungunha pode ser diagnosticada pela sorologia, que é um exame de sangue que consiste na pesquisa de anticorpos contra o CHIKV. Os anticorpos do tipo IgM já podem ser identificados no sangue do paciente a partir do 5º ao 7º dia de sintomas. Uma forma mais rápida de diagnosticar a doença é através de um exame chamado RT-PCR, que pesquisa a presença do material genético do vírus Chikungunya no sangue.

Tal como na dengue, não existe tratamento específico contra a febre chicungunha. Não há um medicamento que aja diretamente contra o vírus de modo a eliminá-lo do organismo mais rapidamente. A imensa maioria dos pacientes irá se curar de forma espontânea após cerca de 7 a 10 dias.

A dengue e a febre chicungunha partilham de várias semelhanças. Em alguns casos, pode ser bastante difícil fazer o diagnóstico diferencial somente através dos sinais e sintomas. Todavia, uma avaliação clínica mais cuidadosa pode nos ajudar.

A principal diferença é o acometimento das articulações. A dengue até pode causar dor articular, mas ela não costuma ser tão importante quanto a dor muscular ou a dor nos olhos. Na febre chicungunha, a poliartralgia é um dos sintomas mais exuberantes e é tipicamente dor das articulações das extremidades (mãos e pés).

Outra diferença é o rash cutâneo. Na febre chicungunha as manchas vermelhas surgem nas primeiras 48 horas, enquanto que na dengue o rash só surge a partir do 3º ou 4º dia (World Health Organization, 2015a).

Na dengue, a queda das plaquetas costuma ser mais grave e eventos hemorrágicos, como machas roxas na pele, sangramento nasal ou de gengiva são bem mais comuns. A evolução para uma forma hemorrágica é quase exclusiva da dengue.

No Brasil, os primeiros casos de transmissão do vírus Chikungunya foram identificados em setembro de 2014. Até então, todos os casos conhecidos eram importados, adquiridos por brasileiros que haviam viajado para áreas endêmicas. Como era esperado, a combinação entre a elevada prevalência dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* no território brasileiro e a ausência de anticorpos contra o novo vírus entre a população fez com que rapidamente surgissem surtos da febre chicungunha em diferentes regiões do país. Em pouco mais de 1 mês, mais de 1000 casos foram notificados em todo o Brasil. Os municípios que registraram casos autóctones até maio de 2015 estão localizados nos estados do Amapá e Bahia, sendo que cada um deles notificou 945 e 2190 casos, sendo os casos confirmados por exames laboratoriais ou clínico-epidemiológicos, 879 e 807 respectivamente. Ainda estavam em investigação 26 casos no Amapá e 1375 na Bahia (Brasil, 2015d).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constante atualização científica e tecnológica dos processos de diagnóstico, prevenção e controle de doenças e agravos deve ser, atualmente, a principal busca dos sistemas de Vigilância epidemiológica. O crescente número de doenças e modificações genéticas de microrganismos assim como dos seus hospedeiros, faz com que novas situações surjam rapidamente. A incorporação de novas tecnologias deve ampliar as ações e facilitar o acesso às informações de forma a agilizar os processos de trabalho.

O grande desafio dos profissionais envolvidos com a vigilância epidemiológica é a sensibilização tanto da sociedade como um todo para a participação ativa no combate às doenças e agravos à que é acometida, como dos gestores de saúde para trabalhar seus planejamentos baseados em um diagnóstico fidedigno da realidade epidemiológica local, evitando assim o desperdício de recursos e o subaproveitamento dos recursos nas regiões mais vulneráveis.

Curiosidade:

Assista ao Vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=t-qLwNeXevw>

9. REFERÊNCIAS

- Bacelar C, Cambricoli F. Estado de São Paulo terá plano de emergência contra a dengue a partir de abril. O Estado de São Paulo [internet] 2015 mar 24 [acesso 2015 maio 10]. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,estado-de-sp-tera-plano-de-emergencia-contr-a-dengue-a-partir-de-abril,1656842>
- Benenson AS, editor. El control de las enfermedades transmissibles em el hombre. 14. ed. Washington: OPS; 1987. Publicación Científica, 507.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em saúde. Brasília: CONASS; 2007a. 278p.
- Brasil. Decreto nº. 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº. 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo. 1976 ago 13.
- Brasil. Lei nº. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo. 1975 out 31.
- Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União; 1990 set 20; Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.38-53.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [internet]. e-SUS Atenção básica [acesso 2015a maio 10]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica NOB 001/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da saúde [internet]. Sistemas e aplicativos [acesso 2015b mar 11]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004 [acesso 2015 maio 10]. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de vigilância em saúde, define a sistemática de financiamento. Diário Oficial da União. 2004a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2014a jun 09; Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013. Revoga a Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Regulamenta as responsabilidades e define as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União. 2013a jul 10; Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. 68p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção básica: manual do sistema com coleta de dados simplificada: CDS [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b. 124p. [acesso 2015 maio 10]. Disponível em: http://novo.guarulhos.sp.gov.br/files1/Manual_CDS_ESUS_2014.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a. 116p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Bol Epidemiol [internet] 2015c; [acesso 2015 maio 10] 46(14). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/11955-boletins-epidemiologicos-arquivos>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. CBVE: curso básico de vigilância epidemiológica. Brasília. Ministério da Saúde; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 816p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública-Doença pelo Vírus Ebola. Brasília: Ministério da Saúde; 2014c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de informação de agravos de notificação – SINAN: normas e rotinas. 2. ed. Brasília. Ministério da Saúde; 2007b. 68p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Febre de chikungunya: manejo clínico. Brasília: Ministério da Saúde; 2015d. 28p.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b. 136p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014d.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução Normativa nº 2, de 22 de novembro de 2005 [acesso 2015 maio 10]. Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. *Diário Oficial da União*. 2005b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0002_22_11_2005.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b. 132p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014e.
- Buehler, JW. Vigilância. In: Rothman, KJ, Greenland S, Lash TL. *Epidemiologia moderna*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Centers for Diseases Control and Prevention. Diretrizes para avaliação de sistemas de vigilância. *MMWR*. 1988; 37(5 Suppl) [Tradução para o português pela Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/SIDA-AIDS, 1989].
- Costa SM, Abreu MHNG, Vasconcelos M, Lima RCGS, Verdi M, Ferreira EF. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. *Ciêns Saúde Colet*. 2013; 18(2): 461-70.
- Dias AA, Maia MCG, Pereira AC. Epidemiologia e saúde bucal coletiva. In: Rouquayrol MZ, Marcelo GCS, editores. *Epidemiologia & saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013. p.1-736.
- Fossaert DH, Lopis A, Tigre CH. Sistemas de vigilância epidemiológica. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1974; 76: 512-25.
- Medronho R, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, editores. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
- Moura EC, Neto OL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(Supl 1): 20-37.
- Oliveira AGRC. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. [acesso 2015 maio 12]. Disponível em: http://files.saudecoletiva.webnode.com.br/200000040-788d078d68/epi_bra%203.pdf
- Organização Mundial da Saúde. *Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções*. 3. ed. São Paulo: Santos; 1991. 53p.
- Paim JS, Teixeira MGLC. Reorganização do sistema nacional de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). *Inf Epidemiol SUS*. 1992; 1(5): 25-57.
- Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. 596p.
- Poder Judiciário de Mato Grosso. Programa bem viver. Siga estas dicas e ajude a eliminar o mosquito da dengue [folder]. Cuiabá: Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso; 2015 [acesso 2015 maio 10]. Disponível em: <http://www.tjmt.jus.br/bemviver/Noticias/Noticias.aspx?n=33104>
- Risi Junior JB. Considerações sobre a publicação de dados epidemiológicos pelo Ministério da Saúde. *Inf Epidemiol SUS*. 1992; 1(4): 27-32.
- Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. 600p.
- Tavares G. e-SUS atenção básica. Reunião Santa Catarina, em 10 de abril de 2014 [slides]. [acesso 2015 ago 04]. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8113&Itemid=82

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Guia de vigilância epidemiológica. São Paulo: CVE; 2012. 656p.

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Resolução SS-159, de 23 de maio de 2007. Estabelece rotinas de monitoramento das ações coletivas e das atividades coletivas em saúde bucal nos serviços integrantes do SUS/SP. Diário Oficial do Estado. 2007 maio 23.

Teixeira MG, Risi Junior JB. Vigilância epidemiológica. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p.301-25.

World Health Organization. Chikungunya [internet]. Geneva: WHO [acesso 2015a maio 12]. Disponível em: http://www.who.int/denguecontrol/arboviral/other_arboviral_chikungunya/en/

World Health Organization. Ebola data and statistics [internet]. Geneva: WHO [acesso 2015b maio 12]. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/view ebola-sitrep ebola-summary-20150512?lang=en>

Anexo 1 – Lista Nacional de Notificação Compulsória (Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014)

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação				
		Imediata (≤ 24 horas)		SESA	SMS	Semanal
		MS	SES			
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes				X	X
2	Acidente por animal peçonhento				X	X
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva				X	X
4	Botulismo	X			X	X
5	Cólera				X	X
6	Coqueluche				X	X
7	a. Dengue - Casos b. Dengue - Óbitos	X			X	X
8	Difteria				X	X
9	Doença de Chagas Aguda				X	X
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X	X
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza" b. Doença Meningocócica				X	X
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Tuberculose b. Tularemia c. Varíola	X			X	X
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: a. Arrebovirus b. Ebola c. Marburg d. Ebola e. Febre purpúrica brasileira f. Febre purpúrica brasileira	X			X	X
14	Esquistossomose				X	X
15	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitui ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)	X			X	X
16	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	X			X	X
17	Febre Amarela	X			X	X
18	Febre de Chikungunya				X	X
19	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X			X	X
20	Febre Maculosa e outras Rickettsioses				X	X
21	Febre Tifoide				X	X
22	Hanseníase				X	X
23	Hantavirose				X	X
24	Hepatites virais				X	X
25	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X	X
26	Infeção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X	X
27	Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X	X
28	Influenza humana produzida por novo subtipo viral				X	X
29	Inoculação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)	X			X	X
30	Leishmaniose Tegumentar Americana				X	X
31	Leishmaniose Visceral				X	X
32	Legionelose				X	X
33	a. Malária na região amazônica b. Malária na região extra Amazônica	X			X	X
34	Óbito: a. Infantil b. Materno	X			X	X
35	Poliomielite por poliovírus selvagem	X			X	X
36	Peste	X			X	X
37	Raiva humana	X			X	X
38	Síndrome da Rubéola Congênita	X			X	X
39	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X			X	X
40	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita				X	X
41	Sífilis gestante				X	X
42	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS-CoV	X			X	X
43	Tetano: a. Neonatal b. Não neonatal				X	X
44	Tuberculose				X	X
45	Varicela - Caso grave internado ou óbito				X	X
46	a. Violência: doméstica e/ou outras violências b. Violência: sexual e tentativa de suicídio				X	X

Informação adicional:
Notificação semanal segue o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS, estabelecido pela SVS/MS; Notificação imediata no Distrito Federal, SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde).
A notificação imediata no Distrito Federal é equivalente à SMS.

Fonte: Brasil, 2014a

Anexo 2 – Gabarito das questões:

1. A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei nº 8.080/90 como “um conjunto de ações que proporciona 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”.

2.

(F) Analisar e interpretar dados

(F) Avaliar eficácia e efetividade das medidas adotadas

(O) Fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde

(F) Coletar dados

(O) Disponibilizar informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos

(F) Processar dados coletados

(F) Promover as ações de controle

(O) Recomendar e implementar os programas de controle de doenças

(O) Detectar, precocemente, o aparecimento das doenças sob vigilância e realizar intervenção oportuna.

(F) Recomendação das medidas de controle apropriadas

3. Notificação compulsória é a comunicação obrigatória de casos e surtos de doenças e outros agravos constantes da lista de doenças de notificação estabelecidas pela PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014, que *Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional*. A notificação compulsória serve para um adequado controle epidemiológico.

4. A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino.

5. Dados demográficos, ambientais e socioeconômicos, permitem quantificar e caracterizar a população. Dados de morbidade que permitem a detecção imediata ou precoce de problemas sanitários. Dados de mortalidade, importantes como indicadores da gravidade do fenômeno vigiado. Notificação de surtos e epidemias.

6. É uma fonte especial de dados, é um trabalho de campo, realizado a partir de casos notificados (cl clinicamente declarados ou suspeitos) e seus contatos, que tem por principais objetivos: identificar a fonte de infecção e o modo de transmissão; os grupos expostos a maior risco e os fatores de risco; bem como confirmar o diagnóstico e determinar as principais características epidemiológicas. O seu propósito final é orientar medidas de controle para impedir a ocorrência de novos casos.

7. Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são um conjunto de mecanismos organizados de coleta, processamento, análise e transmissão da informação com a finalidade de contribuir para o planejamento, a organização e avaliação de serviços de saúde. Os sistemas nacionais de informação em saúde existentes com maior relevância para a vigilância epidemiológica são o SINAN, SIM, SINAC, SAI e SIH.

8. O SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, criado em 1990, serve para coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional. O SINAN tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação fornecendo informações para análise do perfil de morbidade, contribuindo para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal.

9. Pelas características da infecção pelo Ebola, a possibilidade de ocorrer uma disseminação global do vírus é muito baixa. Desde sua descoberta em 1976, o vírus tem produzido, ocasionalmente, surtos em um ou mais países africanos, sempre muito graves pela alta letalidade, mas, autolimitados. A seriedade do atual surto é a sua extensão, atingindo três países e a demora em se atingir seu controle. Isso ocorre pela precariedade dos serviços de saúde nas áreas em que ocorre a transmissão, que não dispõem de equipamentos básicos de proteção aos profissionais de saúde e aos demais pacientes, bem como pelas práticas e tradições culturais de manter pacientes em casa, inclusive escondendo sua condição das autoridades sanitárias, e a realização de rituais de velórios em que os parentes e amigos têm bastante contato com o corpo do falecido. No Brasil, não há circulação natural do vírus Ebola em animais silvestres, como em várias regiões da África.

10. A principal diferença entre a febre Chikungunya e a dengue é com relação ao acometimento das articulações. A dengue até pode causar dor articular, mas não costuma ser tão importante enquanto que na febre chicungunha, a poliartralgia é um dos sintomas mais exuberantes e é tipicamente dor das articulações das extremidades (mãos e pés).

Uma outra diferença é que na febre chicungunha as manchas vermelhas surgem nas primeiras 48 horas, enquanto que na dengue o rash só surge a partir do 3º ou 4º dia.

A febre chicungunha pode ser transmitida pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, os mesmos que transmitem o vírus da dengue e da febre amarela

Na dengue, a queda das plaquetas costuma ser mais grave e machas roxas na pele, sangramento nasal ou de gengiva são bem mais comuns.

A evolução para uma forma hemorrágica é quase exclusiva da dengue.

A febre Chikungunya e a Dengue apresentam sintomas semelhantes tais como febre alta geralmente ao redor do 40°C, dores pelo corpo (poliartralgia), dor de cabeça, cansaço e manchas avermelhadas pelo corpo.

Assim como na dengue, a febre chicungunha pode ser diagnosticada pela sorologia

Tal como na dengue, não existe tratamento específico contra a febre chicungunha. A imensa maioria dos pacientes irá se curar de forma espontânea após cerca de 7 a 10 dias.

11. Exercício para o aluno descrever uma experiência.