

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

As primeiras intervenções estatais no campo da prevenção e controle de doenças, desenvolvidas sob bases científicas modernas, datam o início do século XX e foram orientadas pelo avanço da era bacteriológica e pela descoberta dos ciclos epidemiológicos de algumas doenças infecciosas e parasitárias. Essas intervenções consistiram na organização de grandes campanhas sanitárias com vistas ao controle de doenças que envolviam a atividade econômica, a exemplo da febre amarela, peste e varíola. Assim, a expressão vigilância epidemiológica passou a ser aplicada ao controle das doenças transmissíveis na década de 50, a expressão significava “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos”, baseada em medidas de isolamento ou quarentena, aplicadas individualmente e não de forma coletiva (BRASIL, 2005a).

Em 1975, por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), por meio da legislação específica (Lei nº 6.259/75 e Decreto nº 78.231/76), tornando obrigatória a notificação de doenças transmissíveis selecionadas, constantes de relação estabelecida por portaria. Em 1977, o MS elaborou o primeiro Manual de Vigilância Epidemiológica, reunindo e compatibilizando as normas técnicas então utilizadas para a vigilância de cada doença, no âmbito de programas de controle específicos (Ibidem).

Em 2004, o MS instituiu o Subsistema de Vigilância Epidemiológica de Âmbito Hospitalar (através da Portaria de nº 2.529/GM/ de 23/11/2004) a partir de então, vêm estimulando a implantação e desenvolvimento de Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar como subsídio para detecção precoce de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) e agravos inusitados à saúde, almejando primordialmente agilizar o processo de ações de prevenção e controle cabíveis nas diversas situações de saúde (DRUCK, 2008).

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) foi criado através da portaria nº 07/2004 GD/HUJBB/UFPA, tendo como objetivo planejar, controlar e avaliar as ações de saúde, no que se refere à epidemiologia hospitalar, em busca de qualidade e melhoria da saúde pública, atuando na investigação das DNC, listadas na relação nacional de doenças (EPIDEMIOLOGIA, 2006).

O serviço da Vigilância Epidemiológica tem como base a notificação compulsória, registro que obriga e universaliza as notificações de determinadas doenças (enfermidade e estado clínico) ou agravo (qualquer dano à integridade física, mental e social

dos indivíduos por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas e lesão auto heteroinfligidas). Devido as alterações no perfil epidemiológico, a implementação de outras técnicas para o monitoramento de doenças, o conhecimento de novas doenças ou a re-emergência de outras, há a necessidade de constantes revisões periódicas na lista das DNC, a fim de mantê-la atualizada.

A listagem das doenças de notificação nacional é estabelecida pelo MS entre as consideradas de maior relevância sanitária para o país. Estados e municípios podem adicionar à lista outras doenças de interesse regional ou local, justificada a sua necessidade e definidos os mecanismos operacionais correspondentes. A escolha dessas doenças obedece a alguns critérios, razão pela qual essa lista é periodicamente revisada, tanto em função da situação epidemiológica da doença, como pela emergência de novos agentes, por alterações no Regulamento Sanitário Internacional, e também devido a acordos multilaterais entre países. Os dados coletados sobre as doenças de notificação compulsória são incluídos no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2009).

A lista nacional das DNC baseia-se na magnitude (medida pela freqüência), potencial de disseminação, transcendência (medida pela letalidade, severidade, relevância social e econômica), vulnerabilidade (existência de instrumentos de prevenção), compromissos internacionais de erradicação, eliminação ou controle, doenças incluídas no Regulamento Sanitário Internacional, epidemias, surtos e agravos inusitados (BRASIL, 2008a).

A mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), em 1930, era responsável por 45,7% de todos os óbitos no país. No ano de 1980, esse percentual consistia em 9,3% e em 2005 a taxa era de 5,2%. Apesar da notável redução na mortalidade, as internações por esse grupo de doenças, que entre 1980 e 1990, representavam em torno de 10% do total de internações, no período de 2000 a 2007, ainda se mantinham em 8,4%. Nas regiões Norte (13,6%) e Nordeste (11,9%), os valores são mais elevados (Ibidem).

Diante do exposto, este estudo tem como alvo apresentar a prevalência das DNC no HUIBB, ocorridos no período de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2010. Prevalência indica qualidade do que prevalece, implicando em acontecer e permanecer existindo num momento considerado. Portanto, a prevalência é o número total de casos de uma doença, existente num determinado local e período (PEREIRA, 2007).

1.2 JUSTIFICATIVA

A notificação compulsória de doenças e agravos é uma das principais fontes da vigilância epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo de informação, decisão e ação (BRASIL, 2008a).

Os meios de comunicação constantemente destacam matérias relacionadas com as DNC, como a exemplo da dengue e influenza A. De acordo com o MS, são doenças transmissíveis classificadas como emergentes as que surgiram, ou foram identificadas, em período recente, ou aquelas que assumiram novas condições de transmissão, e doenças reemergentes, são as que ressurgiram como problemas de saúde pública. Portanto, caracteriza-se a Influenza A e a dengue, respectivamente, esta última, foi reintroduzida no Brasil desde 1982 e ainda permanece como um sério problema para a população em geral e profissionais da saúde.

Estudar a prevalência das DNC, despertou o interesse próprio em virtude do surgimento de estágio extra curricular no NVE/ HUIBB. Durante as atividades diárias notava-se elevados casos de internação por doenças como tuberculose, AIDS e meningite. A partir de então, houve a intenção de investigar mais detalhadamente questões como prevalência, perfil epidemiológico e óbitos entre as DNC prevalentes ocorridas neste hospital universitário.

Vale ressaltar, que o HUIBB é um dos campos de estágio obrigatório para os discentes do curso de enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), sendo assim, este estudo contribuirá para a divulgação do perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por DNC prevalentes no período de 2007 a 2010.

Neste contexto, a intenção deste trabalho consiste em contribuir para divulgação da prevalência das DNC nos últimos anos registradas no HUIBB, ressaltando a necessidade do profissional de enfermagem atuante na vigilância epidemiológica, como colaborador do processo de informação, decisão e ação. É fundamental que o profissional tenha conhecimento do ambiente de riscos para determinada população local, realizando ações que promovam saúde para a sociedade de um modo geral.

1.3 PROBLEMATIZAÇÃO E QUESTÃO NORTEADORA

As DNC estão atreladas a problemas de saúde pública mundial, nacionais e regionais. No Brasil, configura-se um quadro que, além de expor as frágeis estruturas ambientais urbanas do país, que tornam a população sujeita a doenças que pareciam superadas, amplia a, já alta, carga de doenças da população. Esses fatores relacionam-se ao surgimento de novas doenças ou novas formas de manifestações das doenças na população, causada pelo surgimento de novas cepas patogênicas, ampliação da resistência aos antimicrobianos e persistência de problemas como a desnutrição e doenças endêmicas, como a tuberculose (BRASIL, 2008a).

As atividades da vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar, disponibilizam um ambiente propício para a detecção de determinadas doenças, permitindo que a instituição hospitalar colabore com medidas de prevenção e controle nas comunidades, obtendo o estudo do perfil epidemiológico das DNC nas diferentes populações. Nessas condições, surgiram as seguintes questões norteadoras em destaque:

- a) Quais as Doenças de Notificação Compulsória são mais notificadas e confirmadas através do critério clínico laboratorial ou clínico-epidemiológico no HUIBB?
- b) Entre as DNC de maior prevalência, qual o perfil destes pacientes?
- c) Qual a prevalência de óbitos entre as DNC prevalentes no HUIBB?

1.4 OBJETIVO GERAL

Identificar as DNC prevalentes no HUIBB acompanhados pelo NVE, ocorridos no período de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2010.

1.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar quais as DNC confirmadas de maior prevalência atendidas no HUIBB;
- Fornecer o critério de confirmação do diagnóstico (clínico laboratorial ou clínico epidemiológico) utilizado entre as DNC prevalentes;
- Descrever o perfil demográfico dos pacientes acometidos pelas DNC prevalentes, em relação ao sexo, faixa etária, escolaridade e procedência;
- Identificar a prevalência de óbitos no grupo estudado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância epidemiológica significava a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos. Correspondia a vigilância de pessoas, por medidas de isolamento ou quarentena aplicadas individualmente e não de forma coletiva. Tempos mais tarde, na vigência de campanhas contra malária e a varíola, a vigilância epidemiológica passou a ser referida como uma das etapas desses programas, nos quais se almejava detectar ativamente a existência de casos da doença alvo, visando o desencadeamento de medidas urgentes destinadas a interromper a transmissão (AGUIAR; RIBEIRO, 2006).

O termo "vigilância" tem sido objeto de redefinições com significados internacionalmente reconhecidos, em que pese a relevante importância da aplicabilidade das suas ações. Desde a Idade Média e até os séculos XVII e XVIII, o vocábulo "vigilância" era vinculado aos conceitos de isolamento e quarentena. No entanto, a vigilância enquanto "instrumento de saúde pública" surgiu no final do século XIX, com o desenvolvimento da microbiologia (WALDMAN, 1991).

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 a partir de então, definiu-se como o conjunto de atividades que permitia reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou a história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, tendo por finalidade recomendar oportunamente com bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem a prevenção e ao controle de determinadas doenças (ROUQUAYROL et al. , 2003).

No Brasil, o conceito citado acima foi utilizado na Campanha de Erradicação da Varíola (1966 - 1973), motivando a aplicação do conceito para o controle de outras doenças imunopreveníveis. Em 1969, foi organizado um sistema de notificação semanal de doenças, baseado na rede de unidades permanentes de saúde (AGUIAR; RIBEIRO, 2006).

No ano de 1975, por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde, foi instituído SNVE. Esse sistema formalizado através da Lei 6259/75 e Decreto 78231/76, que a

regulamentou, incorporou o conjunto de doenças transmissíveis então consideradas de maior relevância sanitária no país (AGUIAR; RIBEIRO, 2006).

O SNVE, inicialmente abrangeu doenças como: varíola, febre amarela, peste e cólera, doenças sujeitas ao regulamento sanitário internacional; doenças vinculadas ao programa nacional de imunizações, como a 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 informação para a vigilância da meningite meningocócica e da meningite tuberculosa) (ROUQUAYROL et al. , 2003).

A partir de então a crescente complexidade organizacional e programática do setor de saúde determinou a agregação progressiva de novas doenças incluindo também doenças não transmissíveis ao sistema nacional (AGUIAR; RIBEIRO, 2006).

A lei 8080/90, a qual regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), teve importantes desdobramentos na área de 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 (BRASIL, 2002).

Para o desenvolvimento do SNVE atualmente estabelece-se como prioridade o fortalecimento de sistemas municipais de vigilância epidemiológica, dotados de autonomia técnica e gerencial para enfocar os problemas de saúde próprios de suas respectivas áreas de abrangência (AGUIAR; RIBEIRO, 2006).

A eficiência do SNVE depende da boa inter-relação das funções realizadas nos diferentes níveis (municipal, estadual e federal). Quanto mais capacitada e eficiente for a instância local, mais oportunamente poderá ser executadas as medidas de controle. Os dados e informações produzidos serão mais consistentes, possibilitando melhor compreensão do quadro sanitário estadual e nacional, assim, será possível o planejamento adequado da ação do governo. Diante deste contexto, as intervenções provenientes dos níveis estadual e federal terão tendência a tornar-se seletivas, voltadas para questões emergenciais ou que, por sua transcendência, requerem avaliação complexa e abrangente, com participação de especialistas e centros de referência, inclusive internacionais (BRASIL, 2005).

2.2 AÇÕES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decisão sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças ou agravos, bem como dos seus fatores condicionantes, em uma área geográfica ou populações determinadas. Subsidiariamente, a vigilância epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para normalização de atividades técnicas correlatadas (BRASIL, 2009, p. 18)

Dentre as funções da vigilância epidemiológica destaca-se: coleta de dados; processamento dos dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; Divulgação de informações pertinentes. O cumprimento dessas funções depende da disponibilidade de informações que sirvam para subsidiar o desencadeamento de ações. A qualidade das informações dependerá da adequada coleta de dados, que são gerados no local onde ocorre o evento sanitário (AGUIAR; RIBEIRO, 2006).

A vigilância epidemiológica refletindo a complexidade das mudanças no comportamento das doenças, da interação do homem com o meio ambiente e da mobilidade de populações humanas, passou por modificações de conceitos e de estratégia de ação, sem perder de vista o objetivo principal, o qual consiste em coletar dados para o desencadeamento de ações de prevenção e controle (GAZE; PEREZ, 2006).

A realização das ações da vigilância epidemiológica relacionam-se com os dados coletados, os quais venham a servir para subsidiar o processo de produção de informação objetivando a ação, desencadeando a prevenção e controle de doenças. A qualidade da informação dependerá da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado). Sendo também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados para constituírem a informação, capaz de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações (BRASIL, 2005a).

É importante ressaltar que as ações da vigilância epidemiológica possuem competências a cada um dos níveis do sistema de saúde (municipal, estadual e federal), com graus de especificidade variáveis. As ações executivas são inerentes ao nível municipal e seu exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local. Quanto aos níveis nacional e estadual cabe conduzi-las ações de caráter estratégico, de coordenação em seu âmbito de

ação e de longo alcance, além da atuação de forma complementar ou suplementar aos demais níveis. 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 (BRASIL, 2009).

O objetivo da vigilância epidemiológica é conhecer a magnitude da doença (dados de morbidade e mortalidade), sua distribuição e fatores de risco e tendência no tempo, dando subsídios para as ações de controle (BRASIL, 2010).

2.3 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

A notificação compulsória é definida como a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita a autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer outro cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Os critérios que devem ser aplicados no processo de seleção para notificação de doenças são: magnitude, potencial de disseminação, transcendência, vulnerabilidade e compromisso internacional (AGUIAR; RIBEIRO, 2006).

Deve-se notificar a simples suspeita não aguardando a confirmação do caso para tomar as medidas de controle. Destaca-se, a tuberculose, hanseníase, esquistossomose e a AIDS como doenças que só deverão ser notificadas após a confirmação da suspeita diagnóstica. A notificação deve ser sigilosa, só podendo ser divulgada fora do âmbito médico sanitário em caso de risco para a comunidade, reservando o direito de anonimato do cidadão (Ibidem).

Em 1975, a lei que instituiu o SNVE também criou a obrigatoriedade da notificação compulsória de algumas doenças, que era feita pelas Unidades de Saúde, semanalmente, através do preenchimento do Boletim Semanal de Doenças. As Secretarias Estaduais faziam um consolidado mensal e o enviavam por aerograma para o MS. Esse Sistema de Notificação Compulsória de Doenças (SNCD) sempre apresentou problemas de sub-notificação e supria limitadamente as necessidades mínimas de informação de morbidade do país (EPIDEMIOLOGIA, 2006).

A base de registros do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) é a principal fonte de dados da vigilância epidemiológica. O SINAN tem por objetivo coletar, transmitir, consolidar dados gerados rotineiramente pela Vigilância Epidemiológica, por uma rede informatizada, possibilitando assim a disseminação de dados e divulgação de informações. Sua regulamentação está na portaria sobre a notificação

compulsória de agravos no país (portaria nº 5 de 21 de fevereiro de 2006) e presente nas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB – SUS 01/96 de 06/11/96 e NOAS SUS 01/2002 Portaria nº 373/GM/MS, de 27/02/2002; portaria 1172) onde são definidas as atribuições das três esferas de governo na gestão, estruturação e operacionalização do sistema de informação epidemiológica informatizada a fim de garantir a alimentação permanente e regular dos bancos de base nacional através da notificação de doenças compulsória (BRASIL, 2010).

Os formulários padronizados, conhecidos como ficha de investigação epidemiológica, encontram-se disponíveis no SINAN. O preenchimento dessa ficha deve ser muito cuidadoso, registrando-se, com o máximo de exatidão possível, as informações de todos os seus campos. O investigador poderá acrescentar novos itens que considere relevante. O espaço reservado para “observações” deve ser utilizado para anotar informações adicionais que possam ajudar no esclarecimento do evento. Os dados preenchidos podem ser obtidos mediante entrevista com o paciente, familiares, médicos e outros informantes (BRASIL, 2009).

A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida para cada paciente quando há suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória de interesse nacional, estadual ou municipal, deve ser encaminhada pelas unidades assistenciais aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica. Este mesmo instrumento é utilizado para notificação negativa, que é definida como a notificação da não ocorrência de doenças de notificação compulsória, na área de abrangência da unidade de saúde (Ibidem).

A inclusão de doenças na Lista Nacional de DNC é decidida mediante a consideração conjunta dos critérios como: Magnitude (Frequência), potencial de disseminação (Transmissibilidade), características clínicas e epidemiológicas que possibilitem inferir o grau de relevância da doença em termos de prognósticos sociais e econômicos, vulnerabilidade, compromissos internacionais, regulamentação sanitária internacional, epidemias, surtos e agravos inusitados (GAZE; PEREZ, 2006).

As notificações em um hospital universitário, permeiam as produções de saúde (questões assistenciais) e científica (questões acadêmicas), num complexo processo de estruturação administrativa e qualificação profissional, os Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar necessitam desenvolver novas ferramentas para vencer uma culturalmente justificada resistência ao ato de notificar, somada a uma falta de confiança no resultado do ato de vigiar. Mais do que educar, é preciso engajar, comprometer, criar uma

identidade de Vigilância em Saúde que favoreça a Vigilância Epidemiológica (SCHMITZ, 2008).

2.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

A vigilância epidemiológica é uma das mais antigas atividades de monitoramento na área da saúde. O sistema de vigilância epidemiológica deve atentar para mudanças no comportamento epidemiológico das doenças, a fim de que qualquer alteração na estrutura epidemiológica possa ser precocemente identificada e investigada, levando a ação de medidas de controle em suas fases iniciais de possíveis epidemias, sendo capaz de identificar novos agravos ou o recrudescimento de agravos supostamente sob controle (ESCOSTEGUY; MEDRONHO, 2005). Segundo os mesmos autores:

“Os hospitais participam do sistema de saúde atendendo um grande volume de casos, envolvendo enormes recursos e desafios, entre eles o acúmulo de dados nem sempre transformados em informação que possa subsidiar a tomada de decisão. Tradicionalmente a vigilância das infecções hospitalares tem sido um dos componentes mais enfatizados neste contexto, mas o papel da epidemiologia hospitalar como um todo vem sendo alvo de crescente discussão” (Ibidem, p. 583).

Os hospitais, como todos os serviços de saúde, precisam estar atentos a notificação e tratamento das DNC. Os casos descobertos em hospitais podem estar mais sujeitos a desfechos desfavoráveis, quer pela gravidade dos casos ou pelo risco de descontinuidade do tratamento após a alta hospitalar, os funcionários dessas instituições devem ser capacitados para busca ativa e manejo adequado dos casos. O Hospital deve organizar o fluxo com os demais serviços de saúde e a troca de informações com os responsáveis pela vigilância epidemiológica local (BRASIL, 2010).

No Brasil, uma das experiências pioneiras de epidemiologia hospitalar teve início no Hospital dos Servidores do Estado, localizado no Rio de Janeiro, o qual disponibiliza de um serviço que integra ações de vigilância epidemiológica, educação continuada e pesquisa clínica epidemiológica e epidemiologia aplicada à avaliação dos serviços de saúde desde do ano de 1986, enquanto um setor, sendo este o primeiro serviço de epidemiologia hospitalar da então rede do antigo INAMPS (ESCOSTEGUY; MEDRONHO, 2005).

A presença de um NVE no âmbito hospitalar permite que o mesmo gere informações epidemiológicas a partir da própria realidade, garantindo instrumentos gerenciais

importantes relativos ao planejamento, organização do trabalho e promoção da eficiência dos mesmos, tanto para o hospital, quanto para a vigilância epidemiológica ao nível municipal, na qual está inserido. Acredita-se que esta articulação, em suas várias interfaces, possa contribuir no fortalecimento da vigilância em saúde (DRUCK, 2008).

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, a partir das informações dos casos de DNC registrados em banco de dados do SINAN/NVE/HUJBB no período de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2010.

Para Barros; Lehfeld (2000), na pesquisa descritiva não há a interferência do pesquisador, este descreve o objeto de pesquisa, procurando descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua natureza, característica, causas, relações, conexões com outros fenômenos. Para estes autores, as pesquisas descritivas abrangem dois tipos de pesquisa: a documental e/ou bibliográfica.

O estudo retrospectivo é aquele em que a montagem do grupo de sujeitos seguidos no tempo (coorte), as aferições basais e o seguimento ocorrem no passado. (HULLEY et al. , 2008).

O método de pesquisa quantitativa utiliza a descrição matemática como linguagem, esta por sua vez utilizada para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre variáveis (TEIXEIRA, 2009).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada no NVE/HUJBB localizado na região Norte, Belém-Pará-Brasil, referência regional em pneumologia, infectologia, endocrinologia e diabetes e referência nacional em AIDS.

O HUJBB começou a funcionar em 15 de agosto de 1959, com atividades destinadas, exclusivamente, ao tratamento de pacientes portadores de tuberculose. Desde sua fundação, o HUJBB vem desempenhando um papel importante no diagnóstico, tratamento e controle de doenças infecciosas e parasitárias no estado (HOSPITAL, 2006).

Possui 17.520 metros quadrados de área construída, conta com 300 leitos, sendo 271 leitos operacionais e 29 de retaguarda; 30 consultórios, quatro salas de cirurgia, três salas para cirurgia ambulatorial e uma Unidade de Terapia Intensiva, na Área de Assistência, o HUJBB oferece consultas e internação em diversas especialidades, como Clínica Médica, Pneumologia, Infectologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurologia e Urologia. Ainda dispõe de um Centro de Diagnóstico, que realiza exames

laboratoriais, diagnóstico por rádio-imagem, provas de funções respiratórias, exames endoscópicos, métodos gráficos e reabilitação através de fisioterapia e terapia ocupacional (Ibidem).

O NVE, do HUIBB, foi criado por meio da Portaria Nº07/2004-GD/HUIBB/UFPA, e tem como objetivos planejar, controlar e avaliar as ações de saúde, no que se refere à Epidemiologia Hospitalar. É constituído por duas enfermeiras, um profissional da área médica, assim como uma analista de sistemas, assistente administrativa e técnica de enfermagem, além de estagiárias do curso de enfermagem, serviço social e estatística (EPIDEMIOLOGIA, 2006).

3.3 FONTE DE INFORMAÇÃO

A fonte das informações foi o banco de dados do SINAN / NVE / HUIBB, o SINAN trata-se de uma ferramenta documental do MS. Logo, este estudo caracteriza-se como uma pesquisa documental.

“Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos considerados cientificamente autênticos (não-fraudados);...além das fontes primárias, os documentos propriamente ditos, utilizam-se das fontes chamadas secundárias, como dados estatísticos, elaborados por institutos especializados e considerados confiáveis para a realização da pesquisa” (CARVALHO, 2007, p.23).

O SINAN foi idealizado para racionalizar o processo de coleta e transferência de dados relacionados às doenças e agravos de notificação compulsória, embora o número de doenças e agravos por ele contemplados venha aumentando, sem relação direta com a compulsoriedade de sua notificação. O formulário padrão contém duas partes: a Ficha Individual de Notificação (FIN), que deve ser preenchida por profissionais das unidades assistenciais da rede privada, conveniada e pública; e a Ficha Individual de Investigação (FII), que, em geral, é preenchida pelo responsável da investigação. Os principais indicadores gerados pelo SINAN e SNCD são: taxa ou coeficiente de incidência, taxa ou coeficiente de prevalência, taxa ou coeficiente de letalidade. Com as fichas de investigação, muitas outras informações podem ser obtidas, como percentual de seqüelas, impacto das medidas de controle, percentual de casos suspeitos e confirmados, entre outras (EPIDEMIOLOGIA, 2006).

3.4 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados baseou-se na ficha modelo (APENDICE A), fundamentada nos objetivos deste estudo. As informações coletadas foram as variáveis deste estudo: prevalência das DNC no HUIBB; as doenças mais notificadas e confirmadas; entre as prevalentes, foi exposto o critério de confirmação diagnóstica (clínico laboratorial e clínico-epidemiológico), explicitou-se sexo, faixa etária, escolaridade, procedência e número de óbitos em relação às DNC prevalentes.

A ficha modelo foi entregue a funcionária do NVE/ HUIBB responsável pelo SINAN, pois a pesquisadora deste estudo não possui aptidão e nem acesso direto a este sistema, desta forma os dados desta pesquisa foram fornecidos em números brutos. Os dados foram coletados no período de Dezembro de 2010 a Abril de 2011, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto / UFPA.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Depois de concluída a fase de coleta de dados, iniciou-se o trabalho de análise das informações coletadas de acordo com as variáveis em estudo. Os números brutos fornecidos foram inseridos no programa Excel 7.0, com a finalidade de construir tabelas e gráficos, os quais contribuem para uma melhor visualização dos resultados.

Os resultados foram analisados por meio do programa BioEstat 5.0, o qual é utilizado para aplicações estatísticas, voltados sobretudo para a área das ciências biológicas e médicas. O cálculo foi realizado através da Hipótese nula (amostra independente) contra a Hipótese alternativa (amostra dependente), verificou-se a significância estatística considerando $p < 5\%$.

Mediante do BioEstat 5.0, foi empregado o teste qui-quadrado e o Teste G. O teste qui-quadrado foi utilizado nas variáveis que envolvem sexo, faixa etária e escolaridade, devido a análise estatística, demonstrar menos de 20% das frequências esperadas acima de 5. O Teste G foi utilizado nas variáveis que abrangem procedência e óbitos, pois, a análise estatística, constatou mais de 20% das frequências esperadas abaixo de 5. Somente após a construção estatística das informações coletadas ocorreu as discussões.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa seguiu os preceitos éticos que regem a beneficência, a não-maleficência e a justiça regulamentadas pela Resolução nº 196/96 do Conselho nacional de Saúde /MS e foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário João de Barros Barreto, sendo aprovado em 30/11/2010 sob o protocolo nº 2695/10 (Anexo A).

3.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram incluídas nesta pesquisa informações contidas no Banco de dados do SINAN/NVE/HUJBB a respeito da prevalência das DNC investigadas em pacientes internados no período de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2010 suspeitos de DNC e que contemplaram as variáveis estudadas. Foram excluídas as informações de pacientes que não contemplaram tais critérios e aquelas dos pacientes internados não suspeitos de DNC.

3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa não ofertou riscos à integridade física do ser humano, uma vez que as informações foram coletadas do banco de dados do SINAN/ NVE/ HUJBB, entretanto, há o risco de contemplação da identidade dos pacientes, quanto a esta questão, a autora garantiu sigilo, mantendo o anonimato dos pacientes, sendo divulgados apenas os dados relacionados com a pesquisa.

Os benefícios ocorrerão a partir do conhecimento do perfil dos pacientes acometidos por DNC, contribuindo para realizar ações epidemiológicas, com possíveis promoção de medidas de prevenção, detecção e controle das doenças em estudo.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No período em estudo, foram registrados a partir do banco de dados do SINAN /NVE/ HUIBB 7.194 casos suspeitos de DNC, destes 5.374 foram confirmados. Os casos notificados superam os casos confirmados como pode ser observado na **Figura 1**.

Devido o ato da notificação ocorrer mediante a suspeita das doenças que constam na Lista de Notificação Compulsória Imediata (LNCI), a exemplo da dengue, há casos suspeitos que são notificados de forma imediata e posteriormente não possuem confirmação do diagnóstico, logo são descartados. Desta forma justifica-se o número de casos notificados superior ao número de casos confirmados.

Vale ressaltar que a Lista de Notificação de Doenças é revisada constantemente, levando em consideração, as doenças de relevância sanitária para o país. Durante a realização desta pesquisa houve a criação da Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011, substituindo a Portaria Nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, porém essa substituição em nada alterou as doenças estudadas.

A listagem das DNC a nível nacional é estabelecida pelo MS entre as consideradas de maior relevância sanitária para o país. A atual Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (ANEXO B), especifica as doenças de notificação obrigatória (suspeita ou confirmada), além das doenças ou eventos de “notificação imediata” (quando há necessidade de informação rápida). A escolha dessas doenças obedece a alguns critérios, razão pela qual essa lista é periodicamente revisada, tanto em função da situação epidemiológica da doença, como pela emergência de novos agentes, por alterações no regulamento sanitário internacional, e também devido a acordos multilaterais entre países (BRASIL, 2009).

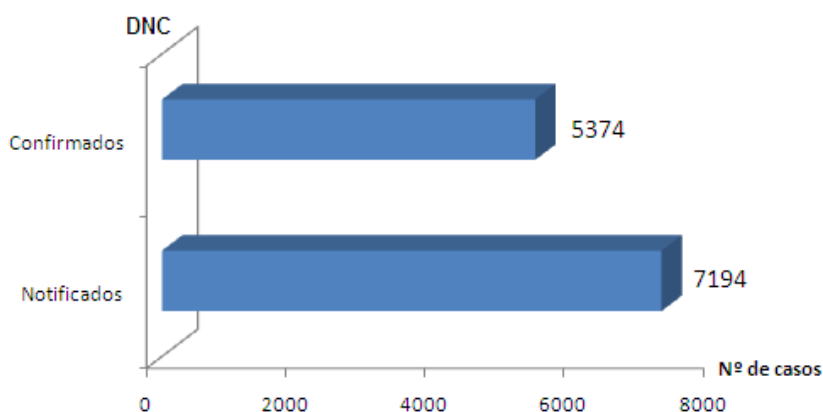


Figura 1 – Números de casos de DNC notificados e confirmados. HUIBB, Belém - Pa / JAN, 2007 - DEZ, 2010.

Nota-se que entre os 5.374 casos de DNC confirmados, destes 4.908 casos, que correspondem a 91% (**Figura 2**), referem-se às DNC como tuberculose, meningite, AIDS, dengue, hepatites virais e leishmaniose visceral, as quais são alvo desta pesquisa, devido a sua prevalência. Estas doenças compõem a atual portaria (Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011) entre outras 33 doenças. As doenças prevalentes fazem parte do objetivo deste estudo e serão apresentadas a seguir.

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta principalmente os pulmões, mas, também pode ocorrer em outros órgãos do corpo. É transmitida de pessoa a pessoa, através de gotículas suspensas no ar (AGUIAR; RIBEIRO, 2006).

A meningite é caracterizada como um processo inflamatório do espaço subaracnóideo e das membranas leptomeníngeas (pia aracnóide) que envolvem o encéfalo e a medula espinhal. A infecção poderá atingir estruturas do Sistema Nervoso Central (SNC), o comprometimento infeccioso do SNC e de suas membranas pode ser agudo quando causado por bactérias ou vírus, e crônico quando causado por protozoários, espiroquetas, helmintos, fungos ou micobactérias (FERREIRA; SETEM in SOUZA, 2006).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma manifestação clínica avançada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A infecção pelo HIV leva a imunossupressão progressiva, em especial da imunidade celular e conseqüentemente a uma desregulação imunitária. As desregulações e supressões imunitárias contribuem para o surgimento de infecções oportunistas, neoplasias e ou manifestações (demência, caquexia, trombocitopenia, entre outras) que são condições definidoras de AIDS, quando em presença da infecção pelo HIV (VERONESI; FOCACCIA, 2002).

A dengue é uma doença viral, aguda, febril, tendo como bioagente o arbovírus (vírus transmitido por artrópodes), os vetores são os mosquitos do gênero *Aedes*, sendo *Aedes aegypti* o mais importante na transmissão da doença, por estar mais adaptado ao meio urbano. A dengue é uma doença de gravidade variável, podendo se apresentar na forma clássica, de evolução benigna ou na forma hemorrágica, de maior gravidade (AGUIAR; RIBEIRO, 2006).

As hepatites virais são doenças infecciosas, de transmissibilidade inter-humana, a evolução poderá ser aguda ou crônica. Compreendem um conjunto de infecções causadas por vírus hepatotrópicos que são denominadas com letras do alfabeto, classificadas como Hepatite viral A (HVA), Hepatite viral B (HVB), Hepatite viral C (HVC), Hepatite viral D (HVD), Hepatite viral E (HVE). Apesar de suas semelhanças clínicas, as hepatites virais se diferenciam na etiologia, epidemiologia e imunopatogênese, o que as identifica de maneira

fundamental é a capacidade comum de seus agentes etiológicos causarem patogenicidade primariamente em tecido hepático e eventualmente comprometimento sistêmico (VERONESI; FOCACCIA, 2002).

A leishmaniose visceral, também conhecida como calazar, é uma doença infectocontagiosa causada por um protozoário, a *Leishmania dovani*, pela inoculação da picada da fêmea do mosquito flebótomo, inseto hematófago que podem ser encontrados dentro de casa ou matas. Após a inoculação pela picada do inseto infectado, os parasitos invadem as células endoteliais, as células fagocitárias do fígado e as células dos seios venosos do baço (MIOLA in SOUZA, 2006).

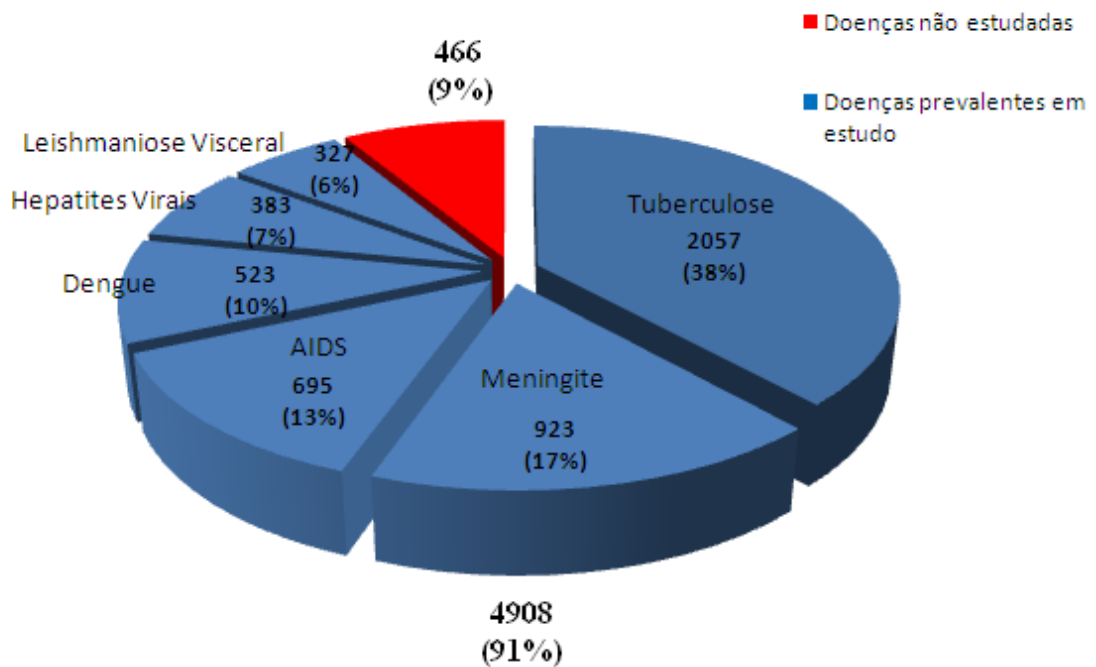


Figura 2 – Número e percentual de casos de DNC prevalentes. HUIBB, Belém - Pa / JAN, 2007 - DEZ, 2010.

Na **tabela 1** constata-se que para as DNC como a tuberculose, AIDS, dengue e hepatites virais, o número de casos confirmados vem crescendo ao longo do período em estudo, já para Meningites o número de casos confirmados não se alteraram drasticamente até 2010, quando houve um decréscimo. Quanto à leishmaniose visceral, também houve uma redução no número de casos confirmados ao longo do estudo.

Na **figura 3** ilustra-se o total de casos notificados e confirmados de todas as DNC em estudo. É importante ressaltar que o número de notificações é igual ao de confirmação do diagnóstico em doenças como a tuberculose e AIDS.

A notificação da tuberculose deverá ocorrer mediante a confirmação do diagnóstico. A unidade de saúde que descobre e inicia o tratamento dos casos novos, é a responsável pela notificação compulsória dos mesmos. Casos suspeitos de tuberculose abrangem todo indivíduo com sintomatologia clínica sugestiva de tuberculose pulmonar, como tosse por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, ou suspeito ao exame radiológico. Em relação a AIDS, trata-se de uma DNC que só deverá ser notificado os casos confirmados, mediante o preenchimento da ficha de notificação específica (BRASIL, 2009).

É importante ressaltar a questão do estigma relacionado com doenças como AIDS e tuberculose, pois, uma vez que notificadas antes de um diagnóstico preciso, poderá acarretar tensão emocional afetando o estado psicológico e convívio social.

De acordo com Pôrto (2007), o doente com “mancha no pulmão” carrega uma marca que altera profundamente sua inserção no grupo social. Enfrentar a tuberculose, tanto para o doente como para aqueles que o cercam, não é tarefa simples, em virtude de preconceitos para o doente em assumir e seguir seu tratamento. A doença é temida ainda por ser expressão de algo que é socialmente digno de censura, persistindo, na relação da sociedade com o doente, o processo de estigmatização da tuberculose.

De acordo com Souza (2010), as pessoas que tem tuberculose vivem situações bastante complexas. O estigma parece ser um dos aspectos mais relevantes e que interfere na possibilidade de uma convivência mais harmônica com essa condição de saúde. Outro aspecto de destaque nesse processo é o isolamento social, especialmente decorrente do estigma, mas também pela falta de um suporte mais efetivo que essas pessoas poderiam ter dos profissionais de saúde, que mantêm sua prática educativa centrada na perspectiva informativa e de controle.

A AIDS é uma de doença que carrega um grande estigma social e cuja investigação demanda a coleta de dados comportamentais (BRASIL, 2009). Para Garrido et al. , (2011), o estigma é uma situação habitual a doenças infecciosas ou mentais, referindo-se a AIDS, o autor relata que existem uma série de metáforas que reforçam e legitimam o processo de estigmatização tanto das "vítimas" como dos "culpados" pela expansão da pandemia em todo o mundo, associando-se o HIV/AIDS com morte iminente, comportamentos imorais merecedores de punição, com a guerra necessária para deter a expansão do vírus.

Quanto à meningite, dengue, hepatites virais e leishmaniose visceral, todo caso suspeito e/ou confirmado deverá ser comunicado ao serviço de vigilância epidemiológica, é de responsabilidade de todo serviço de saúde notificar todo caso suspeito às autoridades

municipais de saúde, que deverão providenciar, de forma imediata, a investigação epidemiológica e avaliar a necessidade da adoção das medidas de controle pertinentes. Todos os profissionais de saúde das unidades públicas de ensino e laboratórios, ambos públicos e privados são responsáveis pela notificação. O funcionamento de unidades de vigilância epidemiológica nos hospitais é fundamental para a busca ativa de casos em seu âmbito (BRASIL, 2009).

Na suspeita de meningites, devem-se considerar os dados clínicos. No recém-nascido e no lactente, o diagnóstico, torna-se extremamente difícil e se caracteriza por sinais de alarme: febre alta ou hipotermia, apatia, recusa alimentar, vômitos seguidos, sem relação com a alimentação e não precedidos de náuseas; apnéia (sem causa cardíaca ou pulmonar), fontanela abaulada e tensa, convulsões. Na criança maior e no adulto, os sinais clínicos já são mais comuns, tornando a suspeita clínica mais evidente, com sinais de febre, cefaléia intensa, vômitos em jato, rigidez de nuca, sinais de irritação meníngea (Kernig, Brudzinski), convulsões e/ou manchas vermelhas no corpo. (CAMPEÁS; CAMPEÁS, 2003).

Os casos suspeitos de dengue são pacientes que apresentam doença febril aguda, com duração máxima de sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração, exantema, associados ou não à presença de hemorragias. Além desses sintomas, deve ter estado, nos últimos 15 dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Aedes Aegypti* (BRASIL, 2005b).

Os casos suspeitos de hepatites virais abrangem a suspeita clínica/ bioquímica, com sintomático icterício: Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente (recente ou não), com ou sem sintomas como febre, mal-estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal e indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado. O sintomático anictérico: Indivíduo sem icterícia, que apresente um ou mais sintomas como febre, mal-estar, náusea, vômitos, mialgia e que, na investigação laboratorial, apresente valor aumentado das aminotransferases (BRASIL, 2008c).

Os casos suspeitos de hepatites virais assintomático envolve o indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (na hemodiálise, em acidente ocupacional com exposição percutânea ou de mucosas, por transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos, odontológicos, colocação de *piercing*, tatuagem com material contaminado, por uso de drogas endovenosas com compartilhamento de seringa ou agulha). Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do

caso índice. Indivíduo com alteração de aminotransferases no soro, igual ou superior a três vezes o valor máximo normal dessas enzimas, segundo o método utilizado. (Ibidem).

Considera-se como caso suspeito de leishmaniose visceral, todo indivíduo com febre e esplenomegalia, proveniente de área com ou sem ocorrência de transmissão, desde que descartados os diagnósticos diferenciais mais freqüentes na região (BRASIL, 2006).

Tabela 1 – Distribuição dos casos de DNC prevalentes quanto à notificação e confirmação. HUIBB, Belém - Pa / JAN, 2007 - DEZ, 2010.

DNC	PERÍODO								Subtotal	
	2007		2008		2009		2010		NOTI	CONF
	NOTI*	CONF*	NOTI	CONF	NOTI	CONF	NOTI	CONF		
Tuberculose	385	385	516	516	599	599	557	557	2057	2057
Meningite	248	233	288	267	278	256	183	167	997	923
AIDS	135	135	181	181	169	169	210	210	695	695
Dengue	192	118	220	90	229	124	283	191	924	523
Hepatites	83	55	191	83	209	118	189	127	672	383
L.visceral*	138	107	152	82	158	69	126	69	574	327
Subtotal	1181	1033	1548	1219	1642	1335	1548	1321	5919	4908

Fonte: SINAN/ NVE/ HUIBB

NOTI* : Notificados; CONF* : Confirmados; L.visceral*: Leishmaniose visceral.

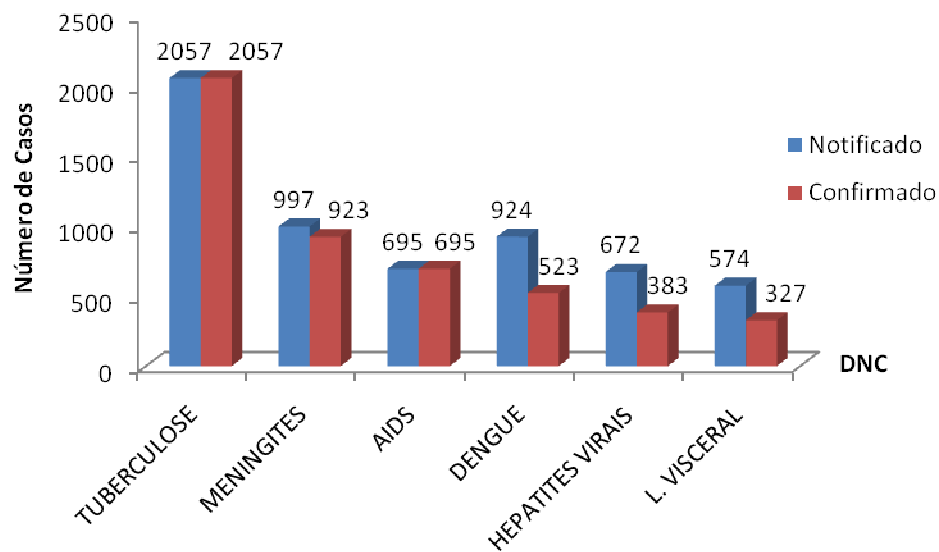


Figura 3 – Distribuição dos casos de DNC prevalentes quanto ao total de notificação e confirmação. HUIBB, Belém - Pa / JAN, 2007 - DEZ, 2010.

Constata-se na **figura 4** que o critério de confirmação do diagnóstico foi maior através do critério clínico laboratorial do que o critério clínico-epidemiológico, exceto para tuberculose que teve a maior parte dos seus casos confirmados através do critério clínico-epidemiológico.

Na falta de justificativa entre os autores pesquisados e de literaturas relacionadas com o critério de confirmação do diagnóstico das DNC, sugere-se que a tuberculose apresentou a maior parte dos seus casos confirmados através do critério clínico-epidemiológico, devido ao quadro de sintomas característicos apresentado pelos pacientes, aliado a certos exames indicativos da doença (como o exame radiológico de rápida execução) e história de convívio com pessoas que tem tuberculose, haja vista que a detecção rápida agiliza o tratamento específico e conseqüentemente diminui a disseminação da doença.

Vale ressaltar que a AIDS e as hepatites virais, de acordo como recomenda o guia de vigilância epidemiológica (2009), só podem ser confirmadas por critério clínico laboratorial, isto justifica a ausência de confirmação de casos através do critério clínico-epidemiológico como demonstra a **figura 4**.

Os resultados laboratoriais vinculados à rotina da vigilância epidemiológica complementam o diagnóstico de confirmação de casos e, contribuindo para fonte de conhecimento de casos ou de eventos que não foram notificados. Também devem ser incorporados os dados decorrentes de estudos epidemiológicos especiais, realizados pelos laboratórios de saúde pública em apoio às ações de vigilância (BRASIL, 2009).

Os casos de tuberculose poderão ser confirmados através do critério clínico-laboratorial ou critério clínico-epidemiológico. O critério clínico laboratorial abrange a tuberculose pulmonar bacilífera quando o paciente apresentar duas baciloscopias diretas positivas, ou uma baciloscopia direta positiva e cultura positiva ou uma baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose; A tuberculose pulmonar com escarro negativo refere-se ao paciente com duas baciloscopias negativas, com imagem radiológica sugestiva, e achados clínicos ou outros exames complementares, que permitam ao médico efetuar um diagnóstico de tuberculose. Por último a tuberculose extrapulmonar, quando há paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, em que o médico toma a decisão de tratar com esquema específico. Ainda o paciente com, pelo menos, uma cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, de material proveniente de uma localização extrapulmonar (BRASIL, 2010).

O critério clínico-epidemiológico da tuberculose dependerá dos dados epidemiológicos e da interpretação dos resultados dos exames solicitados. Em situações em que o diagnóstico laboratorial não pode ser realizado, o clínico pode confirmar o caso pelo critério clínico epidemiológico, principalmente, quando de história de contato com doentes de tuberculose, fator de importância primordial para a suspeição diagnóstica (BRASIL, 2010).

Para se confirmar o caso suspeito de meningite, deve-se sempre proceder à punção líquórica, salvo raras contra-indicações, para confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento precocemente. A única contra-indicação formal para a punção líquórica lombar (desde que se suspeite de meningite) é a infecção no local da punção. Havendo suspeita de hipertensão endocraniana grave (pressão acima de 40 cm de água) deve-se evitar a retirada de liquor neste momento, fazendo-se uso de medicamentos antiedema cerebral para baixar a pressão e posteriormente realizá-la. Quando houver edema intenso ou sinais localizatórios, deverá ser realizado tomografia cerebral antes da punção. O liquor normal é límpido e incolor como “água de rocha”. Deve-se realizar os exames quimiocitológico (Analisa o aspecto do liquor, a contagem do número de células) e bioquímico (Contagem de glicose, proteínas, cloretos e uréia, látex, contraímunoelctroforese, a cultura de liquor e hemocultura, tentando-se isolar o agente etiológico) no liquor (CAMPÉAS e CAMPÉAS, 2003).

O diagnóstico laboratorial para o HIV em crianças com idade menor ou igual a 18 meses consiste no resultado detectável em duas amostras obtidas em momentos diferentes, testadas pelos seguintes métodos: quantificação do RNA viral plasmático (carga viral) ou detecção do DNA pró-viral 2 e carga viral entre 1 e 6 meses, sendo um destes após o 4º mês de vida. Estes testes deverão ser realizados a partir de 1 mês de vida, caso a primeira quantificação de RNA viral plasmático tenha um resultado detectável, ela deve ser repetida imediatamente, se a segunda carga viral também for detectável, deve-se considerar a criança como infectada pelo HIV, caso a carga viral esteja abaixo de 10.000 cópias/ml, a situação deve ser cuidadosamente analisada, porque pode se tratar de um resultado falso-positivo (BRASIL, 2009).

O diagnóstico laboratorial da infecção por HIV em crianças com idade superior a 18 meses, adolescentes e adultos será confirmado por meio da realização de um teste de triagem para detecção de anti-HIV-1 e anti-HIV-2 e pelo menos um teste confirmatório. Em caso de resultado positivo, uma nova amostra deverá ser coletada para confirmar a positividade da primeira amostra. Em casos especiais, na impossibilidade de realização de diagnóstico laboratorial convencional, o diagnóstico também pode ser realizado utilizando-se testes rápidos. A fim de maximizar o grau de confiabilidade na emissão dos laudos, bem como

minimizar a ocorrência dos resultados falso-negativos ou falso-positivos, o MS estabelece a obrigatoriedade de um conjunto de procedimentos seqüenciados no diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, logo, não há critério-epidemiológico para confirmação dos casos de aids (BRASIL, 2009).

A dengue classifica-se como dengue clássico, Febre Hemorrágica do Dengue (FHD) e dengue com complicações. O caso confirmado de dengue clássico pode ser confirmado clínico laboratorialmente e é o único caso que pode ser confirmado através do critério clínico- epidemiológico, exceto nos primeiros casos da área, os quais deverão ter confirmação laboratorial. De maneira geral, a confirmação de diagnóstico ocorre através do critério laboratorial, através do isolamento viral ou diagnóstico sorológico. O isolamento viral deverá ser coletado até o quinto dia do início dos sintomas. O diagnóstico sorológico é o método de escolha para o diagnóstico da dengue, devendo ser coletado após o sexto dia do início dos sintomas (BRASIL, 2005b).

O diagnóstico laboratorial das hepatites virais são realizados através de marcadores sorológicos específicos para a hepatite A, B, C, D, E. Os casos confirmados para de Hepatite A devem apresentar anti-HAV IgM reagente e indivíduo que preenche as condições de caso suspeito e que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A. Os casos confirmados de Hepatite B envolvem o indivíduos que apresente um ou mais dos marcadores sorológicos reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite B com HBsAg reagente; Anti-HBc IgM reagente; DNA (Ácido Desoxirribonucleico) do Vírus da Hepatite B detectável. Os casos confirmados de Hepatite C devem apresentar anti-HCV reagente e HCV-RNA detectável. Os casos confirmados de Hepatite D referem-se a indivíduos que apresentem HBsAg ou anti-HBc IgM reagentes e um ou mais dos marcadores sorológicos como Anti-HDV total reagente; Anti-HDV IgM reagente. Os casos confirmados de Hepatite E devem apresentar anti-HEV IgM reagente (BRASIL, 2008c).

Os casos confirmados de leishmaniose visceral ocorrem por critério clínico-laboratorial ou critério clínico epidemiológico. O critério clínico laboratorial corre quando a confirmação dos casos clinicamente suspeitos deverá preencher no mínimo um dos seguintes critérios: encontro do parasita nos exames parasitológicos direto ou cultura; reação de imunofluorescência reativa com título de 1:80 ou mais, desde que excluídos outros diagnósticos. O Critério clínico epidemiológico ocorrerá quando os pacientes clinicamente suspeitos, sem confirmação laboratorial, forem provenientes de área com transmissão de calazar, mas com resposta favorável ao teste terapêutico (BRASIL, 2006).

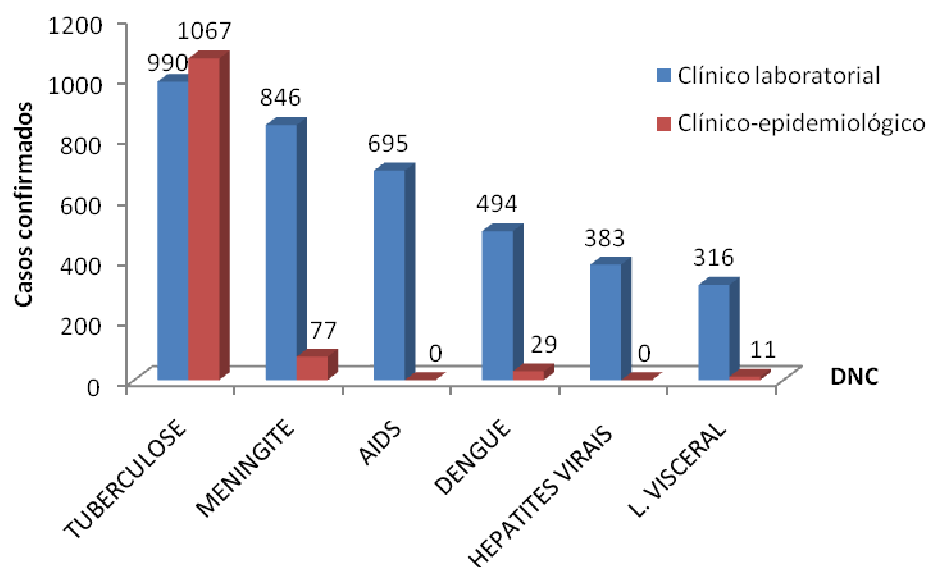


Figura 4 – Distribuição dos casos de DNC prevalentes em relação ao critério de confirmação do diagnóstico. HUIBB, Belém - Pa / JAN, 2007 - DEZ,

Em relação ao sexo podemos observar através da **figura 5** que os indivíduos do sexo masculino foram mais acometido em todas as DNC, em estudo em relação ao sexo feminino. Esta informação coincide com estudos realizados pelos seguintes pesquisadores: Monti (2000) e Oliveira; Marím - Leon; Cardoso (2004) relacionado a tuberculose; Vieira (2001) e Romanelli et al. , (2002) abrangendo meningites; Ferreira (2008) e Giovani (2002) quando pesquisaram o perfil da AIDS. Rodrigues et al. , (2005), Costa; Façanha (2011) em estudo referente a dengue; Cruz; Shirassu; Martins (2009) e Aquino et al. , (2008) quando estudaram as hepatites virais. Pastorino et al. , (2002) e Cesse et al. , (2001), quando realizaram análise a respeito de leishmaniose visceral.

Buscando analisar a independência entre o número de casos das DNC no período estudado com o sexo dos pacientes, testou-se a hipótese nula contra a hipótese alternativa ¹. Realizou-se então, a estatística de teste qui-quadrado que apresentou p-valor < 0,0001, ou seja, menor que o nível de significância estabelecido, rejeitou-se a hipótese nula, confirmando a hipótese alternativa de que a ocorrência dos casos depende do sexo dos pacientes.

¹ **Hipótese nula:** a ocorrência de casos confirmados de DNC independe do sexo dos pacientes

Hipótese alternativa: a ocorrência de casos confirmados de DNC depende do sexo dos pacientes.

A influência do sexo na ocorrência das DNC pode ser explicada através da genética. De acordo com Martinello et al. , (2005), a prevalência do sexo masculino parece estar relacionada a uma base genética implicada na susceptibilidade desse gênero a infecções. O predomínio evidenciado do sexo masculino em relação ao feminino coincide com dados existentes na literatura de Hagamenon et al. , (2002) e Lamarão et al. , (2005).

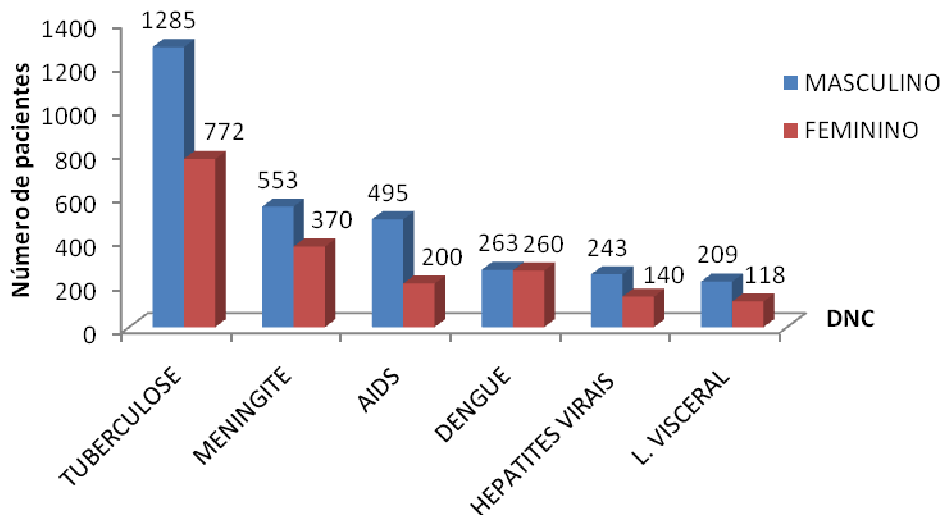


Figura 5 – Distribuição dos pacientes acometidos por DNC prevalentes em relação ao sexo. HUIBB, Belém - Pa / JAN, 2007 - DEZ, 2010.

Quanto à faixa etária, destaca-se a faixa etária com maior frequência de 0-12 anos para meningites, dengue e leishmaniose visceral, dos 19-39 anos para tuberculose e AIDS e dos 40-59 para hepatites virais, situação que pode ser observada através da **tabela 2** e **figura 6**.

Estudos realizados por diversos pesquisadores, demonstram semelhança com a faixa etária encontrada neste estudo. Para Mascarenhas; Araújo; Gomes (2005) o adulto jovem, na idade produtiva de 21 e 40 anos é o mais atingido pela tuberculose. No Brasil, segundo Santos; Netto (2005), as meningites ocorrem com grande frequência e atingem, principalmente, crianças de menor idade. Estudos realizados por Ferreira (2008) sobre AIDS, demonstram a faixa etária prevalente entre os 20 e 39 anos, esta mesma faixa etária confirmase em estudos realizados por Sadala; Marques (2006). De acordo com Rocha; Tauil (2009) na dengue a faixa etária infantil demonstra-se prevalente.

Para Cruz, Shirassu; Martins (2009) em estudo realizado sobre as hepatites virais notou-se a prevalência abrangendo a faixa etária dos 40 a 59 anos, coincidindo com o

resultado encontrado nesta pesquisa. A leishmaniose visceral acomete crianças da faixa etária de um a quatro anos de vida de acordo com Pastorino et al. (2002), concordando com estudos realizado por Cesse et al. , (2001), que encontrou a mesma a faixa etária como a mais acometida.

Buscando analisar a independência entre o número de casos das DNC no período estudado com a faixa etária dos pacientes, testou-se a hipótese nula contra a hipótese alternativa². Realizou-se então, a estatística de teste qui-quadrado que apresentou p-valor < 0,0001, ou seja, menor que o nível de significância estabelecido, rejeitou-se a hipótese nula, confirmando a hipótese alternativa de que a ocorrência dos casos depende da faixa etária dos pacientes.

A influência da faixa etária na ocorrência de doenças como meningite, dengue e leishmaniose visceral, pode ser explicada através da resposta imunológica. De acordo com a análise estatística realizada, estudos realizados por Campéas; Campéas, (2003), relatam que as meningites acometem principalmente crianças na faixa etária de menor resposta imunológica (recém-nascidos e lactentes).

Os motivos para a maior incidência da dengue em crianças é o simples fato de não possuírem anticorpos como os adultos, informa Migowski (2010). Segundo dados do MS, em 2008, mais da metade das internações por dengue em alguns dos grandes centros urbanos brasileiros foram de crianças. A tendência é que a dengue se torne no Brasil uma doença de infância, como ocorre no Sudeste Asiático. Como quase toda a população adulta já teve dengue, as crianças são mais vulneráveis por não terem imunidade ao vírus. Além de clinicamente mais vulneráveis que os adultos, as crianças apresentam características que dificultam o diagnóstico e têm mais chances de desenvolver quadros graves da doença (SANTOS, 2011).

A leishmaniose visceral é susceptível em crianças. A *Leishmania* é um parasito intracelular obrigatório de células do sistema fagocitário mononuclear e sua presença determina uma supressão reversível e específica da imunidade mediada por células, o que permite a disseminação e multiplicação incontrolada do parasito. Existe resposta humoral detectada através de anticorpos circulantes, que parecem ter pouca importância como defesa (BRASIL, 2005a).

² **Hipótese nula:** a ocorrência de casos confirmados de DNC independe da faixa etária dos pacientes

Hipótese alternativa: a ocorrência de casos confirmados de DNC depende da faixa etária dos pacientes.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes acometidos por DNC prevalentes em relação à faixa etária. HUIBB, Belém - Pa / JAN, 2007 - DEZ, 2010.

FAIXA ETÁRIA	DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA						Total
	Tuberculose	Meningite	AIDS	Dengue	Hepatites	L. Visceral*	
0-12	159	454	27	207	39	223	1109
13-18	99	100	5	54	10	19	287
19-39	1008	254	416	162	94	59	1993
40-59	560	100	227	84	159	21	1151
>=60	231	15	20	16	81	5	368
Total	2057	923	695	523	383	327	4908

Fonte: SINAN/ NVE/ HUIBB

L. Visceral* : Leishmaniose visceral.

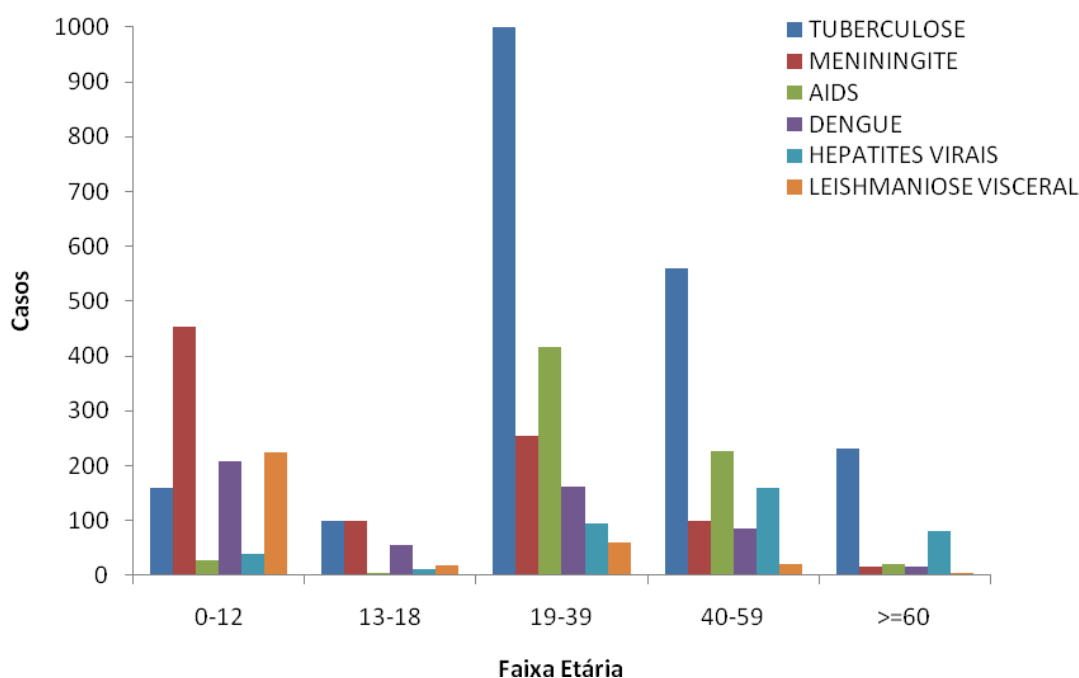


Figura 6 – Distribuição dos pacientes acometidos por DNC prevalentes em relação à faixa etária. HUIBB, Belém - Pa / JAN, 2007 - DEZ, 2010.

Quanto à escolaridade, a maior parte dos casos de meningite e leishmaniose visceral não possuíam escolaridade em anos de estudo, como esperado, já que os mais acometidos pelas doenças são crianças. Para a AIDS parte significativa dos casos encontrava-se com 5-8 anos e nos casos de dengue, tuberculose e hepatites virais prevaleceu 9-12 anos de estudo, situação que poderá ser observada na **tabela 3**.

Estudo realizado por Ferreira (2008), demonstra semelhança com a faixa etária encontrada, este autor pesquisando sobre o perfil epidemiológico da AIDS encontrou a escolaridade média dos indivíduos notificados com 4 a 7 anos. Para Cruz; Shirassu; Martins (2009) sobre as hepatites virais a faixa de escolaridade mais freqüente foi acima de 12 anos, contrariando a freqüência em anos de estudo relacionada com os casos de hepatites virais aqui pesquisados.

Buscando analisar a independência entre o número de casos das DNC no período estudado com a escolaridade dos pacientes, testou-se a hipótese nula contra a hipótese alternativa³. Realizou-se então, a estatística de teste qui-quadrado que apresentou p-valor < 0,0001, ou seja, menor que o nível de significância estabelecido, rejeitou-se a hipótese nula, confirmando a hipótese alternativa de que a ocorrência dos casos depende da escolaridade em anos dos pacientes.

Acredita-se que escolaridade em anos pode influenciar na ocorrência de doenças. Sugere-se que o aumento do nível de escolaridade interfira diretamente na assimilação das orientações necessárias ao combate de doenças. O conhecimento de formas de contágio colabora para diminuir o risco de transmissão. Este estudo demonstra que pessoas com 13 anos ou mais de escolaridade, são as menos atingidas em todas as DNC prevalentes (**Tabela 3**). Vale ressaltar, que a prevalência em doenças como meningite e calazar estão relacionadas com a defesa imunológica das crianças e não com o grau de instrução.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes acometidos por DNC prevalentes em relação à escolaridade. HUIBB, Belém - Pa / JAN, 2007 - DEZ, 2010.

ANOS DE ESTUDO	DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA						Total	%
	Tuberculose	Meningite	AIDS	Dengue	Hepatites	L.visceral*		
1 a 4	398	239	178	135	71	64	1085	22,11
5 a 8	526	186	195	123	88	35	1153	23,49
9 a 12	617	131	188	141	107	11	1195	24,35
>= 13	42	7	7	13	8	0	77	1,57
NSA*	93	272	22	73	24	196	680	13,85
Analfabeto	25	0	2	0	0	0	27	0,55
Ignorado	356	88	103	38	85	21	691	14,08
Total	2057	923	695	523	383	327	4908	100

Fonte: SINAN/ NVE/ HUIBB

NSA* : Não Se Aplica escolaridade em ano de estudo; L.visceral*: Leishmaniose visceral.

³ **Hipótese nula:** a ocorrência de casos confirmados de DNC independe da escolaridade dos pacientes

Hipótese alternativa: a ocorrência de casos confirmados de DNC depende da escolaridade dos pacientes.

A maioria dos casos confirmados entre as DNC em estudo, são procedente da mesorregião Metropolitana de Belém (74,55%) como ilustra a **tabela 5 e figura 7**. A leishmaniose visceral prevaleceu na mesorregião do Nordeste Paraense (208/327), destacando-se os municípios de Bujarú (34/327), Acará (31/327) e Mojú (23/327), a prevalência desta doença nestes municípios pode ser justificada pelo fato de ser considerados como área de transmissão endêmica.

Buscando analisar a independência entre o número de casos das DNC no período estudado com a com a procedência dos pacientes, testou-se a hipótese nula contra a hipótese alternativa⁴. Realizou-se então, a estatística de Teste G. O p-valor < 0,0001, ou seja, menor que o nível de significância estabelecido, rejeitou-se a hipótese nula, confirmando a hipótese alternativa de que a ocorrência dos casos depende da procedência dos pacientes.

Acredita-se que a ocorrência dos casos depende da procedência dos pacientes, devido à existência de municípios paraenses considerados como área endêmica para determinadas doenças. A exemplo, temos a leishmaniose visceral em determinadas localidades do Nordeste Paraense, como foi citado anteriormente.

O HUIBB é um hospital de referência em doenças infecciosas e parasitárias no Estado do Pará, localizado na área Metropolitana de Belém, o percentual elevado de 74,55% (3659/4908) dos casos são procedentes desta mesma mesorregião. Sugere-se que este percentual esteja relacionado com a acessibilidade a este serviço de saúde, o que provavelmente pode justificar o menor número de casos procedentes da outras mesorregiões do Estado. Vale ressaltar que o Pará é o segundo maior estado do país, cercado por cidades ribeirinhas e de difícil integração entre as mesorregiões (ASPECTOS, 2007).

A difícil integração entre os municípios e a concentração do serviço médico público em doenças infecciosas e parasitárias na cidade de Belém - Pa, não só contribui para o distanciamento da assistência de saúde adequada, mas também colabora com a morte de pessoas antes de um tratamento especializado.

⁴ **Hipótese nula:** a ocorrência de casos confirmados de DNC independe da procedência dos pacientes.
Hipótese alternativa: a ocorrência de casos confirmados de DNC depende da procedência dos pacientes.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes acometidos por DNC prevalentes em relação à procedência. HUIBB, Belém - Pa / JAN, 2007 - DEZ, 2010.

PROCED.*	DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA						Total	%
	Tuberculose	Meningite	AIDS	Dengue	Hepatites	L. visceral		
MB*	1707	548	541	490	295	78	3659	74,55
NP*	217	281	94	30	43	208	873	17,79
M*	67	58	17	1	10	20	173	3,52
SP*	49	29	39	2	25	17	161	3,28
SOP*	8	2	2	0	5	2	19	0,39
BA*	3	3	2	0	5	1	14	0,29
Outras*	6	2	0	0	0	1	9	0,18
Total	2057	923	695	523	383	327	4908	100,00

Fonte: SINAN/ NVE/ HUIBB

PROCED.* : Procedência; MB*: Metropolitana de Belém; NP* : Nordeste Paraense; M* : Marajó; SP* : Sudeste Paraense; SOP* : Sudoeste Paraense; BA* : Baixo Amazonas; Outras*: Regiões que não pertencem ao Estado do Pará; L.visceral*: Leishmaniose visceral.

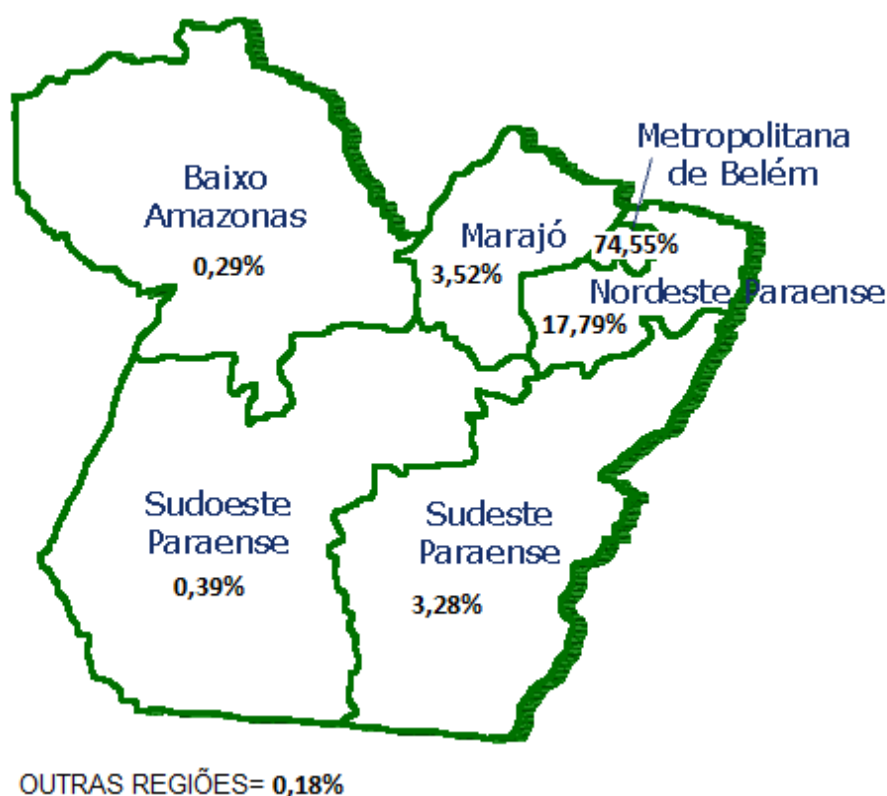


Figura 7 – Distribuição dos pacientes acometidos por DNC prevalentes em relação à procedência. HUIBB, Belém - Pa / JAN, 2007 - DEZ, 2010.

Quanto aos óbitos, a AIDS predomina 44,75% dos casos, seguido respectivamente a tuberculose, meningites, hepatites virais, leishmaniose visceral e dengue, situação que pode ser observada através da **tabela 5 e figura 8**.

Vale ressaltar que a AIDS é uma doença crônica causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ocasionando perda progressiva da imunidade celular e o aparecimento de infecções oportunistas (Miola; Garbellotto; Mello In Souza, 2006). Acredita-se que a perda progressiva da imunidade celular contribua decisivamente para a elevada letalidade de AIDS como demonstra o estudo realizado. Desta forma, acredita-se que os elevados número de óbitos por AIDS notados na **tabela 5 e figura 8**, seja justificado pela queda da imunidade celular.

Anualmente ainda morrem 4500 pessoas por tuberculose, doença curável e evitável. Em sua maioria, os óbitos ocorrem nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares. Em 2008 a tuberculose foi a quarta causa de morte por doenças infecciosas no país. Sendo assim, analisando a **figura 8**, nota-se que o HUIBB em 2008 teve expressiva significância na letalidade por tuberculose no país, uma vez que o presente estudo demonstra o ápice de mortalidade no ano de 2008. (BRASIL, 2010).

Observa-se que a tuberculose após o ano de 2008 apresenta uma significativa queda nos números de óbitos. Para tal fato, sugere-se que as campanhas publicitárias relacionadas com os sintomas e tratamento da tuberculose, incentivam a população a buscar tratamento, contribuindo para o tratamento efetivo, o qual reflete na diminuição do número de óbitos.

Na tentativa de conter a proliferação da tuberculose, o MS com o intuito de controlar o contágio e diminuir os casos de tuberculose no país, utiliza como artifício as campanhas publicitárias, com orientações sobre prevenção e combate à tuberculose (MINISTÉRIO, 2006).

Buscando-se verificar se o número de óbitos por DNC é igual para todos os anos do período em estudo, testou-se a hipótese nula contra a hipótese alternativa⁵. Realizou-se então, a estatística de Teste G. O p-valor < 0,0001, ou seja, menor que o nível de significância estabelecido, rejeitou-se a hipótese nula, confirmando a hipótese alternativa, logo o número de óbitos por DNC é diferente para todos os anos do período em estudo.

A estatística realizada através do Teste G, comprova o que é visualizado na **tabela 5**: números de óbitos por DNC diferentes em todos os anos de estudo. Tal evento é esperado, pois as DNC são vulneráveis a surtos e mudanças de perfil.

⁵ **Hipótese nula:** o número de óbitos por DNC é igual para todos os anos do período em estudo

Hipótese alternativa: o número de óbitos por DNC é diferente para todos os anos do período em estudo

Tabela 5 – Distribuição das DNC prevalentes em relação aos óbitos. HUIBB, Belém - Pa / JAN, 2007 - DEZ, 2010.

DNC	PERÍODO								TOTAL	
	2007		2008		2009		2010			
	CONF*	N / %	CONF	N / %	CONF	N / %	CONF	N / %	CONF	N / %
Tuberculose	385	48/32,2	516	68/32,2	599	52/24,8	557	27/14,6	2057	195/25,9
Meningite	233	34/22,8	267	43/20,3	256	51/24,4	167	16/8,7	923	144/19,1
AIDS	135	51/34,2	181	87/41,2	169	77/36,8	210	122/66,3	695	337/44,7
Dengue	118	1/0,6	90	1/0,4	124	3/1,4	191	2/1,0	523	7/0,9
Hepatites	55	8/5,3	83	6/2,8	118	19/9,0	127	11/5,9	383	44/5,8
L. visceral*	107	7/4,7	82	6/2,8	69	7/3,3	69	6/3,2	327	26/3,4
TOTAL	1033	149/100	1219	211/100	1335	209/100	1321	184/100	4908	753/100

Fonte: SINAN/ NVE/ HUIBB

CONF* : Confirmados; L.visceral*: Leishmaniose visceral.

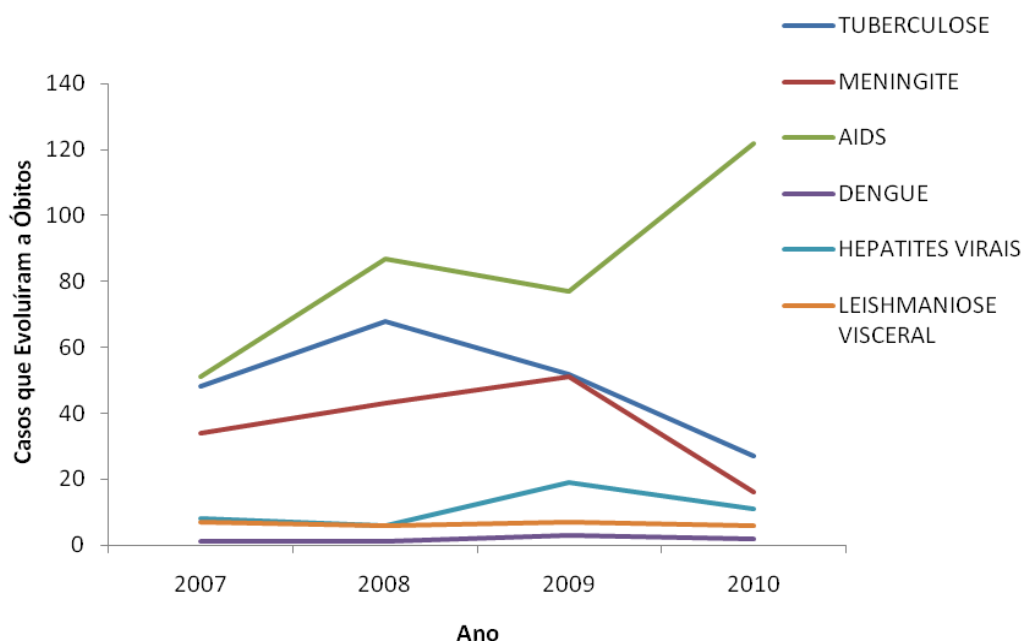


Figura 8 – Distribuição das DNC prevalentes em relação aos óbitos. HUIBB, Belém - Pa / JAN, 2007 - DEZ, 2010.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do SINAN foi observado que entre as 39 doenças que constam na Lista de Doenças de Notificação Compulsória, a tuberculose, meningite, AIDS, dengue, hepatites virais e leishmaniose visceral, demonstram-se prevalentes no NVE do HUIBB, desde janeiro de 2007 a dezembro de 2010.

Notou-se que o critério de confirmação do diagnóstico foi maior através do critério clínico laboratorial do que o critério clínico-epidemiológico, exceto para tuberculose, que teve predominância casos confirmados através do critério clínico-epidemiológico.

O sexo masculino foi superior ao feminino em todas as doenças prevalentes em estudo. Crianças são vulneráveis a meningites, dengue e leishmaniose visceral. Adultos jovens são os mais atingidos por tuberculose e AIDS. Na faixa etária entre 40 à 59 predominou as hepatites virais.

Parte significativa dos casos de meningite e leishmaniose visceral não se aplicou escolaridade em anos de estudo, na AIDS a maior parte dos casos confirmados encontraram-se com entre o intervalo de 5 à 8 anos de escolaridade e nos casos de dengue, tuberculose e hepatites virais permaneceram entre 9 à 12 anos de estudo.

A maioria dos casos confirmados, são procedentes da mesorregião metropolitana de Belém, exceto a leishmaniose visceral que revelou elevados números de casos confirmados no nordeste paraense.

Quanto aos óbitos, a AIDS foi a DNC em estudo com o maior percentual de letalidade, seguida respectivamente a tuberculose, meningites, hepatites virais, leishmaniose visceral e dengue. É importante ressaltar a elevada letalidade da AIDS, apesar do progresso alcançado, em termos de tratamento, melhora da qualidade de vida e prognóstico, não se pode esquecer que a AIDS continua sendo uma doença incurável, e que a melhor defesa ainda é a prevenção.

A prevalência das doenças estudadas, merece uma melhor atenção pela equipe multiprofissional hospitalar, os profissionais devem estar em alerta para os sinais e sintomas principalmente destas doenças, mas sem descartar a possibilidade de outras DNC. Estas doenças exigem medidas eficazes para a sua prevenção e controle.

O profissional de enfermagem, deverá colaborar com o processo de informação, decisão e ação, através de conhecimento teórico e científico do ambiente e situações de risco, realizando ações que promovam saúde para a sociedade de um modo geral.

Devido à carência de estudos a respeito do tema abordado na região norte, há uma grande relevância a divulgação da realidade vivenciada no HUIBB, o único hospital de referência em infectologia da região norte e referência nacional em AIDS.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto; RIBEIRO, Maria Celeste Soares. **Vigilância e controle das Doenças Transmissíveis**. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2006.

ABE-SANDES, Kiyoko et al. Ancestralidade Genômica, nível socioeconômico e vulnerabilidade ao HIV/aids na Bahia, Brasil. **Saúde e sociedade**. São Paulo. v. 19, supl.2 dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000600008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 15 maio 2011.

AQUINO, José Américo et al. Soroprevalência de infecções por vírus da hepatite B e vírus da hepatite C em indivíduos do Estado do Pará. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.41, n.4, Ago 2008..Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=ci_arttext&pid=S0037-86822008000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 maio 2011.

ASPECTOS gerais. Disponível em <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/georeferenciamento/InfoGeo/para/parainf.htm>. Acesso em 29 maio 2011.

BARROS, Aidil Jesus da Silveira.; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de Metodologia científica**. 2ª ed. São Paulo: Pearson Makron Books, 2000.

BRAGA, Patrícia Emilia; CARDOSO, Maria Regina Alves; SEGURADO, Aluisio Cotrim. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, nov. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100013&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 15 maio 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5ª ed. Brasília: FUNASA, 2002.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Leishmaniose visceral grave: normas e condutas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de bolso: Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de enfermagem – adulto e criança**. Brasília : Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Hepatites virais: o Brasil está atento**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde, 2010.

CAMPEÁS, Alexandre Ely ; CAMPEÁS, Marisa Virginia de Simone. Meningites Bacterianas. **Prática Hospitalar**. v 5, n 27, mai-jun 2003. Disponível em: < <http://www.Pratica-hospitalar.com.br/pratica%2027/paginas/materia%203-27.html> > Acessos em 29 maio 2011.

CARVALHO, Maria Cecília Maringoni de. **Construindo o saber – Metodologia Científica: Fundamentos e técnicas**. 18ªed. São Paulo: Papirus, 2007.

CESSE, Eduarda Ângela Pessoa et al. Organização do espaço urbano e expansão do calazar. **Revista brasileira de saúde materno infantil**. Recife, v 1, p.167-76, mai-ago. 2001.

COSTA, Cristóvão Alves da; FACANHA, Grecilane Palheta. Sorotipos virais de dengue identificados em crianças de Manaus, Estado do Amazonas, 2008. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba,v.44, n.2, abr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822011000200024&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 15 maio 2011.

CRUZ, Camila Rodrigues Bressane; SHIRASSU, Miriam Matsura; MARTINS, Wellington P. Comparação do perfil epidemiológico das hepatites B e C em um serviço público de São Paulo. **Arquivos de Gastroenterologia**. São Paulo, v. 46, n. 3, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000428032009000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 maio 2011.

DRUCK, Marlice Ceolin. **Contribuições do núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar na qualificação do serviço de vigilância epidemiológica municipal** (2008). Disponível em: <<http://jararaca.ufsm.br/websites/nveh/6275b9a95a145dacad516e6ec5be3357.htm>>. Acesso em: 10 de jun. 2010.

EPIDEMIOLOGIA. Desde 20deabrilde2006.Disponívelem:<<http://www2.ufpa.br/webhujbb/>> Acesso em: 10 de jun. 2010.

ESCOSTEGUY, Claudia Caminha; MEDRONHO, Roberto de Andrade. A importância dos núcleos de vigilância hospitalar. **Cadernos saúde coletiva**. Rio de janeiro, v 13, n 3, p. 583 - 584, 2005.

FERREIRA, Irece Guedes; SETEM, Odila. Cap. 26: Meningite, pág. 225. In SOUZA, Márcia de **Assistência de enfermagem em infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

FERREIRA, Rodrigo C.L.S et al. Perfil Epidemiológico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida na região da AMUREL. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Santa Catarina. v. 37, n 2, p.19-24, mar-jun 2008.

GARRIDO, Pedro B. et al . Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Rev.SaúdePública**, SãoPaulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000900012&lng=n&nrm=iso>. Acesso em 10 maio 2011.

GONÇALVES, Hortência de Abreu. **Manual de Projetos de Pesquisa Científica**. 2ªed. São Paulo: Avercamp, 2007.

GAZE, Rosângela; PEREZ, Maurício de Andrade in MEDRONHO, Roberto de Andrade [et al.]. **Epidemiologia**. Cap.5 Vigilância epidemiológica. São Paulo: Atheneu, 2006.

GIOVANI, EM. **Estudo retrospectivo dos aspectos demográficos e das manifestações clínicas bucais e gerais, em pacientes com idade superior a 50 anos, soropositivos para o HIV/AIDS**. São Paulo: 2002. 134 p. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Doutor.

HAGAMENON, R. Silva et al. A síndrome da meningite asséptica por enterovírus de *Leptospira sp* em crianças de Salvador, Bahia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.35, n 2, p.159-165,mar – abr 2002.

HOSPITAL. Desde 20 de abril de 2006. Disponível em: <<http://www2.ufpa.br/webhujbb/>>. Acesso em: 10 de jun. 2010.

HULLEY, Stephen B. [et al.]. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LAMARÃO, Leticia Martins et al. Pesquisa de enterovírus em casos de síndrome de meningite asséptica em Belém, PA. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 38, n 5, p. 391-395, set - out 2005.

MARTINELLO, C. et al. Meningite aguda em crianças no Hospital São Vicente de Paulo. **Revista Médica Hospital São Vicente de Paulo**, v.36, n 17, p.16-20, 2005.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; ARAÚJO, Liliam Mendes; GOMES, Keila Rejane Oliveira. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piri-piri, Estado do Piauí, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v 14, p.7-14, jan-mar 2005.

MIGOWSKI, Edimilson. **Epidemias constantes de dengue tornam as crianças vulneráveis** (2010). Disponível em: http://www.infectologia.org.br/publicoleigo/default.asp?site_Acao=&paginaId=14&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciaId=17536. Acesso em: 20 de jun. 2010.

MINISTÉRIO investirá mais na prevenção (2006). Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/saude-ampliara-campanha-publicitaria-para-conter-proliferacao-da-doenca-mais-17-bilhao-de-in>> Acesso em: 19 de jun. 2010.

MIOLA, Claudio Eduardo; GARBELLOTO, Paulo Domingos; MELLO, Sandra Helena dos Santos de. Cap. 23: Leishmaniose visceral, pág. 205. In SOUZA, Márcia de **Assistência de enfermagem em infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MONTI, José Fernando Casquel. Perfil epidemiológico, clínico e evolutivo da tuberculose na Região de Bauru, SP. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v 33, n 1, p 99-100, jan-fev 2000.

OLIVEIRA, Helenice Bosco de, MARÍN-LEÓN, Letícia, CARDOSO Janaína Corrêa. Perfil de pacientes com tuberculose relacionado à comorbidade tuberculose-Aids. **Revista de Saúde Pública**. v 38, n. 4, p.503-510, ago 2004.

PASTORINO, Antonio C et al. Leishmaniose visceral: aspectos clínicos e laboratoriais. **Jornal de Pediatria**. v.78, n. 2, p. 120-127, mar-abr 2002.

PEREIRA, Sheila Duarte. **Conceitos e Definições em Epidemiologia importantes para Vigilância Sanitária**. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visita.pdf> Acesso em 16 de junho de 2011.

PÔRTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de saúde pública**, v.41, n. 1, p. 43-49, mar 2007.

ROCHA, L.A, TAUIL, P.L. Dengue em crianças: aspectos clínicos e epidemiológicos, Manaus, Estado do Amazonas, no período de 2006 e 2007. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.42, n.1, p.18-22, jan-fev2009.

RODRIGUES, M.B et al. É possível identificar a dengue em crianças a partir do critério de caso suspeito preconizado pelo Ministério da Saúde? **Jornal de Pediatria (Rio Janeiro)**.v. 81,n.3, p. 209-215, 2005

ROMANELLI, Roberta M.C. et al. Etiologia e evolução das meningites bacterianas em centro de pediatria. **Jornal de Pediatria. (Rio Janeiro)**, Porto Alegre, v. 78, n. 1, fev. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572002000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 maio 2011.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SADALA, Maria Lúcia Araújo; MARQUES, Sílvio de Alencar. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p.2369-2378, nov. 2006.

SANTOS, Magda Levantezi; NETTO, Antônio Ruffino. Doença meningocócica: situação epidemiológica no município de Manaus, Amazonas. Brasil, 1998/2002. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n 3, p. 823-829, mai-jun, 2005.

SANTOS, Marisa. **Dengue em crianças**. Disponível em: <<http://www.riocontradengue.rj.gov.br/conteudo/destaque.asp?EditeCodigoDaPagina=1958>>. Acesso em: 20 de jun. 2010.

SCHMITZ, Carlos André Aita. **Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Vigilância em saúde**(2008). Disponível em: <<http://jararaca.ufsm.br/websites/nveh/6275b9a95a145dacad516e6ec5be3357.htm>>. Acesso em: 27 de mai. 2011.

SOUZA, Sabrina da Silva de. **Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais.** Florianópolis, SC, 2010. 258 p. Tese (doutorado em enfermagem). Centro de Ciências da Saúde. Universidade de Santa Catarina.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. **Tratado de infectologia.** 2ªed. São Paulo: Atheneu, 2002.

VIEIRA, José F. S. Incidência de meningite em pacientes de 0 - 12 anos no instituto de medicina tropical de Manaus. **Arquivos de neuro-psiquiatria.** São Paulo v. 59, n.2ª, p.227-229, jun. 2001.

WALDMAN, E.A. **Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese doutorado].** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1991.

APENDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Pesquisa: “Prevalência de Doenças de Notificação Compulsória: Um Estudo Epidemiológico”

1. Prevalência das DNC acompanhadas pelo NVE do HUIBB no período de 2007 à 2010, baseada na Lista de Notificação Compulsória (LNC) constante na portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010.

DNC	2007	2008	2009	2010	Casos notificados	Casos confirmados	Óbitos
Acidentes por animais peçonhentos							
Atendimento antirrábico							
Botulismo							
Carbúnculo ou Antraz							
Cólera							
Coqueluche							
Dengue							
Difteria							
Doença de Creutzfeldt - Jacob							
Doença Meningocócica / Meningites							
Doenças de Chagas Aguda							
Esquistossomose;							
Eventos Adversos Pós-vacinação							
Febre Amarela							
Febre do Nilo Ocidental							
Febre Maculosa							
Febre Tifóide							
Hanseníase							
Hantavirose							
Hepatites Virais							
HIV em gestantes e crianças							
Influenza humana por novo subtipo;							
Intoxicações Exógenas por substâncias químicas							
Leishmaniose Tegumentar							
Leishmaniose Visceral							
Leptospirose							
Malária							
Paralisia Flácida Aguda							
Peste							
Poliomielite							
Raiva Humana							
Rubéola							
Sarampo							
Sífilis Adquirida							
Sífilis Congênita							
Sífilis em Gestante							
AIDS							
Síndrome da Rubéola Congênita							
Síndrome do Corrimento Uretral Masculino							
Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus							
Tétano							
Tuberculose							
Tularemia							
Varíola.							
TOTAL							

ANEXO A – Termo de Aprovação



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

TERMO DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará analisou o projeto de pesquisa intitulado **“Prevalência de Doenças de Notificação Compulsória: Um estudo epidemiológico”**, protocolo nº2695/10, sob a responsabilidade da pesquisadora Daniele Lima de Souza, orientação da *Profa. Ms. Roseneide dos Santos Tavares*, obtendo **APROVAÇÃO** na reunião do dia 30.11.10, por estar de acordo com a Resolução nº196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil.

Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá ser encaminhado relatório semestral e, ao final, elaborado um relatório consolidado, incluindo os resultados finais da pesquisa, em prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a finalização da pesquisa.

Situação: *Aprovado.*

Belém, 30 de Novembro de 2010.

Dr. João Soares Felício
Coord. do Comitê de Ética
em Pesquisa / HUJBB
CRM: 4409

Dr. João Soares Felício

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa / HUJBB/UFPA

ANEXO B - Portaria N° 104

**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro****PORTARIA N° 104, DE 25 DE JANEIRO DE 2011**

Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os parágrafos 2º e 3º do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

Considerando o inciso I do art. 8º do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que 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;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional 2005, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Regulamento Sanitário Internacional 2005, aprovado na 58ª Assembleia Geral, da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando a Portaria nº 2.259/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, que estabelece o Glossário de Terminologia de Vigilância Epidemiológica no âmbito do Mercosul;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova e divulga as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - com seus três componentes - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Portaria nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast);

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios;

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória e à vigilância em saúde no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º Definir as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005).

I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II - Agravo: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III - Evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IV - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN: é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada - Estados e Distrito Federal - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois de avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata; e

V - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII: é evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio da propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 2º Adotar, na forma do Anexo I a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

Art. 3º As doenças e eventos constantes no Anexo I a esta Portaria serão notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS.

§ 1º Os casos de malária na região da Amazônia Legal deverão ser registrados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Malária - SIVEP-Malária, sendo que na região extraamazônica deverão ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

§ 2º Os casos de esquistossomose nas áreas endêmicas serão registrados no Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose - SISPCE e os casos de formas graves deverão ser registrados no Sinan, sendo que, nas áreas não endêmicas, todos os casos devem ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

Art. 4º Adotar, na forma do Anexo II a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

§ 1º As doenças, agravos e eventos constantes do Anexo II a esta Portaria, devem ser notificados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas a partir da suspeita inicial, e às SES e às SMS que também deverão informar imediatamente à SVS/MS.

§ 2º Diante de doenças ou eventos constantes no Anexo II a esta Portaria, deve-se aplicar a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, para classificação da situação como uma potencial ESPIN ou ESPII.

Art. 5º A notificação imediata será realizada por telefone como meio de comunicação ao serviço de vigilância epidemiológica da SMS, cabendo a essa instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número na rede de serviços de saúde, pública e privada.

§ 1º Na impossibilidade de comunicação à SMS, a notificação será realizada à SES, cabendo a esta instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número junto aos Municípios de sua abrangência;

§ 2º Na impossibilidade de comunicação à SMS e à SES, principalmente nos finais de semana, feriados e período noturno, a notificação será realizada à SVS/MS por um dos seguintes meios:

I - disque notifica (0800-644-6645) ou;

II - notificação eletrônica pelo e-mail (notifica@saude.gov.br) ou diretamente pelo sítio eletrônico da SVS/MS (www.saude.gov.br/svs).

§ 3º O serviço Disque Notifica da SVS/MS é de uso exclusivo dos profissionais de saúde para a realização das notificações imediatas.

§ 4º A notificação imediata realizada pelos meios de comunicação não isenta o profissional ou serviço de saúde de realizar o registro dessa notificação nos instrumentos estabelecidos.

§ 5º Os casos suspeitos ou confirmados da LNCI deverão ser registrados no Sinan no prazo máximo de 7 (sete) dias, a partir da data de notificação.

§ 6º A confirmação laboratorial de amostra de caso individual ou procedente de investigação de surto constante no Anexo II a esta Portaria deve ser notificada pelos laboratórios públicos (referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública) ou laboratórios privados de cada Unidade Federada.

Art. 6º Adotar, na forma do Anexo III a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS).

Parágrafo único. As doenças e eventos constantes no Anexo III a esta Portaria devem ser registrados no Sinan, obedecendo as normas e rotinas estabelecidas para o Sistema.

Art. 7º 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, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 8º A definição de caso para cada doença, agravo e evento relacionados nos Anexos a esta Portaria, obedecerão à padronização definida no Guia de Vigilância Epidemiológica da SVS/MS.

Art. 9º É vedado aos gestores estaduais e municipais do SUS a exclusão de doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos a esta Portaria.

Art. 10. É facultada a elaboração de listas estaduais ou municipais de Notificação Compulsória, no âmbito de sua competência e de acordo com perfil epidemiológico local.

Art. 11. As normas complementares relativas às doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória e demais disposições contidas nesta Portaria serão publicadas por ato específico do Secretário de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. As normas de vigilância das doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos I, II e III serão regulamentadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da publicação desta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Fica revogada a Portaria nº 2.472/GM/MS de 31 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 168, Seção 1, págs. 50 e 51, de 1º de setembro de 2010.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

Lista de Notificação Compulsória - LNC

1. Acidentes por animais peçonhentos;
2. Atendimento antirrábico;
3. Botulismo;
4. Carbúnculo ou Antraz;
5. Cólera;
6. Coqueluche;
7. Dengue;
8. Difteria;
9. Doença de Creutzfeldt-Jakob;
10. Doença Meningocócica e outras Meningites;
11. Doenças de Chagas Aguda;
12. Esquistossomose;
13. Eventos Adversos Pós-Vacinação;
14. Febre Amarela;
15. Febre do Nilo Ocidental;
16. Febre Maculosa;
17. Febre Tifóide;
18. Hanseníase;
19. Hantavirose;
20. Hepatites Virais;

21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana -HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
22. Influenza humana por novo subtipo;
23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
24. Leishmaniose Tegumentar Americana;
25. Leishmaniose Visceral;
26. Leptospirose;
27. Malária;
28. Paralisia Flácida Aguda;
29. Peste;
30. Poliomielite;
31. Raiva Humana;
32. Rubéola;
33. Sarampo;
34. Sífilis Adquirida;
35. Sífilis Congênita;
36. Sífilis em Gestante;
37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;
38. Síndrome da Rubéola Congênita;
39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
41. Tétano;
42. Tuberculose;
43. Tularemia;
44. Varíola; e
45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

ANEXO II

Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI

I - Caso suspeito ou confirmado de:

1. Botulismo;
2. Carbúnculo ou Antraz;
3. Cólera;
4. Dengue nas seguintes situações:
 - Dengue com complicações (DCC),
 - Síndrome do Choque da Dengue (SCD),
 - Febre Hemorrágica da Dengue (FHD),
 - Óbito por Dengue
 - Dengue pelo sorotipo DENV 4 nos estados sem transmissão endêmica desse sorotipo;
5. Doença de Chagas Aguda;
6. Doença conhecida sem circulação ou com circulação esporádica no território nacional que não constam no Anexo I desta Portaria, como: Rocio, Mayaro, Oropouche, Saint Louis, Ilhéus, Mormo, Encefalites Equinas do Leste, Oeste e Venezuelana, Chikungunya, Encefalite Japonesa, entre outras;
7. Febre Amarela;
8. Febre do Nilo Ocidental;
9. Hantavirose;
10. Influenza humana por novo subtipo;
11. Peste;
12. Poliomielite;
13. Raiva Humana;
14. Sarampo;
15. Rubéola;
16. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
17. Varíola;
18. Tularemia; e
19. Síndrome de Rubéola Congênita (SRC).

II - Surto ou agregação de casos ou óbitos por:

1. Difteria;

2. Doença Meningocócica;

3. Doença Transmitida por Alimentos (DTA) em embarcações ou aeronaves;

4. Influenza Humana;

5. Meningites Virais;

6. Outros eventos de potencial relevância em saúde pública, após a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, destacando-se:

a. Alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar no Anexo I desta Portaria;

b. Doença de origem desconhecida;

c. Exposição a contaminantes químicos;

d. Exposição à água para consumo humano fora dos padrões preconizados pela SVS;

e. Exposição ao ar contaminado, fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA;

f. Acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes por fontes não controladas, por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos da classe 7 da ONU.

g. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver desalojados ou desabrigados;

h. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em consequência evento.

III - Doença, morte ou evidência de animais com agente etiológico que podem acarretar a ocorrência de doenças em humanos, destaca-se entre outras classes de animais:

1. Primatas não humanos

2. Eqüinos

3. Aves

4. Morcegos

Raiva: Morcego morto sem causa definida ou encontrado em situação não usual, tais como: vôos diurnos, atividade alimentar diurna, incoordenação de movimentos, agressividade, contrações musculares, paralisias, encontrado durante o dia no chão ou em paredes.

5. Canídeos

Raiva: canídeos domésticos ou silvestres que apresentaram doença com sintomatologia neurológica e evoluíram para morte num período de até 10 dias ou confirmado laboratorialmente para raiva. Leishmaniose visceral: primeiro registro de canídeo doméstico em área indene, confirmado por meio da identificação laboratorial da espécie *Leishmania chagasi*.

6. Roedores silvestres

Peste: Roedores silvestres mortos em áreas de focos naturais de peste.

ANEXO III

Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas LNCS

1. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;
2. Acidente de trabalho com mutilações;
3. Acidente de trabalho em crianças e adolescentes;
4. Acidente de trabalho fatal;
5. Câncer Relacionado ao Trabalho;
6. Dermatoses ocupacionais;
7. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)
8. Influenza humana;
9. Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho;
10. Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
11. Pneumonias;
12. Rotavírus;
13. toxoplasmose adquirida na gestação e congênita; e
14. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.