

# Setor privado de saúde e a vigilância da síndrome febril exantemática: uma experiência municipal\*

## Private Health Sector and Rash and Fever Illnesses Surveillance: a Municipal Experience

**Brigina Kemp**

Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas-SP, Brasil

**Cristiana M. Toscano**

Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça

**Eliana N. C. de Barros**

Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas-SP, Brasil

**Fernando Ribeiro de Barros**

Coordenação de Vigilância de Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil

**José Cássio de Moraes**

Faculdade de Ciências Médicas, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil

**Grupo de Trabalho VigiFEx\*\***

### Resumo

Entre 2003 e 2004, o Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, desenvolveu um sistema de vigilância de doenças febris exantemáticas (VigiFEx) para o conhecimento da epidemiologia dessas doenças, na ausência de casos autóctones de sarampo e baixa incidência da rubéola. O objetivo deste estudo foi descrever as estratégias utilizadas para a incorporação do setor privado ao VigiFEx e sua participação na vigilância dessas doenças. Analisou-se o número de unidades notificadoras e a proporção de casos notificados pelos setores público e privado de saúde, antes e durante o VigiFEx. Observou-se aumento do percentual de unidades notificadoras do setor privado (de 14,5 para 28,0%;  $p < 0,05$ ) bem como do percentual de casos notificados por esse mesmo setor (de 1,6 para 8,3%;  $p < 0,05$ ). A proporção de notificações do setor privado foi maior no início do VigiFEx. Conclui-se que é possível a adesão da rede privada ao sistema de vigilância epidemiológica mediante estratégias específicas. Sugerem-se atividades para fortalecer a articulação entre as redes pública e privada de saúde.

**Palavras-chave:** vigilância epidemiológica; exantema; febre; setor privado; setor público.

### Summary

*From 2003 to 2004, a rash and fever syndromic surveillance system (VigiFEx) was implemented in the Municipality of Campinas, State of São Paulo, Brazil, to understand disease epidemiology in a setting with low incidence of rubella and no transmission of measles. The purpose of that system was to know the epidemiology of those diseases when there were no autochthonous cases of measles and low incidence of rubella. The objective of this study was to describe strategies for incorporation of the private health sector into surveillance activities, and its participation in that surveillance system. The proportion of notifying units and notified cases by the private and public health sectors before and during VigiFEx were analyzed. An increase in the proportion of private sector notifying units was observed (from 14.5 to 28.0%:  $p$ -value  $< 0.05$ ); as well as an increase in the proportion of cases notified through the private sector (from 1.6 to 8.3%:  $p$ -value  $< 0.05$ ). Notification by the private sector was higher in the beginning of VigiFEx. In conclusion, increased participation of the private healthcare sector in surveillance activities is feasible as far as specific strategies are used. The authors suggest specific activities to integrate public and private healthcare sectors.*

**Key words:** epidemiologic surveillance; exanthema; fever; private sector; public sector.

\* Este estudo foi financiado pelos Centers for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos da América (CDC/USA) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS). Os recursos foram administrados pelo Centro de Estudos Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG), da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

\*\* Os membros do Grupo de Trabalho VigiFEx são apresentados ao final deste relato.

**Endereço para correspondência:**

Rua Vasco Fernandes Coutinho, 109, Jardim Nossa Senhora Auxiliadora, Campinas-SP, Brasil. CEP: 13076-030  
E-mail: brigina@terra.com.br

## Introdução

Sarampo, rubéola e a síndrome da rubéola congênita (SRC) são doenças de notificação compulsória nacional.<sup>1</sup> Todo profissional de saúde é obrigado a comunicar às autoridades sanitárias locais os casos por ele reconhecidos. O sarampo encontra-se em processo de eliminação pelos países das Américas:<sup>2</sup> a transmissão autóctone do vírus na região foi interrompida em 2002 e todos os casos primários ocorridos desde então foram importados de outros continentes.<sup>3</sup> No Brasil, não se verificava a transmissão autóctone do sarampo desde 2000.<sup>4</sup> No período 2001-2004, foram registrados quatro casos importados.<sup>5</sup> Em julho de 2005, seis novos casos de sarampo foram notificados: um importado das Ilhas Maldivas; e outros cinco, secundários a ele.<sup>6</sup> Em novembro de 2006, um surto de sarampo no Estado da Bahia resultou em 55 casos confirmados, identificados pelo genótipo viral D4, que apresentou circulação no Canadá, Europa, África e Ásia.<sup>7</sup>

*No Brasil, o sistema de vigilância epidemiológica é descentralizado e prevê a interarticulação entre os setores público e privado, ambos responsáveis pela notificação.*

No ano de 2003, os países das Américas propuseram a eliminação da rubéola e da SRC até o ano 2010.<sup>8</sup> A implementação das atividades de imunização na rotina, com a vacina tríplice viral (contra sarampo, caxumba e rubéola), as estratégias de incremento das ações de vigilância e as campanhas realizadas contribuíram para a redução em mais de 90% dos casos de rubéola e da SRC nos últimos anos.<sup>9</sup> A partir de 2006, contudo, têm-se observado a ocorrência de surtos de rubéola no país, principalmente em homens de 20 a 29 anos de idade.<sup>10</sup>

A participação de todos os profissionais e segmentos do sistema de saúde é fundamental para a manutenção dessas conquistas. No caso específico da transmissão do sarampo, o não-reconhecimento de um caso pelo sistema de vigilância pode comprometer todo o processo de erradicação. No Brasil, o sistema de saúde é composto por uma rede de serviços públicos próprios e por uma rede de serviços contratados ou conveniados

ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de uma rede de serviços exclusivamente privada.

O sistema de vigilância epidemiológica no território nacional é descentralizado. Ele prevê a interarticulação entre os setores público e privado, ambos responsáveis pela notificação. O setor público é responsável pela investigação epidemiológica e pela execução das ações de controle de doenças na comunidade.<sup>11</sup> Os serviços do setor privado de saúde são oferecidos à população, principalmente, na forma de planos de saúde administrados pela medicina de grupo e por cooperativas médicas, seguros de saúde ou planos auto-administrados (oferecidos por empresas). O perfil dos usuários de planos ou seguros de saúde é heterogêneo no Brasil, fortemente relacionado à inserção no mercado de trabalho.<sup>12</sup> Na Região Sudeste, 35,8% da população é beneficiária de serviços de saúde suplementar, proporção ainda maior no Estado de São Paulo (44,9%).<sup>13</sup>

O Sistema de Vigilância Sindrômica de Febre e Exantema (VigiFEx), inserido no contexto da erradicação do sarampo e eliminação da rubéola e da SRC na região das Américas, teve como principal objetivo conhecer a etiologia e a epidemiologia das doenças febris exantemáticas na população de crianças e adultos de uma região sem casos autóctones de sarampo e com baixa circulação do vírus da rubéola. O VigiFEx foi desenvolvido no Município de Campinas, Estado de São Paulo, no período de 5 de maio de 2003 a 31 de maio de 2004.

Considerando-se que o setor privado de saúde representa uma parcela significativa da assistência à saúde em Campinas-SP, foram desenvolvidas estratégias específicas para estimular sua participação no VigiFEx. O presente estudo tem como objetivo principal descrever essas estratégias, assim como a participação do setor privado nas atividades de vigilância de doenças febris exantemáticas.

## Metodologia

Campinas-SP, com cerca de um milhão de habitantes (98% de população urbana), é pólo de Região Metropolitana. A gestão do sistema de saúde municipal é feita pela Secretaria Municipal de Saúde e seus cinco Distritos de Saúde. Sua rede é composta por unidades próprias (49 centros de saúde; 13 módulos de Saúde da Família; 15 unidades-centros de referência; três

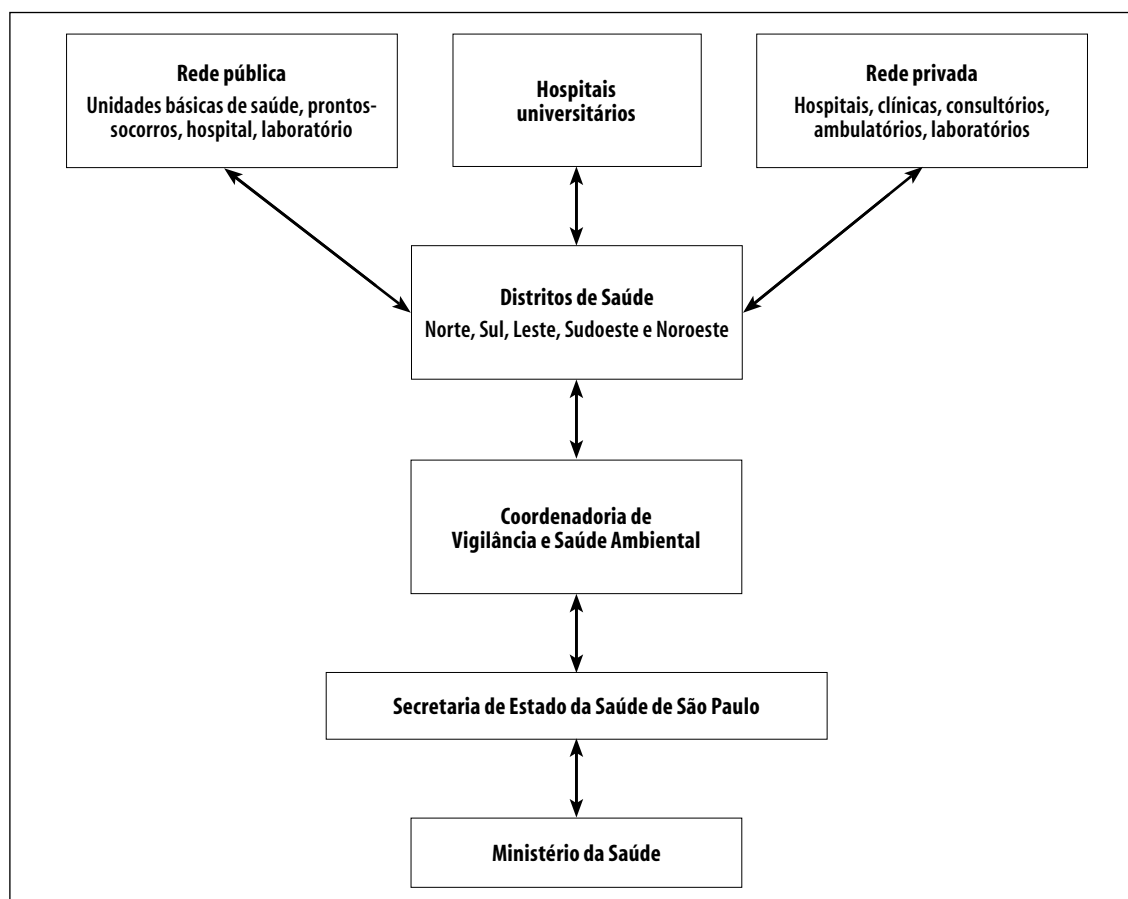
policlínicas; um hospital municipal; e cinco outras unidades), um hospital público universitário sob gestão estadual, serviços conveniados-contratados (seis hospitais, incluindo um universitário; um serviço de saúde mental; e cinco outros serviços) e os serviços de caráter exclusivamente privado. Estes últimos compreendem 22 hospitais, 39 laboratórios, 547 clínicas e consultórios e 5.192 médicos.<sup>14</sup> Segundo estimativas da Secretaria Municipal de Saúde, cerca de 30% da população de Campinas-SP utiliza serviços de saúde suplementar ou privados, variando segundo as diferentes regiões do Município: o percentual da população que utiliza serviços públicos de saúde, mais alto nas regiões mais carentes, é estimado em 90% nos Distritos Sudoeste e Noroeste, 75% no Distrito Sul, 60% no Distrito Norte e 50% no Distrito Leste.<sup>15</sup> A cooperativa médica Unimed é a provedora que detém a maior participação no mercado de planos privados de saúde do Município.<sup>16</sup>

O sistema de vigilância epidemiológica em Campinas-SP está bem estruturado e consolidado. Em 1989, a Municipalidade assumiu todas as ações de vigilância epidemiológica. No ano seguinte, iniciou o processo de descentralização para seus centros de saúde, os quais já se dedicavam a cobrir áreas de abrangência definida. Esse processo teve continuidade com a criação dos atuais Distritos de Saúde e suas Coordenadorias Regionais de Vigilância à Saúde, compostas por equipes multiprofissionais. Os Distritos de Saúde coordenam e executam as ações de sua área de abrangência, que prevêem, outrossim, a capacitação dos profissionais de suas unidades e – inclusive – os do setor privado. A Figura 1 resume os fluxos de informação do sistema de vigilância epidemiológica do Município. As doenças exantemáticas, habitualmente, são objeto dessa vigilância, a qual visa, especificamente, a identificação dos casos de sarampo, rubéola e SRC segundo as normas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde.<sup>17</sup>

O VigiFEx baseou-se em uma abordagem de vigilância sindrômica das doenças febris exantemáticas. Foi implementado no Município de Campinas-SP em função da observância de altas taxas de notificação e investigação de doenças exantemáticas nos últimos anos, existência de rede laboratorial e proximidade do laboratório de referência estadual, este com capacidade para realização de diagnóstico laboratorial diferencial de inúmeras doenças exantemáticas. A

proposta do VigiFEx foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde, a qual se integrou ao grupo de planejamento e coordenação do mesmo. O VigiFEx foi incorporado ao sistema de vigilância epidemiológica de Campinas-SP e funcionou sob sua coordenação. Para sua execução, foram contratadas dez profissionais de campo e uma supervisora, que trabalhavam em conjunto com as equipes da vigilância epidemiológica municipal. As profissionais de campo realizavam busca ativa, investigação epidemiológica e coleta de espécimes clínicos para diagnóstico laboratorial dos casos notificados. A supervisora, que atuava na coordenação e acompanhamento das atividades dos profissionais de campo, também era responsável pela atualização do banco de dados dos casos investigados. O VigiFEx, foi financiado pelos Centers for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos da América (CDC/USA), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS), Secretarias Municipal e de Estado da Saúde da São Paulo, e apoiado pelo Ministério da Saúde, universidades locais, associações de classe e setor privado de saúde local.

Adotou-se, como definição de caso, todo indivíduo de até 40 anos de idade residente no Município de Campinas-SP e com febre e exantema. Os casos notificados deveriam ter duas amostras de sangue colhidas – uma de fase aguda e outra de fase convalescente. Na presença de sintomas respiratórios, também era colhida uma amostra de secreção de orofaringe. As amostras eram enviadas ao laboratório de referência do Instituto Adolfo Lutz, da Secretaria de Estado da Saúde, para investigação etiológica das seguintes doenças: sarampo; rubéola; dengue; febre maculosa; escarlatina; enterovirose; eritema infeccioso; adenovirose; exantema súbito; e mononucleose. Inicialmente – e concomitantemente –, todas as amostras eram testadas para sarampo, rubéola e dengue, tanto em função do programa de erradicação e eliminação dessas doenças como, também, pela importância epidemiológica da dengue no Município. Em seguida, as amostras eram testadas para a suspeita clínica inicial do caso feita pelo profissional de saúde. Se os resultados fossem negativos, seguia-se um fluxograma de acordo com as características clínicas e epidemiológicas de cada caso (Figura 2). Foram criadas duas bases de dados pelo aplicativo Access® (Microsoft Office 2000), especialmente para o VigiFEx: uma para dados epidemiológicos; e outra para dados laboratoriais de cada caso notificado.



**Figura 1 - Fluxograma do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil**

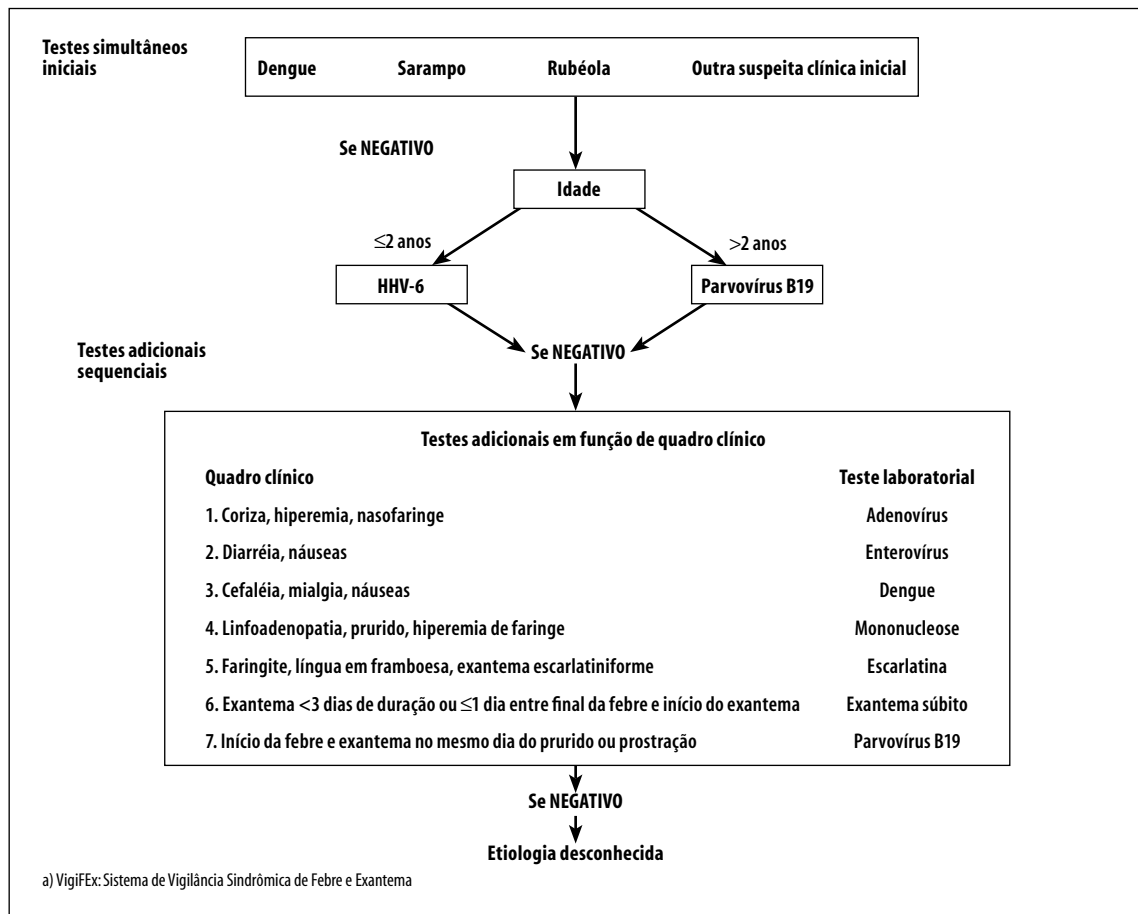
Neste estudo, são descritas as estratégias utilizadas para a incorporação do setor privado às atividades de vigilância de síndrome febril exantemática em Campinas-SP e sua participação no VigiFEx. Essas estratégias foram direcionadas para o conjunto da rede de serviços de saúde do Município – incluindo o setor privado e seus 22 hospitais, 39 laboratórios, 547 clínicas e consultórios e 5.192 médicos, vinculados ou não a alguma cooperativa médica. Nem todos os serviços de saúde foram visitados diretamente, fossem eles públicos ou privados. A participação dos serviços da rede privada identificados, nas atividades de vigilância e na notificação de casos, é descrita neste relato de estudo.

O percentual de casos notificados pela rede pública ou privada, entre o total de casos notificados ao sistema, foi comparado em dois períodos distintos: anteriormente (1998 a 2002) e durante a implemen-

tação do VigiFEx (2003 a 2004). As unidades de saúde notificadoras pertencentes à rede pública incluíram as exclusivamente públicas e as conveniadas ao SUS. As unidades privadas, por sua vez, incluíram aquelas exclusivamente privadas. A proporção de unidades de saúde da rede privada notificadoras para o sistema, entre o total de unidades existentes, também foi calculada para os períodos anterior e concomitante à implementação do VigiFEx.

Calculou-se o tempo médio – em dias – desde a data da coleta das amostras até a liberação dos resultados etiológicos finais pelo laboratório. Avaliou-se a concordância entre a suspeita clínica inicial e o diagnóstico laboratorial confirmatório, na proporção de casos cujo diagnóstico final confirmou a suspeita clínica.

Utilizaram-se, como fontes de dados, as bases de dados do VigiFEx e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), este atualizado até 13 de julho



**Figura 2 - Sequência dos testes laboratoriais das amostras de sangue dos casos notificados pelo VigifEx<sup>a</sup> no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 2003 a 2004**

de 2005. Os dados foram analisados pelos *softwares* Epi Info (versão Windows 3.2) e SPSS (versão 11.0). As variáveis contínuas foram comparadas utilizando-se o teste de Wilcoxon. Médias, medianas e proporções foram calculadas e variáveis categóricas comparadas pelo teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher.

**Resultados**

**Estratégias utilizadas para incorporação do setor privado**

As estratégias utilizadas podem ser agrupadas em: (i) articulação prévia com os serviços de saúde; (ii) elaboração de material impresso específico para a rede privada; (iii) comunicação e divulgação de informações; (iv) atividades de atualização científica; e (v) retroalimentação de resultados do VigifEx.

Foram obtidas informações sobre a rede privada de saúde em Campinas-SP. A Unimed e a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, as mais representativas do setor privado no Município, foram visitadas e o VigifEx apresentado, destacando-se, nessas ocasiões, a importância de se estabelecer uma parceria efetiva com os profissionais da rede privada, para que os objetivos do sistema fossem alcançados. Como resultado dessa iniciativa, as duas organizações se encarregaram de promover o VigifEx entre todos seus associados e membros.

Elaboraram-se diversos materiais técnico-informativos e de divulgação, facilmente identificáveis pela logomarca do VigifEx [impressa no formulário apresentado (Figura 3)]: cartaz informativo, com orientações para notificação; *folder*, com informações resumidas sobre os objetivos do VigifEx, notificação e

coleta de amostras clínicas para diagnóstico laboratorial; e mais um *folder*, com informações clínicas e de diagnóstico laboratorial das várias doenças febris exantemáticas, além de fotografias características das respectivas manifestações exantemáticas. Esse material foi distribuído, a todos os profissionais das redes pública e privada.

Um sítio eletrônico do VigiFEx foi criado e um *link* inserido no portal da Secretaria Municipal de Saúde, para o acesso, via internet, de todo material técnico e de divulgação, artigos científicos e fichas de notificação de casos de febre e exantema. Todas as instituições parceiras foram convidadas a incluir o *link* do VigiFEx em suas páginas eletrônicas.

O VigiFEx foi lançado durante o 'Simpósio de Atualização Científica em Doenças Febris Exantemáticas', que contou com a participação de palestrantes internacionais e do Estado de São Paulo, além de representantes das instituições envolvidas. Cerca de 500 profissionais de unidades públicas e privadas de saúde estiveram presentes. Um *compact disk* (CD) com material referente ao VigiFEx foi distribuído a todos.

Uma ficha de notificação 'simplificada', contendo apenas campos de identificação do paciente e de descrição da doença, foi distribuída aos profissionais da rede privada (Figura 3). O mesmo impresso, em sua parte destacável, continha o pedido de exame de laboratório e a orientação de como proceder a coleta de material. O médico ou paciente podia escolher o local da coleta de material clínico para a realização dos exames: centros de saúde; laboratório de sua preferência; ou coleta em domicílio, realizada pela equipe de profissionais de campo. Quando colhidas em laboratórios particulares, as amostras eram transportadas ao laboratório de referência por motorista exclusivo do VigiFEx.

As reuniões com a Unimed, Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas-SP e hospitais privados selecionados foram realizadas em dois momentos, antes e após o início das atividades do VigiFEx, de acordo com a disponibilidade dos profissionais dessas instituições. Quatro grandes hospitais privados foram visitados, em horários previamente agendados, combinados com os espaços das reuniões técnico-científicas, para permitir a participação, principalmente de profissionais médicos e enfermeiros dos prontos-socorros e infectologistas.

A Unimed possibilitou o envio do material técnico-explicativo e das fichas simplificadas para todos os

cooperados inscritos em sua mala direta. Igualmente, foi significativo o apoio da Assessoria de Imprensa da Secretaria Municipal de Saúde à disseminação por *mailing-list*, entre os profissionais da Saúde do Município de Campinas-SP, das informações e boletins elaborados no decorrer do VigiFEx. Uma ampla divulgação pela mídia local, através das redes de televisão, rádios e jornais, também foi uma importante estratégia de alcance dos profissionais de saúde e da população, no sentido de esclarecer sobre os propósitos e ações do VigiFEx. Após o primeiro mês de atividades, a imprensa local divulgou os resultados preliminares dessas ações.

Foi assumido o compromisso, pela coordenação do VigiFEx, de um retorno rápido aos profissionais da rede de saúde sobre os resultados laboratoriais de cada caso notificado e os resultados globais do VigiFEx. O laudo do Instituto Adolfo Lutz, com os resultados de diagnóstico laboratorial confirmatório, era encaminhado diretamente ao médico solicitante.

Foram notificados ao VigiFEx 1.248 casos de doença febril exantemática durante o período de estudo (maio de 2003 a maio de 2004). A análise dos dados demonstra que em apenas 51,6% dos casos notificados, o diagnóstico etiológico por laboratório confirmou a suspeita clínica inicial, feita pelo profissional de saúde no momento da notificação. A mediana do intervalo entre notificação do caso e diagnóstico laboratorial final foi de 23 dias (intervalo 0-332 dias). Intervalos mais curtos foram observados nos casos notificados com suspeita de sarampo (mediana: 8,5 dias), rubéola (mediana: dez dias) e dengue (mediana: 9,5 dias), para os quais a confirmação diagnóstica requer exame simples, de rápida execução. O tempo passado entre a notificação do caso e o recebimento do laudo com os resultados finais pelo profissional de saúde foi ainda maior, não correspondendo a suas expectativas.

Outra forma de retroalimentação de informações foi a impressão e distribuição de um boletim epidemiológico com resultados parciais do VigiFEx, dez meses após seu início.

#### **Participação do setor privado no VigiFEx**

A taxa média de notificação de casos suspeitos de sarampo e rubéola para todas as idades nos dois anos anteriores ao VigiFEx foi de 28,3/100.000 habitantes. Em 2002, esta taxa para a população de até 40 anos de idade foi de 36,4/100.000 habitantes. Considerando

The image shows two forms from the VigiFEX project. The top form is titled 'PROJETO DE VIGILÂNCIA DE DOENÇA FEBRIL EXANTEMÁTICA FICHA DE NOTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA'. It includes fields for 'Data de Notificação', 'Município de Notificação' (CAMPINAS), 'Município de Saúde (ou outra fonte notificador)', 'Agravamento' (with checkboxes for 'DORNAS EXANTEMÁTICAS', 'Doramas e febre', 'Doramas e febre intermitentes'), 'Data de Início do 1º Episódio', 'Data de Término', 'Ingressos (Por, em, em)', 'Exame de Hematúria', 'Exame de Urina', 'Exame de Sangue', 'Exame de Líquido Cefalorraquidiano', 'Exame de Líquido Pleural', 'Exame de Líquido Peritoneal', 'Exame de Líquido Sinovial', 'Exame de Líquido Articular', 'Exame de Líquido Pericardial', 'Exame de Líquido Escroto', 'Exame de Líquido Testicular', 'Exame de Líquido Vaginal', 'Exame de Líquido Amniótico', 'Exame de Líquido Pericardial', 'Exame de Líquido Sinovial', 'Exame de Líquido Articular', 'Exame de Líquido Pericardial', 'Exame de Líquido Sinovial', 'Exame de Líquido Articular'. The bottom form is titled 'PROJETO DE VIGILÂNCIA DE DOENÇA FEBRIL EXANTEMÁTICA FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES'. It includes fields for 'Laboratório de Saúde', 'Município de Notificação' (CAMPINAS), 'Data de Início', 'Data de Término', 'Exame de Hematúria', 'Exame de Urina', 'Exame de Sangue', 'Exame de Líquido Cefalorraquidiano', 'Exame de Líquido Pleural', 'Exame de Líquido Peritoneal', 'Exame de Líquido Sinovial', 'Exame de Líquido Articular', 'Exame de Líquido Pericardial', 'Exame de Líquido Sinovial', 'Exame de Líquido Articular'. Both forms have a note at the bottom: 'OBSERVAÇÃO: consultar o Projeto VigiFEX através dos telefones (37) 33-6286 ou (37) 33-6186 para que seja enviado este formulário. NÃO LIGAR PARA O SERVIÇO DE SAÚDE PARA RECEBER O FORMULÁRIO'.

**Figura 3 - Ficha de notificação de casos de febre e exantema simplificada, distribuída aos profissionais da rede privada de saúde do Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil**

todos os casos de febre e exantema notificados ao VigiFEX, a taxa de notificação foi de 181/100.000 habitantes menores de 40 anos de idade, significativamente maior do que no ano de 2002 ( $p < 0,05$ ).

Durante o VigiFEX, a maior parte das notificações foi oriunda da rede pública de saúde (95%). A análise do percentual de casos notificados pela rede privada, sobre o total de casos notificados ao sistema, demonstra que a proporção de notificações feitas por esse setor aumentou de 1,6% em 2002 para 8,3% em 2003 ( $p < 0,05$ ). No mesmo período, a proporção de notificações realizadas pelas universidades também aumentou significativamente, de 5,2% em 2002 para 14,5% em 2003 ( $p < 0,05$ ) (Tabela 1). Cabe ressaltar que o acréscimo de notificações verificado no ano 2000 (Tabela 1) foi atribuído a um surto de rubéola ocorrido em Campinas-SP e em outras regiões do Estado de São Paulo, naquele ano.<sup>18</sup>

Durante o VigiFEX, o percentual de casos notificados com diagnóstico etiológico final confirmado por laboratório foi de 41,7% (521/1248). Esta proporção não apresentou variação associada à origem da notificação do caso (setor público – 42% – *versus* setor privado – 36,5% –;  $\chi^2 = 0,75$ ;  $p > 0,05$ ).

A proporção de unidades de saúde da rede privada notificadoras ao sistema sobre o total de unidades existentes aumentou significativamente, após a implementação do VigiFEX (14,5% *versus* 28%;  $p < 0,05$ ).

Após o início do VigiFEX, a proporção de notificações feita pelo setor privado diminuiu progressivamente, mês a mês (Figura 4): enquanto as notificações do setor privado representaram 9,5% e 19,1% do total de casos notificados nos meses de maio e junho de 2003, respectivamente, esses mesmos valores caíram para 3,3% e 1,5%, correspondentemente aos meses de novembro e dezembro de 2003. No final do projeto, a proporção de casos notificados pela rede privada era de zero.

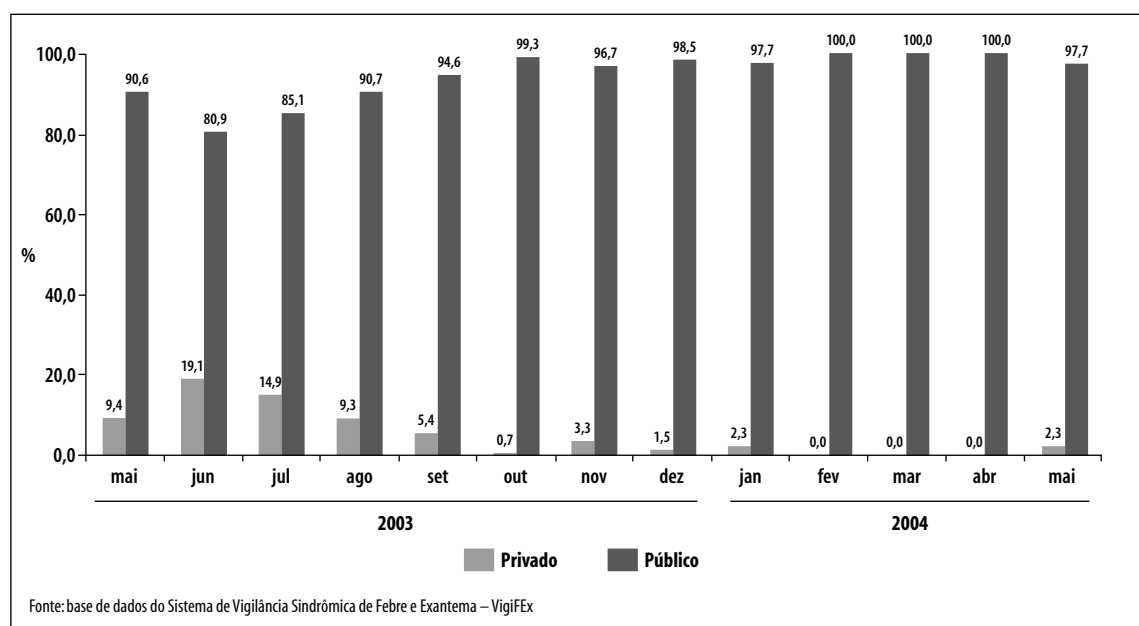
## Discussão

A necessidade de uma revisão da prática e estratégias das atividades de vigilância epidemiológica já vem sendo debatida há alguns anos.<sup>19-21</sup> Algumas mudanças vêm ocorrendo no SUS, em particular na concepção e na operacionalização da vigilância.<sup>22</sup> Apesar dos avanços verificados na organização e no processo de descentralização da vigilância epidemiológica, sua

**Tabela 1 - Casos notificados de febre e exantema – número e percentual – segundo o tipo de serviço notificador no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, 1998 a 2004**

Tipo de serviço	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Público</b>	404	89,4	224	90,3	442	84,0	296	90,8	231	93,1	288	77,2	252	92,3
<b>Privado</b>	6	1,3	4	1,6	26	4,9	6	1,8	4	1,6	31	8,3	4	1,5
<b>Universitário</b>	42	9,3	20	8,1	58	11,0	24	7,4	13	5,2	54	14,5	17	6,2
<b>TOTAL</b>	<b>452</b>	<b>100,0</b>	<b>248</b>	<b>100,0</b>	<b>526</b>	<b>100,0</b>	<b>326</b>	<b>100,0</b>	<b>248</b>	<b>100,0</b>	<b>373</b>	<b>100,0</b>	<b>273</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Prefeitura Municipal de Campinas-SP, Secretaria Municipal de Saúde, Sinan



**Figura 4 - Percentual de doença febril exantemática segundo mês e tipo de serviço notificador no Município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, maio de 2003 a maio de 2004**

abrangência, no que diz respeito à fonte de dados – especialmente a inclusão dos laboratórios e da iniciativa privada no sistema –, ainda merece mais atenção e definições claras dos papéis de cada instância.<sup>23</sup>

A história recente dos casos importados de sarampo no Brasil mostra que, em algumas ocasiões, a vigilância reconheceu-os tardiamente, na busca retrospectiva de casos<sup>24,25</sup> ou na investigação de outros, secundários a casos atendidos em serviços privados de saúde. A não-notificação ou a notificação tardia compromete a efetividade das medidas de erradicação e sua manutenção. As classes socioeconômicas mais altas correm

risco de exposição ao vírus do sarampo durante viagens internacionais. Supõe-se que um caso suspeito de sarampo retornando de viagem internacional será inicialmente atendido pelo setor privado. Também é nessa classe social que se verificam as menores coberturas vacinais.<sup>26</sup>

Para que haja envolvimento de qualquer profissional de saúde com as ações de vigilância epidemiológica, seja no setor público ou privado, são necessárias atividades contínuas para seu engajamento.

A experiência do VigiFEx mostrou que é possível uma boa adesão da rede privada ao sistema de



vigilância, como pode ser observado pelo aumento significativo do percentual de notificações de casos de febre e exantema oriundos do sistema privado de saúde; e também pelo aumento do número de unidades notificadoras de casos sobre o total de unidades da rede privada. Nordin e colaboradores,<sup>27</sup> em estudo sobre a vigilância sindrômica de doenças febris exantemáticas em Minnessota, Estados Unidos da América, avaliaram que a baixa taxa de notificação encontrada<sup>28</sup> pode ser atribuída à não-notificação de casos pelo setor privado.

*É necessária – e possível – a realização de um trabalho conjunto entre os setores público e privado pelo controle de doenças de interesse da Saúde Pública.*

Observou-se a participação importante do setor privado na notificação de casos de febre e exantema durante o VigiFEx. Estes autores acreditam que a implementação de estratégias específicas direcionadas à rede privada, para promover sua incorporação pela rede de vigilância municipal, tenham sido fundamentais nesse sentido. Eles observam uma associação temporal dessas estratégias com o aumento subsequente na notificação pela rede privada. A maioria das estratégias foi implementada antes do início ou nos meses iniciais do VigiFEx e, logo após, observou-se alta participação do setor privado como setor notificador. No transcorrer do tempo, a participação do setor privado na vigilância diminuiu sobremaneira. Os profissionais desse setor só voltaram a notificar casos após a divulgação do boletim epidemiológico, ao final do VigiFEx.

Nem todos os casos notificados ao sistema tiveram um diagnóstico etiológico final definido por laboratório. Ademais, o tempo de processamento dos exames no laboratório foi longo, resultando em uma demora entre a notificação e o recebimento dos resultados laboratoriais finais pelos profissionais notificadores. Vários seriam os motivos que teriam contribuído para isso, como (i) necessidade de realização de vários testes laboratoriais sucessivos, seguindo o fluxograma pré-estabelecido, e (ii) dificuldade técnica para confirmação laboratorial de determinadas doenças (por exemplo, enterovirose e adenovirose, que requerem análise de amostras pareadas e isolamento viral).

Esses fatores poderiam ter contribuído para a queda das notificações realizadas pelo setor privado, uma vez que foi assumindo o compromisso de retroalimentar, rapidamente, os resultados dos exames laboratoriais. Uma vez deixando de receber informações que necessitava e pelas quais tinha interesse, para manter sua participação, o profissional da rede privada poderia ter passado a não notificar casos à vigilância. Waldman<sup>29</sup> observa que a manutenção de informações pertinentes para os profissionais de saúde pelo sistema de vigilância epidemiológica é fundamental para reduzir a subnotificação e melhorar a qualidade das informações dos casos notificados.

Já foi demonstrado que a vigilância de doenças mais graves ou de maior impacto social, como a doença meningocócica, tem maior participação da rede privada como notificadora de casos ao sistema de vigilância.<sup>30</sup> Considerando-se que a confirmação laboratorial no VigiFEx requeria a coleta de material biológico (duas amostras de sangue e, eventualmente, secreção de orofaringe), o que poderia ser inconveniente para o paciente, e o fato de a evolução clínica da maioria das doenças investigadas pelo VigiFEx ser benigna e, portanto, o respectivo resultado laboratorial não alterar o manejo clínico dos casos, eis aqui mais um fator capaz de ter influenciado a redução do número de notificações do setor privado no decorrer da implementação do VigiFEx.

É necessária – e possível – a realização de um trabalho conjunto entre os setores público e privado pelo controle de doenças de interesse da Saúde Pública. O sucesso desse trabalho depende do estabelecimento de mecanismos ágeis e eficientes de produção e disseminação de informações técnico-científicas, e de processos adequados de comunicação. Isso pode ser feito de diversas maneiras – ou estratégias, como as empregadas no VigiFEx. A continuidade da participação do setor privado no sistema de vigilância epidemiológica parece estar diretamente relacionada com os subsídios à prática médica clínica.

Baseando-se na experiência do VigiFEx e nos resultados do presente estudo, podem-se elencar as seguintes recomendações para o aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica no país e a melhor integração dos setores público e privado de saúde:

- a) Estabelecer relação de parceria com o setor privado, desenvolvendo práticas de saúde e atividades de vigilância epidemiológica importantes para a Saúde Pública.

- b) Aprimorar o processo de comunicação e retroalimentação da informação, otimizando o uso das tecnologias atualmente disponíveis, particularmente da informática. Exemplos: a notificação compulsória de doenças e a solicitação de exames por meio eletrônico, o envio de laudos e informes epidemiológicos por correio eletrônico e a disponibilização de impressos simplificados para notificação, entre outros.
- c) Incrementar a participação de profissionais do setor privado em eventos técnico-científicos relacionados aos temas de interesse da vigilância epidemiológica – e vice-versa – e promover a disseminação de informações epidemiológicas baseadas em evidências.
- d) Buscar uma articulação permanente com as sociedades de saúde especializadas, sua representação em comitês ou grupos técnicos de trabalho, para discussão de aspectos particulares da prevenção e controle de doenças.
- e) Pautar discussões sobre temas de interesse da vigilância epidemiológica, regular e periodicamente, nos grandes serviços de saúde, especialmente nos universitários, como parte de suas programações científicas internas.

Uma limitação para o desenvolvimento do presente estudo foi a de que estes autores não puderam avaliar o impacto das estratégias implementadas, pela ausência de um método avaliativo para tal. Sugere-se, em contrapartida, a realização de estudos prospectivos de avaliação do impacto de estratégias seletivas na incorporação do setor privado de saúde às atividades de vigilância epidemiológica.

A experiência do VigiFEx e os resultados desta análise reforçam a possibilidade de promoção e sucesso dos setores público e privado de saúde integrados, colaborando para as ações de vigilância epidemiológica em nosso país.

## Grupo de Trabalho VigiFEx

### Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas-SP

Brigina Kemp  
Cláudia Bento Safi  
Eliana N. C. de Barros  
Fabiana Medeiros Lopes de Oliveira  
Genoefa Aparecida Casagrande  
Maria Alice Sato  
Maria Cristina Siqueira M. Prini  
Mariza Natalina dos Santos  
Neuza Teles de Lima Martins  
Thais Fernanda Degan

### Grupo de Vigilância Epidemiológica XVII

#### Secretaria de Estado da Saúde, Governo do Estado de São Paulo

Márcia Regina Pacola

### Centro de Vigilância Epidemiológica,

#### Secretaria de Estado da Saúde, Governo do Estado de São Paulo

Telma R. M. P. Carvalhanas  
Neuma T. R. Hidalgo  
Flávia Helena Ciccone

### Coordenação de Vigilância de Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis,

#### Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde

Fernando Ribeiro de Barros  
Tereza Cristina Segatto

### Instituto Adolfo Lutz/Regional Campinas-SP

#### Secretaria de Estado da Saúde, Governo do Estado de São Paulo

Vânia Martins Fontes Del Guércio

### Instituto Adolfo Lutz/São Paulo-SP

#### Secretaria de Estado da Saúde Governo do Estado de São Paulo

Luiza T. M. Souza  
Ana M. S. Afonso  
Andréa Stangarlin

### Faculdade de Ciências Médicas

#### Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo-SP

José Cássio de Moraes

### Organização Pan-Americana da Saúde

Cristiana M. Toscano

### Centers for Disease Control and Prevention

#### Atlanta-GA, USA

Fábio Lievano  
K. Lisa Cairns

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 33, de 14 de julho de 2005. Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional [legislação na Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 15 jul. 2005. [acesso 25 jul. 2005]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/do1\\_111.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/do1_111.pdf)
2. Pan American Health Organization. Measles elimination by the year 2000. EPI Newsletter 1994;16:1-2.
3. Pan American Health Organization. Immunization Newsletter [serial on the Internet]. 2006 [cited 2008 Aug. 02];28(3). Available from: [em:http://www.paho.org/English/AD/FCH/IM/sne2803.pdf](http://www.paho.org/English/AD/FCH/IM/sne2803.pdf)
4. Prevots RD, Parise MS, Segatto TCV, Siqueira MM, Santos ED, Ganter B, et al. Interruption of measles transmission in Brazil, 2000-2001. The Journal of Infectious Diseases 2003;187 Suppl 1:111-120.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica de 27/12/2004: Brasil completa quatro anos sem transmissão do sarampo [monografia na Internet]. Brasília: MS [acesso 25 jul. 2005]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portana/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22154](http://portal.saude.gov.br/portana/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=22154)
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica: Detectado novo caso de sarampo, Ministério da Saúde reforça a recomendação para o bloqueio vacinal dos contatos [monografia na Internet]. Brasília: MS [acesso 05 ago. 2005]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota\\_sarampo\\_2507.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_sarampo_2507.pdf)
7. Pan American Health Organization. Immunization Newsletter [serial on the Internet]. 2007 [cited 2007 July 29];29(1). Available from: <http://www.paho.org/English/AD/FCH/IM/sne2901.pdf>.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. 44ª Reunião do Conselho Diretivo, 2003 [monografia na Internet]. Washington (DC): OPAS [acesso 25 jul. 2005]. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-11-p.pdf>.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação das doenças transmissíveis no Brasil – agosto de 2004 – Rubéola [monografia na Internet]. Brasília: MS [acesso 25 jul. 2005]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21905](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21905)
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota técnica: Surto de Rubéola, Brasil - Alerta - 27/07/2007 [monografia na Internet]. Brasília: MS [acesso 14 ago. 2008]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26700](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26700)
11. Fundação Nacional da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica, v. I [monografia na Internet]. Brasília: Funasa; 2002 [acesso 25 jul. 2005]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia\\_vig\\_epi\\_vol\\_1.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_vig_epi_vol_1.pdf)
12. Bahia L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: Negri B, Di Giovanni G, organizadores. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Editora; 2001. p 325-361.
13. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados sobre Beneficiários [dados na Internet]. Rio de Janeiro: ANS [acesso 29 nov. 2007]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/site/dados\\_setor/dadosobrebeneficiarios.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/dados_setor/dadosobrebeneficiarios.asp)
14. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Guia Médico, Pesquisa Detalhada [dados na Internet]. São Paulo: CRM [acesso 25 jul. 2005]. Disponível em: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=GuiaMedico&pesquisa=proc>.
15. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Projeto de Expansão da Saúde da Família PROESF-MS, 2004. Campinas: SMS. Não editado.
16. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Índice de reclamações: anual 2004 [dados na Internet]. Rio de Janeiro: ANS [acesso 05 ago. 2005]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/site/rank/rank\\_default.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/rank/rank_default.asp).
17. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Guia de vigilância para erradicação do Sarampo, controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita [monografia na Internet]. São Paulo: SES; 2001 [acesso 15 mar. 2005]. Disponível em [ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/guiasarubsrc.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/guiasarubsrc.pdf).
18. Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre Vranjac. Informe Técnico – Surtos de Rubéola no Estado de São Paulo [monografia na Internet]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2000 [acesso 12 set. 2008]. Disponível em [http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/Inf\\_rubsurt.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/Inf_rubsurt.htm).

19. Paim JS, Teixeira MGLC. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS* 1991;5:27-57.
20. Barata RCB. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Revista de Saúde Pública* 1997;31(5):531-537.
21. Waldman EA, Freitas FRM. A vigilância epidemiológica e sua interface com as práticas da vigilância sanitária [monografia na Internet] [acesso 02 nov. 2005]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coph/seminario/Vig\\_Epi\\_Sanit\\_Eliseu.pdf](http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coph/seminario/Vig_Epi_Sanit_Eliseu.pdf)
22. Barreto ML. Papel da Epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamento e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002;5(1):4-17.
23. Hamman EM, Laguardia J. Reflexões sobre a vigilância epidemiológica: mais além da Notificação Compulsória. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000;9(3):211-219.
24. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Notas técnicas: Casos importados de sarampo em Santa Catarina, 19/12/2003 [monografia na Internet]. Brasília: MS [acesso 25 jul. 2005]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21287](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21287).
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica: Brasil completa quatro anos sem transmissão do Sarampo – 27/12/2004 [monografia na Internet]. Brasília: MS [acesso 25 jul. 2005]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22154](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=22154).
26. Moraes JC, Barata RCB, Ribeiro MCSA, Castro PC. Cobertura vacinal no primeiro ano de vida em quatro cidades do Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2000;8(5):332-341.
27. Nordin JD, Harpaz R, Haraper P, Rush W. Syndromic surveillance for measles illnesses in a managed care setting. *The Journal of Infectious Diseases* [serial on the Internet]. 2004 [cited 2008 Aug. 1];189 Suppl 1:S222-S226. Available from: <http://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/378775>.
28. Harpaz R, Papania MJ. Can minimum rate of investigation of measleslike illnesses serve as a standard for evaluating measles surveillance? *The Journal of Infectious Diseases* 2004;89 Suppl 1: S204-S209.
29. Waldman EA. Usos da vigilância e da monitorização em Saúde Pública. *Informe Epidemiológico do SUS* [periódico na Internet]. 1998 [acesso 1 ago. 2008];7(3):7-26. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus\\_vol7\\_3\\_usos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_3_usos.pdf)
30. Carreño AI, Cruz PM, Navarro FM. Aplicación del método captura-recaptura en la evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica de la enfermedad meningocócica en Tenerife (1999-2001). *Revista Española de Salud Publica* 2003; 77701-77711.

Recebido em 27/02/2008  
Aprovado em 29/10/2008