

SELEÇÃO DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA: CRITÉRIOS E RECOMENDAÇÕES PARA AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

Maria da Glória Teixeira^{1*}, Gerson Oliveira Penna^{2*}, João Batista Risi^{3**}, Maria Lucia Penna^{4**},
Maria Fernanda Alvim^{5**}, José Cássio de Moraes^{6**}, Expedito Luna^{6**}

Resumo

Apresenta-se neste trabalho uma revisão referente ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, principalmente, quanto ao processo de revisão e seleção de doenças de Notificação Compulsória. Foi elaborada uma proposta da Lista Brasileira de Doenças de Notificação Compulsória, fruto de um exercício de seleção baseado na avaliação de doenças com relação a 13 critérios e de debates com técnicos de áreas específicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde, de instituições acadêmicas e da Organização Pan-Americana da Saúde. Várias recomendações são feitas, úteis para as três esferas do governo no processo de definição das doenças e agravos de notificação compulsória, levando-se em consideração o principal objetivo desse instrumento - fornecer informação de forma rápida e ágil, servir de base para a tomada de decisões e implementação de ações de controle e/ou prevenção.

Palavras-Chave: *Vigilância Epidemiológica; Doenças de Notificação Compulsória.*

Summary

This paper reviews the National Epidemiological Surveillance System, particularly the process of revision and selection of obligatory notifiable diseases. A proposal for a Brazilian List of Obligatory Notifiable Diseases was elaborated, resulting from a selection process based on the assessment of diseases against 13 criteria and on discussions with staff from specific areas of the Ministry of Health, The State and Municipal Health Secretaries and Pan-American Health Organization. The recommendations made are useful for the process of establishing the reportable diseases and conditions, taking into account the purpose of this tool to provide information in a quick and agile manner, and to serve as a basis for decision-making and for the implementation of control and/or prevention activities.

Key-Words: *Epidemiological Surveillance; Reportable Diseases.*

¹Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; Secretaria de Saúde da Bahia-SESAB; ABRASCO;

²Hospital Universitário de Brasília/UnB;

³Organização Pan-Americana de Saúde;

⁴Instituto de Medicina Social/UERJ;

⁵Centro Nacional de Epidemiologia/FNS/MS;

⁶Centro de Vigilância Epidemiológica/SES-SP;

*Responsáveis pela elaboração do texto.

**Colaboradores.

Introdução

A primeira lista de doenças de notificação compulsória talvez remonte ao ano de 1377, em legislação fundamentada na quarentena, em Veneza. Em 1851, também em Veneza, ocorre a primeira Conferência Sanitária Internacional, na qual são estabelecidos os princípios de máxima proteção contra a propagação internacional de enfermidades e com mínima restrição, para as viagens e comércio internacional. Estes princípios foram fundamentais para a formulação do primeiro Regulamento Sanitário Internacional, em maio de 1951, e são, até hoje, observados^{1,2,3}. Àquela época foram definidas seis enfermidades quarentenáveis: peste, cólera, febre amarela, varíola, tífus e febre recorrente¹. A revisão ocorrida neste código em 1969, retirou o tífus e febre recorrente do rol de doenças com obrigatoriedade de notificação internacional, e, em 1981, a varíola foi excluída após sua erradicação².

No Brasil, as “Normas Gerais Sobre Defesa e Proteção da Saúde”, instituídas em 1961 através do Decreto N° 49.974 – A⁴, relacionavam 45 doenças, além de outras viroses humanas e os infortúnios do trabalho, como de notificação compulsória. Entretanto, só em 1969, em consequência ao entusiasmo dos resultados da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) e dos seus ensinamentos quanto ao valor prático da metodologia de Vigilância Epidemiológica, foi que se iniciou a notificação sistemática de algumas doenças transmissíveis. Sob a responsabilidade da Fundação de Serviços de Saúde Pública – FSESP / Ministério da Saúde, as informações eram coletadas através das Secretarias Estaduais de Saúde e outras órgãos específicos deste Ministério e divulgadas em um Boletim Epidemiológico com periodicidade quinzenal⁵.

Com a instituição do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE, formalizado através da Lei n° 6.259, de 1975, e do Decreto n° 78.231⁶, que a regulamentou em 1976, foi que se ampliou o leque de doenças de

notificação compulsória incorporando além das previstas no Regulamento Sanitário Internacional, aquelas vinculadas ao programa de imunizações, as coordenadas na época por órgãos específicos do Ministério da Saúde (malária, hanseníase e tuberculose) e as meningites em geral. Em 1979, 1986 e em 1996, outras doenças foram acrescentadas à lista inicial^{6, 7, 8, 9}.

A diversidade, complexidade e dimensão continental do Brasil, torna pouco realista a existência de uma única lista de doenças para todo o seu território, mesmo que se tente contemplar as diferenças regionais, através da delimitação de áreas de obrigatoriedade de notificações de acordo com o conhecimento epidemiológico vigente. No entanto, é importante a instituição de uma lista mínima nacional que inclua as doenças cujas informações sejam de interesse para o país. O objetivo destas informações mais abrangentes, tendo como princípio a utilização imediata no local onde é gerada, é o de alimentar os bancos de dados nacionais de modo a permitir análises mais globalizadas que orientem o planejamento e a adoção de medidas de controle coletivas necessárias ao conjunto ou grupos específicos da população brasileira, em situações correntes ou emergenciais.

Paralelamente, tem-se que estimular Estados e municípios a elaborarem suas listas complementares visando ao fortalecimento dos sistemas locais de vigilância epidemiológica, na direção da autonomia técnico-gerencial dos municípios, para enfrentamento dos problemas de saúde de acordo com a realidade de cada área. Esta heterogeneidade, aliada às iniciativas de modernização e aperfeiçoamento da capacidade técnica e operacional do sistema tendo como núcleo comum as doenças de notificação nacional, servirá para imprimir uma maior agilidade nas respostas necessárias à resolução dos problemas.

1. Vigilância Epidemiológica e Informação

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, Lei n° 8.080, de 1990¹⁰, a Vigilância

Epidemiológica (VE) é definida 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 e agravos”. Assim, para atender à sua finalidade, a VE tem que ser alimentada com informações sobre as doenças e agravos que estão sob vigilância ou que possam ocorrer de modo inusitado.

1.1 Sistema de Informação de Doenças de Notificação Compulsória (SDNC)

Notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção das medidas de intervenção pertinentes. Destina-se, em primeira instância, ao serviço local de saúde incumbido de controlar a ocorrência. Quando reunidas de forma sistematizadas, as notificações passam a compor sistemas de informações próprios, que possibilitam o acompanhamento, de forma mais ampla, das características do fenômeno estudado, quanto à sua distribuição e tendências.

A notificação compulsória é feita na situação em que a norma legal obriga aos profissionais de saúde e pessoas da comunidade a comunicar a autoridade sanitária a ocorrência de doença ou agravo que estão sob vigilância epidemiológica.

Historicamente, o Sistema de Informações de Doenças de Notificação Compulsória (SDNC) tem sido o principal instrumento da Vigilância Epidemiológica. Assim, é importante que seja preservado e constantemente aprimorado, incorporando-se os avanços científicos e tecnológicos de cada período, pois, em parte, dele dependem a eficiência e a efetividade da VE. Dada a natureza específica de cada doença ou agravo à saúde o processo da notificação é dinâmico, variável em função de mudanças no perfil epidemiológico, dos resultados obtidos com as ações de controle

e da disponibilidade de novos conhecimentos científicos e tecnológicos. As normas de notificação devem adequar-se no tempo e no espaço, quanto às doenças consideradas, áreas geográficas abrangidas, conteúdo de informação requerido, critérios de definição de casos, periodicidade de transmissão dos dados, modalidades de notificação e fontes de informação utilizadas.

As doenças que vêm compondo o SDNC têm sido aquelas que podem colocar em risco a saúde das coletividades e, tradicionalmente, vem-se restringindo às doenças transmissíveis, apesar da 21ª Assembléia Mundial de Saúde (1968) já discutir a abrangência do conceito de VE, e salientar a possibilidade da sua aplicação a outros problemas de saúde¹¹.

A idéia transmitida ao se falar do sistema de notificação compulsória é de que com este instrumento coletam-se dados “universais” de cada doença, já que compulsória significa obrigatória, e a sua inobservância é considerada infração às normas sanitárias brasileiras, pressupondo penalidades que vão desde uma simples advertência, até multas, previstas no Decreto Lei nº 785, de 1969⁶. Esta orientação, legalmente ainda vigente e poucas vezes cumprida, é considerada uma medida autoritária e que contraria o espírito, concepção e prática da VE, que trabalha na perspectiva do estímulo e persuasão dos profissionais e cidadãos para o exercício da notificação como um dever de cidadania.

Na área das doenças do trabalho, cuja vigilância era da responsabilidade do Ministério do Trabalho (MT), eram utilizadas com frequência as penalidades previstas na Lei nº 6.514, de 1977, da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que determina a notificação compulsória¹². Esta prática, que é desempenhada através de profissionais do MT, imbuídos de poder de fiscalização do ambiente de trabalho, tem como objetivo pressionar as empresas a criar ambientes mais salubres e que causem o mínimo de danos aos seus trabalhadores. As penalidades

são dirigidas à empresa ou aos seus profissionais que não exercem o dever da notificação ou que as escondem por razões econômicas. Esta legislação tem sido considerada pelos órgãos governamentais e não-governamentais que atuam nesta área, particularmente pelos sindicatos, como importante e fundamental no sentido de se conferir maior proteção à saúde dos trabalhadores de um modo geral. Observa-se contudo, que os sub-registros das doenças profissionais, na previdência social, são ainda mais elevados que os estimados para o SDNC. A Lei nº 8.080 transferiu para a rede de serviços do SUS a responsabilidade da atenção à Saúde do Trabalhador, incluindo as notificações das doenças do trabalho; e tem-se conseguido melhorar a qualidade e quantidade destas informações, em áreas onde se implantaram serviços ligados às Secretarias Estaduais da Saúde. Estes serviços têm solicitado a inclusão das doenças profissionais no SDNC do setor saúde, e algumas Secretarias Estaduais vêm acatando esta sugestão.

As subnotificações do SDNC constituem-se em uma das principais dificuldades para a VE, e têm causas variadas que vão desde a pouca sensibilidade e informação dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos da rede privada, até mesmo à falta de prioridade da notificação das doenças na rede de serviços enquanto atividade básica e fundamental da saúde. Por outro lado, o SDNC tem mantido um fluxo extremamente lento e inoperante, mesmo após ter sido iniciado o esforço para sua informatização pelo Centro Nacional de Epidemiologia em 1992^{13, 14}. As informações geradas (com algumas exceções em áreas limitadas e/ou para algumas doenças objetos de programas especiais) não são disponíveis nos diversos níveis do sistema de modo ágil e oportuno de maneira a responder prontamente ao processo **informação - decisão - ação**, principal objetivo da Vigilância Epidemiológica^{14, 15, 16, 17}.

O debate atual ao reconhecer um conceito mais ampliado de saúde e dos seus

determinantes (Constituição de 1988)¹⁸ e que incorpora a proposta de descentralização na qual o município é a instância privilegiada para o desenvolvimento das ações de saúde (Lei nº 8.080)¹⁰, recoloca para os gestores das três esferas de governo a necessidade cotidiana de aperfeiçoar o SDNC na perspectiva do desenvolvimento do SUS. Assim, impõe-se o estudo de estratégias que melhorem a qualidade deste sistema visando à superação da sua configuração tradicional e estabelecendo relações flexíveis de comunicação¹⁹.

Neste sentido, começou a ser desenvolvido em 1992 o Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), considerando-se o progressivo uso dos instrumentos de informática nas secretarias de saúde estaduais e municipais do país, e que deveria ir paulatinamente substituindo os instrumentos manuais de transferência de informações, entre as três esferas do sistema de saúde^{13, 14}. O SINAN foi concebido com o propósito de ser utilizado a partir do nível local, visando à racionalização do processo de coleta e transferência de dados relacionados às doenças e agravos de notificação compulsória. Embora até hoje não esteja implantado em todo o país, vem recebendo seguidas adesões dos Estados, e, principalmente, dos municípios¹⁴.

1.2 Fontes Complementares de Dados

Embora a notificação constitua um instrumento valioso e dos mais utilizados na vigilância epidemiológica, não é o único e, em determinadas circunstâncias, nem mesmo é o mais importante. O conceito de VE pressupõe a análise de todas as informações sobre a ocorrência de doenças e de seus fatores condicionantes, com vistas à orientação de medidas de prevenção e controle. Muitas dessas informações estão disponíveis em sistemas de registro preexistentes, outras terão que ser coletadas diretamente, de diferentes formas. Fundamental é não se perderem de vista os fins específicos para os quais essas informações se destinam: a compreensão do quadro epidemiológico - suas tendências e fatores que

condicionam ou determinam o comportamento do fenômeno estudado - para a tomada de decisões oportunas. Caso contrário, corre-se o risco de que a notificação passe a ser apenas um registro estatístico, superpondo-se a muitos outros que existem no sistema de saúde. Este setor tem longa tradição de registrar os eventos relacionados à saúde, dos fatos vitais à produção de serviços, havendo grande profusão de dados e informações armazenadas e eventualmente transmitidas aos diferentes níveis do sistema da saúde, porém pouco utilizadas.

a) Fontes existentes

Dentre estas, dispõe-se dos sistemas de informações que se referem ao atendimento hospitalar e ambulatorial, à realização de exames complementares, ao registro de nascimentos e de óbitos, à visita domiciliar por profissionais e agentes comunitários. Os registros neles contidos são valiosas fontes de informações sobre a ocorrência de doenças, e sua importância já era destacada desde o início da instituição do SNVE no Brasil^{6, 20}. Contudo, nem sempre estas fontes são sistematicamente utilizadas no trabalho cotidiano da VE, particularmente em áreas onde apenas ocorre a simples coleta e transferência de informações para o nível imediatamente superior do sistema, sem a preocupação da adoção de medidas de controle, seja por insuficiência técnico-administrativa, seja por desinteresse dos profissionais e gestores.

O Sistema de Mortalidade (SIM), cujo formulário (Declaração de Óbito - DO) foi padronizado em 1975 como consequência da necessidade do SNVE utilizar estas informações, constituiu um marco no aprimoramento das estatísticas vitais no país²⁰.

O Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) que, à semelhança do SIM, parte de um documento básico padronizado (Declaração de Nascidos Vivo - DN), instituído em 1989, vem sendo gradativamente implantado em todo o país. Este sistema, considerado peça fundamental para os serviços de saúde que

utilizam a epidemiologia como ferramenta de trabalho, possibilita a vigilância sobre recém-nascidos de risco, condições de gestação e parto, cálculo da mortalidade infantil, dentre outras importantes informações¹³.

Estes dois sistemas têm sido dinamizados e poderão lograr a cobertura universal dos eventos, se fortalecida a sua base institucional e legal. A maior parte dos dados está hoje sendo disponibilizada, inclusive em meio eletrônico, e a sua qualidade poderá ser significativamente melhorada, na medida em que os dados sejam mais utilizados na análise da situação de saúde e na vigilância epidemiológica.

Os resultados de exames laboratoriais são utilizados na rotina da VE como um dado que complementa o diagnóstico de confirmação da investigação epidemiológica, mas o uso do laboratório como fonte de detecção de casos tem sido restrito a alguns programas em situações especiais. Na realidade não existe ainda um sistema integrado e sistemático de todas as doenças que fazem parte do sistema de vigilância, com os resultados dos exames que são processados nos Laboratórios Centrais (LACEN), nem com os de triagem sorológica de doadores de sangue dos hemocentros. A Coordenação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (COLAB) e as Secretarias de Saúde Estaduais estão discutindo esta articulação o que viabilizará tornar o laboratório fonte rotineira de informação da vigilância. Por outro lado, os LACEN deverão desenvolver junto com a vigilância estudos epidemiológicos especiais, não devendo ficar limitados a simples demanda espontânea.

Existem dois sistemas de informações gerados no setor saúde que, embora não tenham sido concebidos sob a lógica epidemiológica, podem enriquecer as análises da VE²¹. Só mais recentemente a rede de serviços começou a tomar conhecimento e utilizar estas bases de dados, que têm grande potencial de uso pela elevada cobertura da rede assistencial e por sua vinculação ao pagamento dos serviços prestados.

São eles o Sistema de Internações Hospitalares - SIH /SUS que registra as internações hospitalares da rede de serviços do SUS e, dentre outros itens, contém os dados de identificação do paciente e o(s) código(s) das doença(s) (CID) diagnosticada(s) e o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, que não registra o CID, o que torna mais difícil sua utilização para fins epidemiológicos.

Atualmente, consideráveis esforços estão sendo realizados pelo Ministério da Saúde através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Secretaria de Assistência à Saúde-SAS e CENEPI, para fortalecer as grandes bases de dados nacionais. No âmbito do REFORSUS, vem sendo implantada a Rede Nacional de Informações em Saúde - RNIS, que busca desenvolver a capacidade informacional, em todos os níveis, para operação dos cinco maiores sistemas: SIH, SIA, SIM, SINASC e SINAN. Complementarmente, há a iniciativa da Rede de Informações para a Saúde - RIPSa, que visa articular as principais instituições responsáveis pela produção de indicadores e dados básicos de interesse para a saúde, objetivando a análise da situação da saúde e suas tendências.

Entre as atividades em curso, busca-se estabelecer padrões para compatibilizar os diferentes sistemas, possibilitando o uso integrado de dados e transformar aqueles que anteriormente eram processados de modo centralizado e de utilização restrita ao âmbito federal, em sistemas de base municipal, através da alteração de fluxos e do uso dos recursos de informática¹⁴.

As informações que são geradas fora do setor saúde (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Saneamento, Educação), importantes nas análises epidemiológicas específicas da VE e da situação de saúde, vêm sendo utilizadas com maior frequência na rede de serviços de saúde, a exemplo da elaboração dos planos municipais da saúde, enquanto exigência para habilitação na forma da NOB-SUS/96.

b) Investigações epidemiológicas

Desde o século passado, foi desenvolvida

uma metodologia de investigação de doenças, com o clássico trabalho de Snow sobre a epidemia de cólera em Londres, incorporado à rotina da VE com os aperfeiçoamentos tecnológicos e científicos da era bacteriológica. Esta é uma das atividades mais importantes da vigilância epidemiológica, que parte da simples suspeita da existência de um evento sanitário para determinar sua causa, riscos presentes ou potenciais para outros indivíduos, visando orientar as medidas de controle pertinentes.

Essas investigações geram para o sistema de vigilância valiosas informações, que servem não só para subsidiar a intervenção naquele evento específico, como também para possíveis situações futuras. Em um sistema de vigilância ativo as investigações podem ser acompanhadas de busca ativa de casos que as complementam, determinando, com maior precisão, a magnitude e a área geográfica de abrangência do evento.

c) Imprensa e população

A VE deve manter permanentes canais de comunicação com as formas organizadas da sociedade e a mídia, visando investigar todas as informações geradas nas comunidades a respeito da suspeita de ocorrência de agravos inusitados ou de doenças que estão sob vigilância, para que sejam identificadas situações que necessitem de adoção imediata de medidas de controle.

1.3 Fontes especiais de informações

Ao se definir a relação de doenças que vão compor o SDNC, devem-se empreender todos os esforços para aumentar a sua sensibilidade, particularmente para aquelas doenças que serão eleitas como prioritárias para o desencadeamento de investigações epidemiológicas específicas, ou que necessitem de atenção pronta e oportuna. Ao mesmo tempo, não se deve sobrecarregá-lo com muitas doenças, para não tornar mais difíceis estes esforços, buscando-se sempre privilegiar as notificações que realmente são necessárias para a adoção de medidas preventivas. Para aquelas enfermidades em que não se necessita do

conhecimento de todos os casos para a adoção de medidas de controle pode-se lançar mão de outras técnicas de coleta de informações igualmente efetivas. Para cada situação específica deve-se estudar qual a melhor estratégia para o alcance dos objetivos de VE.

Existem métodos epidemiológicos que permitem com razoável grau de precisão apontar a frequência de doenças, estimar riscos e recomendar a adoção de medidas adequadas de controle, sem que seja necessário coletar informações de todos os casos diagnosticados na rede de assistência médica. Estes métodos podem ser mais ou menos complexos, muito ou pouco dispendiosos, de acordo com o problema que se quer conhecer, devendo-se então buscar a sua adequação à disponibilidade de recursos dos serviços, para que tenha factibilidade operacional. Dentre estes podemos destacar:

a) Estudos epidemiológicos

Inquéritos amostrais periódicos podem ser a melhor alternativa para analisar e acompanhar um determinado problema, cujo controle não depende, necessariamente, do monitoramento contínuo de sua ocorrência. Mais importante, nesses casos, é o rigor científico na coleta dos dados, de forma a permitir a análise e comparabilidade dos achados. Outros tipos de estudos epidemiológicos como os de caso-controle, ecológicos e séries de casos, que têm indicação mais restrita como instrumento prático para os serviços de saúde, podem ser úteis em circunstâncias específicas.

b) Sistemas sentinelas

Uma importante estratégia de informação para vigilância seria a organização de redes constituídas de fontes de notificação especializadas, suficientemente motivadas para participar de esforços colaborativos comuns, voltados ao estudo de problemas de saúde ou de doenças específicas. As chamadas **fontes sentinelas**, quando bem selecionadas, são capazes de assegurar representatividade e

qualidade às informações produzidas, ainda que não se pretenda conhecer o universo de ocorrências.

Esta estratégia de formação de **Sistemas de Vigilância Sentinela** tem como objetivo monitorar indicadores chaves na população geral ou em grupos especiais, que sirvam como alerta precoce para o sistema, não tendo a preocupação com estimativas precisas de incidência ou prevalência da população geral. Apesar de Woodhall observar que vigilância sentinela seria uma tentativa de se conhecerem algumas medidas de incidência de doença em países que não dispõem de bons sistemas de vigilância, sem ter que recorrer a levantamentos dispendiosos²², Stroup e colaboradores colocam que esta estratégia não está limitada a países em desenvolvimento, e vem sendo utilizada freqüentemente em países da Europa e nos E.U.A.²². Entendemos que Vigilância Sentinela é um modo de se utilizar modernas técnicas da epidemiologia aliadas a formas de simplificar a operacionalidade de coleta de dados.

Existem várias técnicas de monitoramento para esta forma complementar de informações à vigilância tradicional, e uma delas está baseada na ocorrência de **evento sentinela**. De acordo com Rutstein e colaboradores, evento sentinela é a detecção de doença prevenível, incapacidade, ou morte inesperada cuja ocorrência serve como um sinal de alerta de que a qualidade da terapêutica ou prevenção deve ser questionada²³. Assim, toda vez que se detecta evento desta natureza o sistema de vigilância deve ser acionado para que as medidas indicadas possam ser rapidamente acionadas.

No Brasil, tem-se utilizado com freqüência a técnica de se eleger **unidades de saúde sentinelas**, que na grande maioria são os hospitais que internam doenças infecciosas e parasitárias, que informam diariamente aos órgãos de vigilância os seus internamentos e atendimentos ambulatoriais. Desse modo, detecta-se com rapidez as doenças que necessitam de atenção hospitalar, e estão sob

vigilância epidemiológica. Outra importante aplicação desta metodologia é no monitoramento e detecção precoce de surtos de diarreias.

A instituição de redes de profissionais sentinelas tem sido muito utilizada no estudo e acompanhamento da ocorrência de câncer, pois grande parte dos casos buscam atenção médica especializada. O monitoramento de grupos alvos, através de exames clínicos e laboratoriais periódicos, é de grande valor na área de prevenção das doenças ocupacionais.

A delimitação de áreas geográficas específicas para monitorar a ocorrência de doenças específicas ou alterações na situação de saúde é uma metodologia que vem sendo desenvolvida e tem sido denominada por Samaja de vigilância de áreas sentinelas^{24, 25, 26}.

Ainda que no momento atual não se disponha de manuais práticos com orientações técnicas e operacionais para estas alternativas metodológicas, torna-se importante que sejam estimuladas e apoiadas, particularmente para serem desenvolvidas nos Sistemas Locais de Saúde, visando obter informações que atendam ao principal objetivo da VE, que é o pronto desencadeamento de ações preventivas.

Apesar de se considerar importante, e talvez seja uma tendência natural a prática de desenvolver diferentes sistemas de VE - cada um com distintos objetivos e aplicação de metodologias diferenciadas, todos buscando oferecer subsídios técnicos e operacionais para desencadeamento de ações, planejamento, implementação e avaliação de programa - tem-se que alertar que a proliferação de sistemas acarreta crescentes dificuldades logísticas aos serviços, impondo-se a necessidade de certo grau de racionalização ao processo.

2. Vigilância Epidemiológica de Agravos não Transmissíveis

Desde 1968, a 21ª Assembléia Mundial de Saúde promoveu uma ampla discussão

técnica a respeito da VE, destacando-se que a abrangência do seu conceito permitia a sua aplicação a outros problemas de saúde pública que não as doenças transmissíveis, a exemplo das malformações congênitas, envenenamentos na infância, leucemia, abortos, acidentes, doenças profissionais, comportamentos como fatores de risco, riscos ambientais, utilização de aditivos, dentre outras²⁰. Apesar da Lei n° 6.259, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica no Brasil, não restringir sua atuação às doenças transmissíveis, este vem se limitando ao longo das últimas décadas a estas enfermidades.

Hoje, com as profundas mudanças no perfil epidemiológico da população, no qual se observam o declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o crescente aumento das mortes por causas externas e doenças crônicas degenerativas, tem-se considerado que muitas enfermidades não transmissíveis são resultantes do processo de transformação das sociedades modernas, e que colocam em risco importantes grupos populacionais impondo enfrentamentos coletivos^{27, 28, 29}. Deste modo, tem-se discutido a imperiosa necessidade da sistemática incorporação de doenças e agravos não transmissíveis ao escopo de atividades da Vigilância Epidemiológica, abrindo-se a perspectiva de ampliar o leque das doenças de notificação³⁰. Algumas secretarias municipais e estaduais já vêm tomando iniciativas nesta direção como a exemplo, da Bahia e São Paulo.

Cabe destacar que, ao estudar a possibilidade de inclusão de novos agravos no sistema de VE, infecciosos ou não, deve ser verificada qual a melhor estratégia para a coleta de dados, a forma de inserção e os objetivos da iniciativa e a capacidade operacional da rede de serviços de saúde. Os objetivos podem ser alcançados através de uma ou mais das metodologias apontadas no item anterior. Entretanto, se houver a necessidade do conhecimento caso a caso do agravo, deve-se incorporá-lo à lista de notificação.

Dependendo do grau de desenvolvimento do sistema local, pode-se ir mais além do atual escopo da vigilância epidemiológica, incorporando-se gradativamente outras informações que contemplem o monitoramento e análise da situação de saúde das populações visando ao enfrentamento mais global dos seus problemas. O progressivo avanço de organização e capacitação dos municípios possibilitarão o desenho de novos modelos assistenciais que atendam à proposta de transformação dos atuais sistemas de vigilâncias de doenças na vigilância em saúde.

3. Desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

Desde o final da década de 80 e início dos anos 90 que se vem discutindo a importância do uso mais sistemático da epidemiologia nos serviços de saúde, visando orientar as estratégias da política de saúde como também para subsidiar as formas de enfrentamento cotidiano dos problemas de saúde^{19, 30, 31}.

Neste último caso, iniciativas foram adotadas pelo CENEPI (1993)²¹ no sentido de reorganizar o Sistema de Vigilância Epidemiológica com vistas a atender a diretriz de descentralização das ações e adotar a epidemiologia como ferramenta de trabalho. Este processo vem sofrendo soluções de continuidade com poucos avanços nesta direção.

Atualmente, o CENEPI vem retomando os esforços para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e, dentre as iniciativas que vêm sendo adotadas, podemos citar:

1. o criterioso processo que está sendo conduzido para a revisão da lista nacional de notificação;

2. a revisão dos instrumentos técnicos e do sistema operacional do SINAN e os esforços para alocar recursos e estimular a sua implantação nos municípios, visando à agilização do uso das informações geradas no SDNC, no nível local do SUS;

3. as discussões sistemáticas com dirigentes das Secretarias Estaduais de Saúde sobre os critérios, formas e recursos para o financiamento do Sistema Nacional de Vigilância, na ótica da descentralização das ações;

4. a participação ativa nas decisões da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) instância definidora dos montantes e formas de financiamento do SUS, visando à alocação de recursos específicos do orçamento do Ministério da Saúde para a VE, com repasses fundo a fundo, para o nível municipal e estadual.

5. a criação da Câmara Técnica de Epidemiologia do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), que participa das reuniões ordinárias deste Conselho, nas quais são discutidas as propostas de desenvolvimento da Vigilância Epidemiológica em todos os níveis do sistema com a participação da Diretoria do CENEPI e representantes das Secretarias Estaduais;

6. o processo de revisão e desenvolvimento de instrumentos e de alocação de recursos para a capacitação em VE, que irão ser disponibilizados para Estados e municípios;

7. captação de recursos extra-orçamentários para a implantação de um novo modelo assistencial denominado Vigilância em Saúde, tendo como principais eixos a vigilância epidemiológica e ambiental (VIGISUS); e

8. elaboração e implantação de projetos para iniciar o processo de vigilância de doenças crônicas não transmissíveis e outros agravos, em articulação com as instituições de pesquisa e da rede de serviços do SUS; entre elas destacamos as parcerias já consolidadas:

• com o Instituto Nacional do Câncer, para monitoramento das neoplasias;

• com o Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia, para monitoramento da hipertensão arterial; e

• com o Centro Latino Americano de

Violência e Saúde - CLAVES/Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), para monitoramento de agravos provocados por causas externas.

Estas iniciativas, que estão sendo tomadas no nível central, são fundamentais para o redirecionamento e funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e deverão ser complementadas pela definição e implantação de estratégias que busquem estimular a melhoria da qualidade e quantidade das notificações, utilizando-se modernos e criativos instrumentos pedagógicos de educação em saúde e técnicas de comunicação, em substituição aos instrumentos legais do regime autoritário.

Na medida em que as instâncias municipais estão sendo incorporadas à gestão e operação do sistema de saúde, entende-se que estas iniciativas devam ser parte integrante do seu elenco de prioridades, com o permanente apoio do CENEPI e Secretarias Estaduais da Saúde, e ainda com discussões e negociações junto às Comissões Intergestoras, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASSEMS).

4. Definição de Normas Técnicas e Definição de Caso

O uso de informações de saúde nas análises epidemiológicas requer a observância de alguns critérios mínimos, que confirmam fidedgnidade aos achados e conseqüentes recomendações que apoiarão a proposta de intervenção. Neste sentido, uma importante preocupação diz respeito à necessidade de padronização da definição de normas e procedimentos técnicos para cada doença e agravo.

*Nesta padronização, especial destaque deve ser dado à **definição de caso** de cada dano, doença ou agravo, visando tornar comparáveis os critérios diagnósticos que regulam a entrada dos casos no sistema, seja como suspeito, compatível ou mesmo como diagnóstico firmado, de acordo com a*

apresentação clínica, diagnóstico laboratorial e situação epidemiológica específica para cada doença.

Nos E.U.A., só em 1990³², foram padronizadas as definições de casos das doenças transmissíveis³². No Brasil, logo após a instituição do SNVE, foi iniciado o processo de definição das normas e instruções de VE, que serviriam como parâmetro técnico para a rede de serviços de saúde⁶. Em 1978, o Manual de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo destacou como item específico das suas normas a definição de caso suspeito e confirmado para cada doença³³. O Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (1986) padronizou estas definições para todo o Brasil⁸. Estas iniciativas conferiram uma certa homogeneidade de critérios, que vêm permitindo a construção de séries históricas, análises de tendências temporais, etc.

A definição de caso de uma doença ou agravo, do ponto de vista da Vigilância, pode se modificar ao longo de um período em conseqüência das alterações na epidemiologia da doença, da intenção de ampliar ou reduzir os parâmetros de ingresso de casos no sistema, aumentando ou diminuindo a sua sensibilidade e especificidade, para atender às necessidades de vigilância, etapas e metas de um programa especial de intervenção. Exemplo claro deste fato encontra-se no Programa de Erradicação do Poliovírus Selvagem, que adotou diferentes critérios nas suas definições de caso suspeito, compatível, provável ou confirmado ao longo da sua trajetória. A última edição do Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde³⁴ atualizou as normas, procedimentos técnicos e definições de caso da maioria das doenças que estão sob vigilância no país, e uma nova edição está em fase final de revisão para publicação.

Estas considerações aqui apresentadas apontam para a necessidade de que os níveis locais e estaduais do sistema, ao tomarem a

iniciativa de acrescentar novos agravos à lista, elaborem com antecedência as normas técnicas e operacionais com particular atenção para as definições de caso.

5. Critérios de Seleção

Dada a natureza específica de cada doença ou agravo à saúde, o processo da notificação é dinâmico, variável em função das mudanças no perfil epidemiológico, dos resultados obtidos com as ações de controle e da disponibilidade de novos conhecimentos científicos e tecnológicos. As normas de notificação devem adequar-se no tempo e no espaço, quanto às doenças consideradas, áreas geográficas abrangidas, conteúdo de informação requerido, critérios de definição de casos, periodicidade da transmissão dos dados, modalidades de notificação e fontes de informação utilizadas. Neste sentido, a cada revisão, faz-se importante a explicitação dos critérios utilizados para seleção das listas nacional, regionais, estaduais, municipais e locais.

As doenças sujeitas ao Regulamento Sanitário Internacional (hoje restrito a três enfermidades: cólera, peste e febre amarela) previsivelmente fazem parte de todas as listas dos países membros da OMS. A seleção de outras doenças e agravos tem obedecido a uma série de critérios e os mais utilizados têm sido os seguintes^{15, 16, 35, 36}.

- **Magnitude** - *doenças com elevada frequência que afetam grandes contingentes populacionais, que se traduzem pela incidência, prevalência, mortalidade, anos potenciais de vida perdidos.*

- **Potencial de disseminação** - *expressa-se pela transmissibilidade da doença, possibilidade da sua disseminação através de vetores e demais fontes de infecção, colocando sob risco outros indivíduos ou coletividades.*

- **Transcendência** - *que se tem definido como um conjunto de características apresentadas por doenças e agravos, de acordo com sua apresentação clínica e epidemiológica,*

das quais as mais importantes são: a severidade medida pelas taxas de letalidade, hospitalizações e seqüelas; a relevância social que subjetivamente significa o valor que a sociedade imputa à ocorrência do evento através da estigmatização dos doentes, medo, indignação quando incide em determinadas classes sociais; e as que podem afetar o desenvolvimento o que as caracteriza como de relevância econômica devido a restrições comerciais, perdas de vidas, absenteísmo ao trabalho, custo de diagnóstico e tratamento, etc.

- **Vulnerabilidade** - *doenças para as quais existem instrumentos específicos de prevenção e controle permitindo a atuação concreta e efetiva dos serviços de saúde sob indivíduos ou coletividades.*

- **Compromissos internacionais** - *o governo brasileiro vem firmando acordos juntamente com os países membros da Organização Panamericana de Saúde / Organização Mundial de Saúde (OPS/OMS), que visam empreender esforços conjuntos para o alcance de metas continentais ou até mesmo mundiais de controle, eliminação ou erradicação de algumas doenças. Exemplo mais expressivo é o do Programa de Erradicação do Poliovírus Selvagem, que alcançou a meta de erradicação proposta para as Américas. Desta forma, teoricamente a poliomielite deveria ser excluída da lista, mas, este programa preconiza a sua manutenção e sugere ainda que se acrescentem as Paralisias Flácidas Agudas, visando à manutenção da vigilância ativa do vírus, para que se detecte a sua introdução em países indenes, visto que o mesmo continua circulando em áreas fora do continente americano.*

Estes critérios devem ser observados e analisados em conjunto e, obviamente, não é necessário para a inclusão de uma doença o atendimento de todos eles. Por outro lado, nem sempre podem ser aplicados de modo linear, desde quando a lista que vai gerar este sistema de informação irá subsidiar a VE, e esta tem que se alicerçar sob bases factíveis e aceitáveis por quem alimenta o sistema, que são

especialmente os profissionais de saúde da rede de serviços. Assim, deve-se ter clareza do motivo e objetivo da notificação, os seus instrumentos e fluxos e as ações que serão colocadas em vigor de acordo com as análises epidemiológicas realizadas. As informações coletadas devem ter utilização prática, para não sobrecarregar os serviços com formulários que não geram informações capazes de aperfeiçoar as atividades do sistema de saúde¹⁵.

Em algumas situações tem-se ponderado a necessidade de inclusão de alguns critérios operacionais que servem ao planejamento do sistema de saúde. Assim, advoga-se que aqueles agravos que requerem uma maior organização para a produção e distribuição centralizada de insumos sejam objeto de notificação compulsória. Esta inclusão vem sendo questionada, por se entender que se deveria criar um sistema alternativo de registro para estas situações.

Também ao se discutir esta relação de doenças, deve-se considerar, de acordo com a apresentação epidemiológica e possibilidades de intervenção, a real necessidade de notificação caso a caso, a existência de outros sistemas de informações que atendam ao objetivo da notificação e a viabilidade de se instituir estratégia alternativa de coleta de dados, tão efetiva quanto a universal e a baixo custo operacional.

6. Epidemias e Agravos Inusitados

Todas as suspeitas de epidemias ou de ocorrência de agravo inusitado devem ser investigadas e imediatamente **notificadas** aos níveis hierárquicos superiores pelo meio mais rápido de comunicação disponível. Mecanismos próprios de notificação devem ser instituídos, definidos de acordo com a apresentação clínica e epidemiológica do evento.

É prudente que os técnicos e dirigentes do nível local do sistema coloquem os outros níveis em alerta para que estes também se organizem operacional e tecnicamente, caso haja a necessidade de atuação mais especializada ou mais abrangente, pois sempre existe a

possibilidade do evento sanitário ultrapassar a capacidade de resolutividade da área de ocorrência. O planejamento adequado dos trabalhos de investigação e da atenção médica e da coleta e transporte de exames para diagnóstico laboratorial, dentro do rigor técnico e científico vigente, mesmo em situações emergenciais, é a chave para se chegar ao correto diagnóstico do agravo ou doença bem como da formulação de hipóteses consistentes e conseqüente controle da situação¹⁶.

A ocorrência das doenças emergentes e reemergentes tem permeado os trabalhos de revisão do Código Sanitário Internacional, visando à notificação mais precoce das entidades clínicas suspeitas para uma maior agilidade na coleta de amostras biológicas para o diagnóstico laboratorial. Desta forma, encontra-se em discussão, ainda não tendo o consenso dos países membros da OMS, a suspensão da notificação internacional por doenças substituindo-a por seis síndromes: febres hemorrágicas, respiratórias agudas, gastrointestinais incluindo as síndromes diarréicas agudas e as síndromes ictéricas agudas, neurológicas agudas e outras síndromes mal definidas. O Brasil e o México foram os países contactados para o desenvolvimento de projetos pilotos para testar esta modalidade de notificação.

Atualmente, as informações das epidemias e agravos inusitados chegam até os diferentes níveis do sistema por telefone, fax, relatórios, comunicações pessoais, etc. Com o desenvolvimento dos meios informatizados de comunicação, outras modalidades de notificação devem ser desenvolvidas e testadas visando facilitar a troca de experiência e contribuições específicas dos "experts" ao processo de investigação, o aperfeiçoamento das medidas de controle, e a pronta informação à sociedade.

7. Lista Brasileira de Doenças de Notificação Compulsória - Exercício de Seleção

Qualquer processo de seleção, opção, ou hierarquização, vem revestido de uma análise subjetiva, sujeitas portanto a juízo de valor dos

atores envolvidos. Com o objetivo de reduzir a influência da subjetividade, decidiu-se pela realização de um exercício de seleção, tomando-se como base 13 critérios, sendo dez deles pontuados em uma escala contínua, de zero a cinco, onde “zero”, significa a menor possibilidade da doença ser incluída na Lista

Brasileira e “cinco” a maior possibilidade de incluí-la (Tabela 1).

Trabalhou-se, inicialmente, com uma lista de 32 doenças. A peste, o cólera e a febre amarela foram incluídas utilizando-se como critério único de inclusão o fato de serem as

Tabela 1 - Critérios utilizados no exercício da seleção das doenças de notificação compulsória

<i>Critérios utilizados no exercício de seleção das doenças de notificação compulsória</i>
<i>Magnitude</i>
<i>Potencial de disseminação</i>
<i>Transcedência</i>
<i>Severidade</i>
<i>Relevância social</i>
<i>Relevância econômica</i>
<i>Vulnerabilidade</i>
<i>Valor da notificação</i>
<i>Necessidade de conhecer caso a caso*</i>
<i>Existência de outros sistemas*</i>
<i>Estratégias alternativas*</i>
<i>Valor da notificação</i>
<i>Inclusão na política de saúde</i>
<i>Compromisso internacional</i>
<i>Notificação internacional</i>

* Critérios avaliados de forma dicotômica como sim ou não.

Tabela 2 - Lista de doenças avaliadas

<i>Doenças avaliadas</i>		
<i>AIDS</i>	<i>Hanseníase</i>	<i>Poliomielite</i>
<i>Cólera</i>	<i>Hepatites virais</i>	<i>Raiva humana</i>
<i>Coqueluche</i>	<i>Leishmaniose tegumentar</i>	<i>Rubéola</i>
<i>Dengue</i>	<i>Leishmaniose visceral</i>	<i>Rubéola congênita</i>
<i>Difteria</i>	<i>Leptospirose</i>	<i>Sarampo</i>
<i>Doença de Chagas aguda</i>	<i>Malária - área endêmica</i>	<i>Sífilis congênita</i>
<i>Doença meningocócica</i>	<i>Malária - área não endêmica</i>	<i>Teníase/cisticercose</i>
<i>Esquistossomose - área endêmica</i>	<i>Meningite tuberculosa</i>	<i>Tétano</i>
<i>Esquistossomose - área não endêmica</i>	<i>Oncocercose</i>	<i>Tétano neonatal</i>
<i>Febre amarela</i>	<i>Outras meningites</i>	<i>Tuberculose</i>
<i>Febre tifóide</i>	<i>Peste</i>	

três de notificação compulsória internacional (Tabela 2).

A pontuação máxima que uma doença poderia alcançar neste exercício era de 50, tendo-se optado, em uma primeira abordagem, por definir 25 como o ponto de corte. Assim, os agravos com pontuação igual ou superior a 25 foram incluídos nesta lista inicial. Não houve dissenso, no grupo, em relação a que todas essas doenças deveriam constar na Lista Brasileira de Doenças de Notificação Compulsória - LBDNC. Todas as demais doenças, com pontuação igual ou inferior a 24 pontos, mereceram uma segunda análise quanto à pertinência de sua inclusão ou exclusão na lista. Como exemplo, a peste, mesmo com 19 pontos, pelo uso do critério absoluto mencionado, teria que ser incluída. Assim, a lista preliminar obtida foi composta de 16 doenças (Tabela 3).

Nas demais 16 doenças, em três, não houve consenso de inclusão ou exclusão, entre o grupo formulador deste documento, nem entre os coordenadores de áreas específicas do Ministério da Saúde, reunidos em 18/05/98, em Brasília/DF.

8. Avaliação da lista preliminar de doenças de notificação compulsória - Fórum de Salvador, Bahia.

Os autores optaram por levar a discussão dos dissensos para um fórum realizado em Salvador, Bahia, em 2 de junho de 1998. Os participantes desse fórum tiveram acesso a este

documento com antecedência. Houve concordância em 75% da lista inicial apresentada no exercício de seleção feito pela Comissão e reabriu-se a discussão dos critérios de pontuação propostos manifestando-se pela inclusão de seis agravos - Hepatite B, Hantavírus, Doenças do Trabalho, Intoxicações por Agrotóxicos, Paralisias Flácidas Agudas e Eventos Adversos às Vacinas - e a exclusão da Coqueluche, do Tétano Acidental, da Esquistossomose em áreas endêmicas, da Leishmaniose Tegumentar Americana, da Oncocercose e Filariose.

Para cada um dos agravos listados no parágrafo anterior, argumentos favoráveis e desfavoráveis à inclusão ou exclusão foram explicitados, o que provocou um rico debate. Neste processo, decidiu-se que, na inexistência do consenso quanto à exclusão de uma doença, já contida na lista da última Portaria Ministerial (1996), recomendava-se sua permanência. E as proposições de inclusão de outros agravos só seria incorporada à Lista Brasileira de Doenças de Notificação Compulsória quando houvesse consenso. A opção por esta metodologia de trabalho foi orientada pelo entendimento de que tal lista deve ser alterada de acordo com a dinâmica de evolução do Sistema de Vigilância Epidemiológica e que o processo de discussão, inclusão e exclusão não se conclui após sua publicação no Diário Oficial da União. Na Tabela 4 descrevem-se os argumentos que

Tabela 3 - Lista preliminar de doenças de notificação compulsória

<i>Lista preliminar de doenças de notificação compulsória</i>	
<i>Febre amarela</i>	<i>Tétano neonatal</i>
<i>Poliomielite</i>	<i>Doença meningocócica</i>
<i>Dengue</i>	<i>Hanseníase</i>
<i>Sarampo</i>	<i>AIDS</i>
<i>Cólera</i>	<i>Tuberculose</i>
<i>Difteria</i>	<i>Malária - área não endêmica</i>
<i>Meningite tuberculosa</i>	<i>Raiva humana</i>
<i>Doença de Chagas aguda</i>	<i>Peste</i>

Tabela 4 - Reavaliação das doenças que obtiveram pontuação igual ou inferior a 24 pontos

<i>Doença</i>	<i>Inclusão/ Exclusão</i>	<i>Argumentos</i>
Rubéola	Incluída	Devido à sua alta vulnerabilidade, pois possui vacina capaz de deter seu elevado potencial de disseminação. Hoje a imunização da população na faixa etária de 1 a 11 anos de idade é parte do elenco de atividades do Programa Nacional de Imunizações. A vacinação com a tríplice viral está sendo ampliada para todas as unidades federadas com vistas ao controle desta doença em todo o território nacional.
Malária - área endêmica	Excluída	A elevada frequência da malária nas áreas endêmicas dificulta a notificação de todos os casos. O Sistema de Registro que vem sendo adotado é feito através do número de lâminas positivas para plasmódio.
Coqueluche	Excluída	Apesar de ser uma doença prevenível por imunização, o seu diagnóstico laboratorial é difícil. Grande parte das notificações e investigações é da Síndrome Coqueluxóide ocasionada por diferentes agentes etiológicos, não se tendo condições de confirmar ou descartar os casos. O uso da notificação não serve para acompanhar a efetividade da vacina, pois se melhorarmos a qualidade da vigilância epidemiológica, o que geralmente é acompanhado pelo aumento da cobertura vacinal, estaremos aumentando relativamente a incidência da Síndrome, não significando falha destas coberturas.
Tétano	Incluída	Doença com alta vulnerabilidade, e a vacina faz parte da rotina de imunização do Programa Nacional de Imunizações, além de que a notificação de um caso de tétano constitui-se em importante indicador na falha da vacinação, e vigilância epidemiológica. Recomenda-se um estudo piloto usando como fonte de informações o SIH/SUS, para monitoramento do tétano.
Rubéola congênita	Incluída	Tendo em vista a perspectiva de controle da rubéola através da vacinação em massa e na rotina, com possibilidade de deslocamento de faixa etária desta doença o que impõe a necessidade de monitoramento da ocorrência de casos congênitos.
Sífilis congênita	Incluída	Até 1993, o Sistema de Investigação e Notificação da Sífilis Congênita no país detectava apenas os casos de sífilis congênita sintomáticos ao nascimento ou mais tardiamente, já com seqüelas na sua maioria irreversível, com grande subnotificação dos casos existentes. A partir de 1993, o Ministério da Saúde passou a ser signatário do acordo de eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública nas Américas, adotando a estratégia de detecção ativa e precoce dos casos de sífilis congênita, seu tratamento adequado das mães e crianças, e detecção e correção das causas da ocorrência do evento. A estratégia inicial adotada foi a sensibilização e treinamento dos principais serviços de pré-natal e maternidades do país, onde o evento e suas causas seriam mais precocemente detectados. O aumento da notificação de casos na localidade onde os profissionais desses serviços foram treinados demonstra a adequação da estratégia. A Coordenação Nacional de DST/AIDS tem como meta o treinamento de cerca de 500 serviços por ano distribuídos em todo o país, atingindo até o ano 2000 cerca de 4000 serviços de investigação ativa dos casos de sífilis congênita. A partir do segundo semestre deste ano, a coordenação dessas atividades deverá ser desenvolvida de maneira descentralizada. Esforços também estão sendo despendidos no sentido de utilização do SINAN enquanto instrumento de notificação de casos detectados de sífilis congênita em todo o país. A notificação universal dos casos para instituir tratamento e adoção das medidas de controle é importante para consecução da meta de eliminação proposta.
Outras meningites	Incluída	A notificação de todos os casos de meningite, independentemente de sua etiologia aumenta a sensibilidade do sistema evitando a perda de casos de Meningite Meningocócica, por <i>Haemophilus</i> e por Tuberculose, que são importantes para a vigilância epidemiológica.

(cont...)

Tabela 4 - Reavaliação das doenças que obtiveram pontuação igual ou inferior a 24 pontos (cont.)

<i>Doença</i>	<i>Inclusão/ Exclusão</i>	<i>Argumentos</i>
<i>Meningite por H. influenzae</i>	<i>Incluída</i>	<i>Em virtude dos atuais avanços nos instrumentos de controle específicos para este agente etiológico (quimioprofilaxia e vacina).</i>
<i>Peste</i>	<i>Incluída</i>	<i>Doença de Notificação Internacional, prevista no regulamento Sanitário Internacional</i>
<i>Hepatites virais</i>	<i>Excluída</i>	<i>A exigência da notificação universal das hepatites virais, lato sensu, tal como consta na atual lista de notificação compulsória, tem pouco a contribuir para a vigilância epidemiológica da doença, tendo em vista os distintos significados dos tipos específicos de hepatites virais, do ponto de vista epidemiológico e das ações de controle.</i>
<i>Hepatite B</i>	<i>Incluída</i>	<i>Em virtude da severidade da doença e atualmente já existem medidas de controle eficazes já em uso no país.</i>
<i>Febre Tifóide</i>	<i>Incluída</i>	<i>É uma doença de veiculação hídrica sendo a magnitude de sua ocorrência uma medida indireta das condições sanitárias, principalmente no que diz respeito ao suprimento e qualidade da água utilizada. A investigação precoce dos casos, fundamentalmente dos casos índices, poderá interferir na cadeia de transmissão diminuindo a magnitude dos surtos, o que justifica o conhecimento caso a caso. Recomenda-se também seu monitoramento através do SIH/SUS.</i>
<i>Leishmaniose visceral</i>	<i>Incluída</i>	<i>Doença emergente em franca expansão territorial com magnitude ascendente, estando distribuída em várias regiões, inclusive atingindo populações periurbanas. É uma doença grave com elevada taxa de letalidade particularmente em crianças (chegando alcançar 20% quando não são precoce e devidamente tratadas). A notificação faz-se necessária desde quando os casos humanos são marcadores do foco possibilitando a investigação oportuna com diagnóstico de novos casos e a pronta atuação podem controlar a ocorrência de novas infecções.</i>
<i>Esquistossomose área endêmica</i>	<i>Excluída</i>	<i>Pela elevada frequência e possibilidades de reinfeções após tratamento a notificação caso a caso não se coloca como instrumento adequado para desencadeamento ou avaliação das ações de controle.</i>
<i>Leishmaniose tegumentar americana</i>	<i>Excluída</i>	<i>Mesmo sendo hoje questionável a afirmação que a LTA seja uma doença focal em virtude de sua expansão em grandes áreas do território nacional, a notificação caso a caso da doença não se justifica. Isto porque suas apresentações clínicas são confundidas com muitas outras lesões de mucosa e pele o que torna as notificações da LTA de baixa fidedignidade e o sistema de vigilância dessa doença não investiga os casos para confirmação diagnóstica. Além disso, é uma doença de pouca gravidade e que não dispõe de técnicas imediatas de controle.</i>
<i>Oncocercose - área endêmica</i>	<i>Excluída</i>	<i>Problema focal (Amazonas e Roraima), cuja a notificação para o nível nacional não interfere nas ações de controle. Devido a iniciativa internacional (OMS) para sua eliminação recomenda-se especial atenção a seu monitoramento nas duas unidades federadas acometidas, através de instrumentos definidos segundo as estratégias de controle.</i>
<i>Oncocercose - área não endêmica</i>	<i>Excluída</i>	<i>Por se tratar de doença focal e com baixo potencial de disseminação.</i>
<i>Esquistossomose - área não endêmica</i>	<i>Excluída</i>	<i>O controle da esquistossomose em áreas endêmicas ou não baseia-se fundamentalmente em ações sobre o meio ambiente, não havendo necessidade do conhecimento de cada caso para o desencadeamento de ações. O controle de medicamentos constitui-se em mecanismo suficiente para manutenção do Sistema de Informações.</i>
<i>Teníase e Cisticercose</i>	<i>Excluídas</i>	<i>Seu monitoramento poderá ser feito em estreita articulação com os governos estaduais através de áreas sentinelas, além da investigação de surtos.</i>
<i>Leptospirose</i>	<i>Excluída</i>	<i>Pela característica focal da doença cujas medidas específicas de controle estão ligadas ao saneamento básico das grandes cidades recomendando-se a notificação nas áreas de ocorrência.</i>

nortearam a inclusão ou exclusão desses agravos.

As doenças que compõem a proposta final da Lista Brasileira de Doenças de Notificação Compulsória encontram-se relacionadas a seguir:

- Cólera
- Dengue
- Difteria
- Doença de Chagas (casos agudos)
- Doença Meningocócica e Outras Meningites
- Febre Amarela
- Febre Tifóide
- Hanseníase
- Hepatite B
- Leishmanioses Visceral
- Malária em área não endêmica
- Meningite por *Haemophilus influenzae*
- Meningite por tuberculose
- Peste
- Poliomielite / Paralisia Flácida Aguda
- Raiva Humana
- Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita
- Sarampo
- Sífilis Congênita
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
- Tétano
- Tuberculose

9. Conclusões e Recomendações Finais

Todos os aspectos apontados neste documento indicam que a elaboração de uma lista nacional de doenças notificáveis deve ser bastante cuidadosa e restritiva, em obediência aos critérios estritos e definidos como de

relevância nacional e de efetiva utilização das informações coletadas. Esse último aspecto vincula-se, por sua vez, ao pressuposto de que os órgãos encarregados da vigilância epidemiológica - no caso do nível central do Ministério da Saúde - esteja capacitado para responder adequadamente às notificações recebidas e de promover os ajustes no sistema, segundo necessidades oportunamente identificadas. As seguintes recomendações devem ser levadas em consideração:

- *Os Estados e Municípios devem discutir a inclusão de outras doenças e agravos à lista nacional, visando ao fortalecimento dos sistemas locais de vigilância epidemiológica para o enfrentamento dos problemas de saúde, de acordo com o quadro epidemiológico em cada uma dessas esferas de governo.*

- *A notificação e investigação de qualquer caso e/ou surto deve, obrigatoriamente, obedecer a definição de caso de cada agravo publicado no Guia de Vigilância Epidemiológica do CENEPI/FNS/MS, ou das atualizações emanadas das coordenações de áreas específicas do Ministério da Saúde.*

- *Todo e qualquer surto de doença ou ocorrência de agravo inusitado, independentemente de constar na lista de doença de notificação compulsória, deve obrigatoriamente ser notificado ao Ministério da Saúde e investigado.*

- *A substituição da notificação compulsória por outro sistema de informações considerado mais sensível para a vigilância epidemiológica nacional não deve ser feita abruptamente. É indispensável que os dois sistemas sejam mantidos em funcionamento, simultaneamente, durante o período de tempo necessário a se estabelecer parâmetros de correlação entre ambos, para fins de comparabilidade. Neste sentido, as séries históricas das doenças excluídas da atual lista de notificação compulsória devem ser publicadas no Informe Epidemiológico do SUS, destacando-se este procedimento e quais as*

formas de registro que serão adotados, visando evitar falsas interpretações dos dados.

- Nas situações em que o conhecimento da ocorrência de casos destina-se, primordialmente, ao planejamento do suprimento de insumos (medicamentos, diagnóstico, etc.) as informações devem ser obtidas mediante a consolidação de dados de registro da produção de serviços.

- O estabelecimento de uma lista de doenças de notificação pressupõe a utilização sistemática dos dados para orientar medidas de intervenção. Nesse sentido, é requerida a capacitação técnico-operacional dos órgãos responsáveis pela vigilância epidemiológica, em todos os níveis, para o processamento, análise e disseminação de informações decorrentes da notificação.

- Para que as recomendações feitas possam ser implementadas, é necessário que os dirigentes da área de epidemiologia, das três esferas de governo, envidem esforços no sentido de alocar recursos financeiros e habilitar recursos humanos para o desencadeamento das ações de vigilância epidemiológica, seja através da notificação compulsória, seja através dos demais métodos propostos.

- É importante reiterar que o fato de não estar na LBDNC não pressupõe a desativação dos outros métodos epidemiológicos de monitoramento e investigação das doenças porventura excluídas.

- É fundamental o estreitamento da articulação entre as instâncias de epidemiologia e as instâncias de assistência à saúde, nas três esferas de governo, com vistas a obter sinalização do SIH/SUS, de qualquer ocorrência das doenças de notificação compulsória, assim como de qualquer doença de investigação epidemiológica. Pode-se iniciar a discussão do processo de sinalização com as 32 doenças apresentadas na Tabela 2.

- A articulação mencionada no item anterior pode também discutir a possibilidade de estipular Índices de Valorização de Resultados-IVR, durante o processo de habilitação dos municípios na NOB-96, contemplando os municípios com melhores sistemas de vigilância epidemiológica, indo-se além da obrigatoriedade de apresentação dos sistemas de informações epidemiológicas, visando ao estímulo ao desenvolvimento da VE. Outra alternativa é que o próprio CENEPI avalie, dentro da disponibilidade orçamentária, a possibilidade de privilegiar esses municípios na sua programação.

- De acordo com as normas de procedimentos de vigilância epidemiológica, todos os casos suspeitos das doenças de notificação compulsória devem ser investigados.

- O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica compreende, além da lista das doenças de notificação compulsória, numerosos outros sistemas de informação que podem e devem ser trabalhados no sentido de melhorar a qualidade das atividades de VE em nosso país. Entre outros destacamos: o sistema do Programa Nacional de Imunizações; os sistemas dos programas de controle de endemias; o sistema de monitoramento de doenças ou agravos selecionados; o sistema sentinela para doenças emergentes; e o acompanhamento da situação de saúde em áreas sentinelas.

Anexo

Reunião com os coordenadores de áreas específicas do Ministério da Saúde para a 1ª revisão deste documento - OPAS, 18 de maio de 1998.

Participantes:

- Jarbas Barbosa da Silva Júnior – CENEPI/Ministério da Saúde
- João Batista Risi Júnior – OPAS
- Gerson Oliveira Penna – UNB/HUB
- Maria da Glória Teixeira – ISC/UFBA-ABRASCO - SESAB

- *Albertino Alexandre Maciel* – CCDTV-DEOPE/FNS
 - *Romeo Rodrigues Fialho* – GT-Malária/CCDTV/DEOPE/FNS
 - *Giovanini Coelho* – GT-Endemias Focais-CCDTV/DEOPE/FNS
 - *Márcio Costa Vinhaes* – GT-Chagas/CCDTV/DEOPE/FNS
 - *Maria Goretti P. Fonseca Medeiros* – CN-DST/AIDS
 - *Ana Rosa dos Santos* – COLAB/CENEPI/FNS
 - *Edwin Antonio Solorzano Castilho* – CNDI/CENEPI/FNS
 - *Denise Maria Moraes* – CNDE/CENEPI/FNS
 - *Maria Leide Oliveira* – CNDS/CENEPI/FNS
 - *Maria Fernanda Sardella Alvim* – SINAN/CENEPI/FNS
 - *Carla Magda Domingues* – SINAN/CENEPI/FNS
 - *Josué Laguardia* – SINAN/CENEPI/FNS
 - *José Cássio de Moraes* – CVE/SES/SP
 - *Francisco Anilton Araújo* – CCZAP/CENEPI/FNS
 - *Expedito Luna* – CVE/SES/SP
 - *Maria Lúcia Penna* – IMS/UERJ
 - *Antônio Rufino Netto* – CNPS/CENEPI/FNS*
- Reunião com membros de instituições acadêmicas e representantes de Secretarias Estaduais de Saúde, CONASS, CONASEMS e OPAS para conclusão da revisão deste documento - Salvador, Bahia - 01 e 02 de junho de 1998.**

Participantes:

- *Ana Lúcia Fontes Eppinghaus* - CONASEMS
- *Ana Rosa dos Santos* – COLAB/CENEPI/FNS
- *Carla Magda Domingues* – SINAN/CENEPI/FNS
- *Elizabeth Santos** – IEC/FNS/PA

* Justificou ausência

- *Expedito Luna* – CVE/SES/SP
- *François Figueiroa* – SES/PE
- *Gerson Oliveira Penna* – UNB/HUB
- *Gilberto Tanós Natalini* – CONASEMS
- *Guilherme Rodrigues da Silva* – USP/SP
- *Ivone Perez de Castro* – SES/DF
- *Jarbas Barbosa da Silva Júnior* – CENEPI/FNS/MS
- *João Batista Risi Júnior* – OPAS
- *José Cássio de Moraes* – CVE/SES/SP
- *José Tavares Neto* – UDAI/UFBA
- *Josué Laguardia* – SINAN/CENEPI/FNS
- *Julio Muller Neto** - CONASS
- *Leticia Nobre* – Comitê Técnico-Científico de Saúde do Trabalhador/MS
- *Luís Jacinto** - USP/SP
- *Luiza de Marillac* – SES/CE
- *Maria Angélica Curia Ceveira* – SES/PR
- *Maria da Glória Teixeira* – ISC/UFBA-SESAB
- *Maria Fernanda Sardella Alvim* – SINAN/FNS
- *Maria Lúcia Penna* – IMS/UERJ
- *Marlene Tavares Barros de Carvalho* – DVE/SES/BA
- *Maurício Lima Barreto* – ISC/UFBA
- *Naomar de Almeida Filho* – ISC/UFBA
- *Paulo Buss** – ENSP/FIOCRUZ
- *Paulo Sabroza* – ENSP/FIOCRUZ
- *Rita de Cássia Barradas Barata* – ABRASCO
- *Ruy Laurenti** – USP/SP
- *Susan Pereira Martins* – ISC/UFBA
- *Vanize Macedo** - NMT/UNB
- *Wilson Alecrim* – IMT/AM

Agradecimentos

Os autores da Revisão da Lista Brasileira de Doenças de Notificação Compulsória e os participantes das três reuniões que envolveram o processo de revisão fazem questão de registrar os agradecimentos pelo reconhecimento dos trabalhos de digitação,

editoração e diagramação dos documentos, a Edite Damásio da Silva. À Profa. Maria Lúcia Penna, ao Dr. João Batista Risi Júnior e à Dina Carvalho pela organização e operacionalização das reuniões do ISC, UERJ/RJ, OPAS/DF e ISC/UFBa/BA, respectivamente. Agradecemos ainda, à Maria Solange Faustino, ao Erivaldo Oliveira Nascimento e à Ivonete da Silva Nascimento pelo apoio durante todo o trabalho.

9. Bibliografia

1. OPAS, Organización Panamericana de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. Publicación Científica, N° 157, Washington, DC, 1968.
2. OMS, Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (1969). Tercera edición anotada. Ginebra, 1983.
3. WHO, Revision of the International Health Regulations. Reprinted from WHO Weekly Epidemiological Record, N° 31, p. 233-235, aug.1996.
4. BRASIL, Departamento de Imprensa Nacional/Diário Oficial da União, – Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961.
5. Risi Júnior JB. Considerações sobre a publicação de dados epidemiológicos pelo Ministério da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS Ano I**, N° 4:27-32, 1992.
6. BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde/ Divisão Nacional de Epidemiologia. *Vigilância Epidemiológica e Imunizações – Legislação Básica 4ª Edição*, Brasília, 1978.
7. BRASIL, Departamento de Imprensa Nacional / Diário Oficial da União, – Portaria GM 542. Seção I, p. 19827, 24 de dezembro de 1986.
8. BRASIL, Ministério da Saúde / Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde / Divisão Nacional de Epidemiologia. *Guia de Vigilância Epidemiológica: normas e instruções*. 2ª ed, revisada e atualizada, 138p, Brasília, 1986.
9. BRASIL, Departamento de Imprensa Nacional / Diário Oficial da União, Portaria GM 1.100. Seção I, de 24 de maio de 1996.
10. LEI N° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU 20/9/90. Seção I p.18055-18059.
11. Fossaert DH, Llopis A, Tigre CH. *Sistemas de vigilância epidemiológica*. **Boletim da Oficina Panamericana** 76:512-525, 1974.
12. BRASIL, Departamento de Imprensa Nacional / Diário Oficial da União, – Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).
13. Silva LP, Chequer PJ. *Sistema de informação em saúde e a vigilância epidemiológica*. In: **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Brasília, Brasil, 1994.
14. Carvalho DM. *Sistemas de informação e alocação de recursos: um estudo sobre as possibilidades de uso das grandes bases de dados nacionais para uma alocação orientada de recursos*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1998.
15. Teixeira MG, Risi Júnior JB. *Vigilância Epidemiológica*. In: *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Brasília, Brasil, 1994.
16. Teixeira MG, Costa MCM. *Vigilância Epidemiológica*. In: *Manual de normas e procedimentos técnicos em vigilância epidemiológica*. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Saúde, Gerência de Vigilância Epidemiológica, Salvador, 1990.

17. Moraes IHS. *Sistemas de informações em saúde: reflexões sobre sua prática fragmentada*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991, 342 p.
18. CONSTITUIÇÃO, República Federativa do Brasil. *Empresa Gráfica da Bahia, Salvador, 1988*.
19. Paim SJ, Teixeira MG. *Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde*. In: *Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica*. FNS, CENEPI Brasília, 1993.
20. Waldman EA. *Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública*. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. São Paulo, 1991, 228 p.
21. ANAIS. *Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. Objetivos, estrutura e atribuições do Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI*. Brasília; FNS, CENEPI, 1993.
22. Stroup NE, Zack MM, Wahrton M. *Sources of routinely collected data for surveillance*. In: *Principles and practice of public health surveillance*, New York Oxford University Press, p. 31 -80, 1994.
23. Rutstein DD, Mullan RJ, Frazier JM, Halperin WE, Melius JM, Sesito JP. *Sentinel health events (occupational); a basis for physician recognition and public health surveillance*. **American Journal Health** 73: 1054-62, 1983.
24. UNICEF, *Fundo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Oficina de Area de la Centro America. *Monitoreo y evaluacion por medio de sitios centinela: su importancia, impacto y futuro*. Guatemala, 1991.
25. Castellanos PL. *Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud segun condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bien estar*. Programa de *analises de la situación de salud y sus tendencias*. OPAS/OMS, 53 p. 1991.
26. Samaja J. *Muestras y representatividad en vigilancia epidemiológica mediante sitios centinelas*. **Cadernos de Saúde Pública** Rio de Janeiro, 12 (3):309-319, 1996.
27. Laurenti R. *Transição demográfica e transição epidemiológica*, In: *ABRASCO, 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Campinas, SP. 2-6, set, 1990. *ANAIS*, p. 143-165.
28. Barreto LB, Carmo HE. *Situação de saúde população brasileira: tendências históricas, determinantes, implicações para as políticas de saúde*. **Informe Epidemiológico do SUS Ano III**, nº 3/4:7-34, 1994.
29. Duarte JD. *Polarização epidemiológica*. **Informe Epidemiológico do SUS Ano I**, Nº 2:5-16, 1992.
30. Centro Nacional de Epidemiologia/Fundação Nacional de Saúde / Ministério da Saúde. *Relatório final do seminário nacional de epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. **Informe Epidemiológico do SUS Ano II**, Nº 4:21-32, 1993.
31. ABRASCO. *Plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil*. (Proposta elaborada no seminário “Estratégias para o desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil”, realizado em Itaparica, BA, maio de 1989), 40 p.
32. Koo D, Wharton M, Birkhead G, Centers for diseases control and prevention (CDC). *Case definitions for infectious conditions under public health surveillance*. **MMWR** 1997; 46 (Nº.RR-10).
33. SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde/ Centro de Informações de Saúde. *Manual de Vigilância Epidemiológica*, 1978.
34. BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual de Vigilância Epidemiológica e Imunizações: normas e instruções*, 229 p., Brasília, 1994.

35. Teutsch SM. *Considerations in planning a surveillance system. In: Principles and practice of public health surveillance, New York, Oxford University Press, p. 18-30, 1994.*
36. *Centers for diseases control and prevention (CDC). Diretrizes para avaliação de sistemas de vigilância. MMWR, v. 37, n° 5, maio de 1988. Supl. Tradução em português pela Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/SIDA-AIDS, 1989.*