

# VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA<sup>1</sup>

[Epidemic surveillance]

Maristela Salete Maraschin\*  
Telma Elisa Carraro\*\*

**RESUMO:** O presente estudo teve a intencionalidade de realizar um resgate histórico dos registros das doenças, suas causas, sua forma de enfrentamento, assim como da epidemiologia. As primeiras intervenções no campo da prevenção e controle das doenças, desenvolvidas sob bases científicas modernas, datam do início do século XX, sendo orientadas pelo avanço da era bacteriológica e pela descoberta dos ciclos epidemiológicos de algumas doenças infecciosas e parasitárias. A evolução histórica dos registros das doenças e dados vitais culminou com a organização de um sistema de vigilância epidemiológica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vigilância epidemiológica, Epidemiologia, Registro de doenças.

## 1 INTRODUÇÃO

Objetiva-se, com este estudo, realizar uma busca na história dos registros das doenças, bem como, as raízes da epidemiologia, que confundem-se com a evolução das teorias sobre as causas das doenças. O conhecimento do passado é essencial para entender a situação atual, sobretudo a atitude dos técnicos e da população em face às doenças e nas maneiras de enfrentá-las.

As primeiras intervenções no campo da prevenção e controle de doenças, desenvolvidas sob bases científicas modernas, datam do início do século vinte e foram orientadas pelo avanço da era bacteriológica e pela descoberta dos ciclos epidemiológicos de algumas doenças infecciosas e parasitárias (Teixeira; Risi Júnior, 1999). Essas intervenções

se constituíram na organização de grandes campanhas sanitárias, objetivando o controle das doenças que pudessem comprometer principalmente a atividade econômica, assim como a febre amarela e a varíola.

A vigilância das doenças tem deixado sulcos profundos na história da humanidade, sendo marcada por cenas de tragédia e glória, que culminam com a doença ou até mesmo com a morte do indivíduo ou da coletividade.

Na época dos gregos e romanos as crianças eram registradas com a finalidade de saber o número de pessoas aptas para a guerra e para fins de pagamento de tributos (Laurenti; Silveira, 1976).

Na era cristã, os registros de nascimentos passaram a ser feitos por autoridades eclesiásticas, podendo esta ser considerada a verdadeira origem dos atuais registros. Esses, porém eram falhos, não só em qualidade, como na responsabilidade dos registros que era de cada pároco da comunidade e não havia modelo pré estabelecido para os mesmos. Pelo fato de ser realizado pela Igreja Católica, não eram extensivos às demais seitas religiosas. Os registros eclesiásticos sistematizados passaram a ser feitos algum tempo mais tarde, o qual toda a Igreja Católica passaria a ter um regime regular para os registros desses fatos (Laurenti; Silveira, 1976).

Ainda conforme Laurenti & Silveira (1976) esta atividade passou a ser de responsabilidade do Estado, algum tempo depois, quando os primeiros registros ocorreram entre os INCAS, no Peru e nas Colônias da Baía de New Plymouth e Massachussts. A secularização do registro civil ocorreu logo após a adoção do código de Napoleão (1804), na França, tendo então o Estado a responsabilidade de registrar os nascimentos, casamentos e óbitos. Atualmente, os registros sistemáticos e contínuos dos fenômenos vitais são obrigatórios por lei, em quase todo o mundo.

Além do interesse do registro civil de nascimento, através destes dados, também tem a importância para o campo da saúde, para a estatística vital, para a epidemiologia e para o planejamento. Na saúde, estes dados constituem-se em fontes para o planejamento de ações de prevenção, verificação das condições sociais, educacionais, moradia,

<sup>1</sup> Texto extraído da dissertação de mestrado intitulada "O Processo de Notificação das Doenças Obrigatórias: uma abordagem problematizadora". Defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Interinstitucional – UFSC/UFPR, 2000.

\* Enfermeira, Professora Assistente do Colegiado de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel/Pr, mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC.

\*\* Enfermeira, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, coordenadora do Grupo de Estudos em Metodologia da Assistência de Enfermagem – GEMA, do Departamento de Enfermagem da UFPR.

trabalho, morbidade, faixa etária, entre outros, são imprescindíveis para que tomemos decisões para melhorar o nível de saúde de uma determinada população.

Na área da saúde, geralmente, trabalhamos com números para avaliar o nível de saúde de uma população, produzindo assim, os indicadores de saúde (Andrade et al., 2001). Evidentemente, as formas de explicar e entender as situações e problemas, tendo como base a informação, pode variar, dependendo da vivência e visão de mundo de cada profissional.

John Graunt (1620-1674), em 1662, usando o número de mortes em Londres, interpretou por raciocínio indutivo e demonstrou a regularidade de certos fenômenos sociais e vitais, notou, por exemplo, que as mortes devido a vários distúrbios físicos e emocionais e até certos incidentes guardavam no número total de sepultamentos uma proporção constante. Também indicou que nasciam mais homens do que mulheres, a igualdade numérica, aproximada, dos sexos; a proporção de nascimentos e mortes na cidade e no campo, a supremacia da taxa de mortes na cidade sobre o campo e as variações da taxa de mortes segundo as estações climáticas (Rosen, 1994).

Com a Revolução Industrial, iniciada por volta de 1750, na Inglaterra e um pouco mais tarde em outros países, ocorreu um deslocamento das populações do campo para as cidades, atrás de emprego, nas recém criadas fábricas. Epidemias de cólera, febre tifóide e febre amarela, constituíam graves problemas nas cidades, levando à preocupação com a higiene, ao aprimoramento da legislação sanitária e à criação de uma estrutura administrativa para aplicar as medidas preconizadas. A explicação das causas das doenças era defendida entre a teoria dos miasmas e a dos germes (Pereira, 1995).

*“A teoria dos miasmas (século XIX), defende que os surtos epidêmicos de doenças infecciosas seriam causados pelo estado da atmosfera. Sustentava-se essa teoria, em geral, numa versão, segundo a qual condições sanitárias criavam um estado atmosférico, que vinha a causar doenças”.* (Rosen, 1994, p.211)

Vários cientistas franceses representavam correntes de pensamento que influenciariam a epidemiologia, entre eles destacou-se John Snow, que conduziu trabalhos de campo voltados à elucidação de epidemias de cólera e Luis Pasteur, que realizou investigações no campo da microbiologia (Pereira, 1995).

Hipócrates, médico grego que viveu há cerca de 2.500 anos (a. C.), analisava as doenças com bases racionais, afastando-as do sobre-natural. As doenças para ele eram produto da relação complexa entre a constituição do indivíduo

e o ambiente que o cercava. Estudou as doenças epidêmicas e as variações geográficas das endêmicas. Esta tradição foi mantida por Galeno, na Roma antiga, preservada por Árabes na Idade Média e retomada por clínicos na Europa Ocidental. A origem das doenças na teoria miasmática era proveniente da má qualidade do ar, oriundas de animais e plantas (Pereira, 1995).

No início do século XVIII, a varíola era endêmica nas cidades da Grã-Bretanha e do Continente Europeu e uma das principais causas de mortalidade. O impacto da doença se revela em várias afirmações e estimativas a respeito de sua mortalidade e de seus efeitos sobre a população. Willian Douglas (1760), registrou a varíola como uma das primeiras causas de mortalidade infantil na Europa. Em Berlim, de 1758 a 1774, a enfermidade levou 6.705 vidas, das quais, 5.876 eram crianças com até cinco anos (Rosen, 1994).

As cifras de esperança de vida são um resumo da mortalidade dos diferentes grupos etários de uma população, calculadas sobre a base das chamadas tábuas de vida, foram originalmente elaboradas com o propósito de calcular o valor das apólices de seguro de vida. O interesse das estatísticas que levaram a cabo estes cálculos não foi primordialmente o conhecimento das diversas expressões da mortalidade num conglomerado social, mas sim a mensuração média de vida do segurado (Breilh, 1991).

Willian Farr (1807-1883), estatístico inglês, elaborou com fins classificatórios, sua análise do fenômeno mórbido e construiu o esqueleto lógico que permitiu distribuir as doenças em compartimentos, como entidades isoladas e desarticuladas, segundo a localização anatômica e funcional de seus transtornos. Deste modo iniciou-se um processo de fracionamento da saúde-doença e apagou-se a sua dimensão geral. Também apresentava relatórios anuais do registro geral, nos quais continham informações sobre a mortalidade e descrevia situações que apontavam para as desigualdades regionais e sociais nos papéis de saúde (Breilh, 1991).

O objetivo da estatística era detectar, medir e analisar a variação dos componentes de certos conjuntos, porém como a informação obtida é um resumo, foi possível obter dados enganosos se não interpretarmos com precaução ou se não se compreender com clareza seu significado (Breilh, 1991).

No Brasil, Oswaldo Cruz (1872-1917), fundou o Instituto Manguinhos, no Rio de Janeiro, possibilitando assim, condições de trabalho para muitos cientistas em investigar os problemas nacionais de saúde, quando se empreendeu a campanha contra a febre amarela e o combate à peste e à varíola. Com o avanço da bacteriologia, os caminhos da prevenção se consolidaram

por meio da identificação do agente etiológico e dos meios para combatê-lo, utilizando a vacinação e a promoção do saneamento ambiental (Pereira, 1995).

A coleta de dados sobre as características das pessoas falecidas, em especial a *causa mortis*, atividade esta já praticada há séculos, tem sido progressivamente aperfeiçoada, sendo ela útil para a definição do perfil epidemiológico de muitas doenças na comunidade. Sendo assim, as conhecidas estatísticas vitais, que incluem informações sobre nascimentos e óbitos, tornam-se fontes de dados para a qual se voltavam os profissionais da saúde, visando aprimorar o conhecimento das condições de saúde da população. Sem um sistema oficial de registros, os dados de óbitos e nascimentos seriam pouco utilizados em saúde e seria impossível reunir informações relativas a estes dados, bem como, dados de morbidade e fatores de risco da população. Estes sistemas foram implantados em várias partes do mundo, para funcionar como base de dados para o conhecimento da saúde da população e facilitar a sua investigação etiológica (Pereira, 1995).

Com relação aos registros, Pereira, (1995), coloca que determinadas doenças são objeto especial de atenção, estabelecendo-se para elas um sistema de anotações próprio. Para que tal registro de doenças alcance os seus objetivos, é necessário atingir um nível elevado de uniformização dos dados. O problema a ser resolvido é mais amplo: o de detectar dados válidos e confiáveis, a custos compatíveis e sem maiores perturbações para os serviços e para os profissionais de saúde que o fornecem. Se estes objetivos são alcançados, há possibilidade de os registros funcionarem, com base contínua, por longo tempo, o que dá margem a estudos epidemiológicos, pelos quais conhece-se a distribuição da doença na população, o que serve de base para a formulação de hipótese para a realização da investigação.

Rouquayrol & Almeida (1999) escrevem sobre a criação do IBGE em 1938, quando realizou censos nacionais de população e elaborou, entre outros, dados demográficos de fundamental importância para o trabalho da epidemiologia. A partir da década de 70, esta instituição iniciou a produção de dados em saúde para complementar e manter atualizados os dados censitários, realizando inquéritos nacionais, denominados Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), e responsabilizando-se pela produção de estatísticas vitais com a coleta nacional padronizada sobre os nascimentos, casamentos e óbitos no nível municipal.

No século XX, a epidemiologia obteve avanços que foram compartilhados por muitos. A microbiologia influenciou as primeiras décadas deste século, causando uma reorientação quanto aos conceitos de doença e de contágio,

já na segunda metade do século, testemunhou a mudança do perfil das doenças prevalentes, como a importância crescente das condições crônico-degenerativas, como causas de morbidade e mortalidade. A epidemiologia progride por meio da pesquisa sobre muitos temas, como a determinação das condições de saúde da população, a busca sistemática de fatores antecedentes ao aparecimento das doenças, que possam ser rotulados como agentes ou fatores de risco, a avaliação da utilidade e da segurança das intervenções propostas para alterar a incidência ou a evolução da doença, por meio de estudos controlados (Pereira, 1995).

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo realizou uma pesquisa bibliográfica, sobre a história dos registros das doenças, bem como as raízes da epidemiologia e da vigilância epidemiológica. Segundo Minayo (1994), esse tipo de estudo é uma forma de investigar, além de ser indispensável para a pesquisa básica, permite articular conceitos e sistematizar a produção de uma determinada área de conhecimento.

## 3 NOTIFICAÇÃO DAS DOENÇAS OBRIGATÓRIAS

Na atualidade, praticamente todos os agravos à saúde já foram ou estão sendo estudados por meio das investigações epidemiológicas. Sendo analisados não só os fatores físicos e biológicos, de indiscutível predominância, mas também, os fatores psicossociais.

O Brasil é um país com diversificações populacionais, culturais, climáticas e étnicas, sendo estes elementos fundamentais no momento da elaboração da relação de doenças e agravos de notificação obrigatória. Pois, cada localidade traça seu próprio perfil epidemiológico a partir das notificações que são um dos meios utilizados para definir o perfil epidemiológico.

Historicamente, as listas são compostas por doenças transmissíveis ao ser humano, porém, atualmente, estão sendo incluídos também agravos à saúde, causados por fatores sociais e ocupacionais que podem levar à incapacidade parcial ou total, temporária ou definitiva ao ser humano.

Dada a natureza de cada doença ou agravo à saúde, a notificação deve seguir um processo 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, às características de distribuição das doenças consideradas ao conteúdo de informação requerido, aos critérios de definição dos casos, à periodicidade da transmissão dos dados, às

modalidades de notificação indicadas e a representatividade das fontes notificadoras (Teixeira et al., 1999).

Pereira (1995), descreve que a definição do elenco de doenças sujeitas à notificação, no Brasil, depende de orientação geral emanada do Ministério da Saúde. Periodicamente, faz-se necessária revisão e atualização da lista, mediante a introdução ou exclusão de algumas doenças.

Vaughan e Morrow (1997), e Teixeira, et al., (1998), relatam que os Estados e Municípios devem discutir a inclusão de outras doenças e agravos à lista Nacional, visando o fortalecimento dos sistemas locais de Vigilância Epidemiológica, para o enfrentamento dos problemas de saúde; todo e qualquer surto de doença ou a ocorrência de agravo inusitado, independente de constar na lista de doença de notificação obrigatória, deve ser notificado ao Ministério da Saúde. É fundamental o estreitamento da articulação entre as instâncias de assistência à saúde, de acordo com as normas de procedimentos de Vigilância Epidemiológica, todos os casos suspeitos das doenças de notificação devem ser investigados.

A relação das doenças de notificação obrigatória elaborada pelo Ministério da Saúde Brasileiro incorpora as doenças sujeitas ao Regulamento Sanitário Internacional e as que são objeto de Vigilância da Organização Mundial da Saúde (OMS), de importância epidemiológica para cada País, inclui também as doenças de particular importância para a saúde pública, geralmente as que requerem investigação epidemiológica ou aplicação imediata de medidas especiais de controle.

Em 1975, por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE. Este sistema formalizado por meio da LEI 6.259, do mesmo ano e do decreto nº 78.231, que regulamentou. Em 1976, incorporou o conjunto de doenças transmissíveis então consideradas de maior relevância sanitária no país. Buscava-se, na ocasião, compatibilizar a operacionalização de estratégias de intervenção desenvolvidas para controlar doenças específicas, por meio de programas nacionais que eram, então escassamente interativos (Brasil, 1998).

O sistema de informação sobre agravos de notificação, processa as informações sobre as doenças que são de notificação obrigatória, sendo um instrumento importante para a vigilância epidemiológica dessas doenças, permite cálculo de indicadores de incidência, prevalência e letalidade e, dessa forma, possibilita detectar áreas de maior risco para a ocorrência dessas doenças, além de tendências dos agravos analisados (Mota; Carvalho, 1999).

Os sistemas de informações nacionais apresentam deficiência, pois, apesar das recomendações pelo órgãos

governamentais, para sua alimentação e utilização permanece incipiente no nosso meio, falta de investimento efetivo e sensibilização por parte dos profissionais para a sua utilização, algumas vezes pelo desconhecimento da sua real importância.

Na área da saúde, geralmente, trabalhamos com números para avaliar o nível de saúde de uma população, produzindo indicadores de saúde. Andrade, et. al., (2001), explicita a diferenciação entre dado e informação, pois os dados são a matéria-prima da informação, ou seja, são valores ainda não trabalhados e a informação é a tradução dos dados, após estes serem trabalhados, de forma que permita alterar o conhecimento de outras pessoas, servindo de intermediário entre os dados e o usuário dessa informação.

A informação refere-se à descrição de uma situação real associada a um referencial explicativo, ou seja, representa uma realidade com vistas a explicar ou entender situações e problemas, de forma a possibilitar intervenções.

A lista das doenças e agravos necessita ser divulgada às fontes notificadoras, bem como à comunidade, para que aconteça a sua notificação. Após a sistematização dos dados, a informação deve retornar à fonte, como forma de divulgação do trabalho realizado e estímulo à sua continuidade.

O sistema de notificação deve estar permanentemente voltado para a sensibilização dos profissionais e das comunidades, objetivando melhorar a quantidade e a qualidade dos dados coletados, mediante ao fortalecimento e a ampliação da rede.

Para que as notificações sejam conhecidas, torna-se necessário disponibilizar de um sistema de informação, capaz de demonstrar a existência de doenças e agravos, construindo assim, o perfil epidemiológico. A informação é essencial ao planejamento e à tomada de decisões.

O conhecimento sobre a situação de saúde requer informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, as características demográficas e informações sobre os serviços, bem como, a disponibilidade de recursos humanos, de infraestrutura e financeiros. Estes conhecimentos são aplicáveis ao planejamento, à organização e a avaliação das ações e serviços. Além disso, na atenção à saúde, as informações são imprescindíveis à abordagem de problemas individuais e coletivos, utilizando-se o conhecimento que gerado pela assistência direta a população até o estabelecimento de políticas e a formulação de projetos e programas específicos. Os sistemas de informações contribuem para a construção do conhecimento em saúde.

Rouquayrol & Almeida (1999), destacam que em epidemiologia as informações são relevantes para o

conhecimento da situação de saúde e devem estar integradas e articuladas em um conjunto que defina a abrangência e a magnitude dos danos e agravos. Devendo conter os elementos para a explicação e entendimento dos processos causais, com o elenco de fatores sensíveis às intervenções, possibilitando o acompanhamento e a avaliação dos resultados e do impacto das medidas implementadas.

A notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita a autoridade sanitária local, por profissionais de saúde ou qualquer outro cidadão, para fins de medidas de intervenção e, em primeira instância, cabe ao serviço local de saúde o controle do agravo. Quando reunidas e sistematizadas, as notificações compõem o Sistema de Informações próprio, que possibilitam o acompanhamento do fenômeno e sua distribuição (Teixeira, et al., 1998).

A partir de 1992, o Ministério da Saúde, desenvolveu o Sistema de Informações de Agravos Notificáveis (SINAN), com o propósito de efetuar a substituição dos instrumentos manuais de transferência de informações, pelos recursos da informática, dos Municípios e Estados, para racionalizar o processo de coleta e a transferência dos dados relativos às doenças e agravos notificáveis.

Com a consolidação da municipalização, das ações e serviços de saúde, o Sistema Nacional de Informação, vem adaptando-se ao estabelecimento de sistemas locais de saúde e permitindo o conhecimento e o acompanhamento da situação de saúde. A alimentação dos bancos de dados de interesse nacional é realizada pelos Estados e Município.

Nas últimas décadas no Brasil, o movimento da reforma sanitária tenta inverter o modelo de saúde, centrado na atenção clínico individual, que orienta-se por uma demanda espontânea e busca estimular uma prática de saúde voltada para uma demanda, de acordo com a noção do risco epidemiológico. Nesta interface, instrumentaliza e previne agravos, tendo como objeto e finalidade promover e manter a saúde da população.

#### 4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vigilância Epidemiológica, originalmente significava a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e seus contatos. Porém, atualmente, Pereira (1995), esclarece que está sendo aplicada a qualquer evento relacionado com a saúde da população e não especificamente à doença (Brasil, 1994).

Também compreendida como:

*um conjunto de atividades que proporciona a obtenção de informações fundamentais para o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança que possa*

*ocorrer nos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença, em nível individual e coletivo, com o objetivo de se recomendar e adotar de forma oportuna as medidas de prevenção e controle dos agravos. Portanto, ela pode ser entendida como a obtenção de informação para à saúde (Fischmann, 1993; Brasil, 1998).*

As subnotificações das doenças obrigatórias, também conhecidas como notificação das doenças compulsórias, constituem-se em uma das principais dificuldades para vigilância epidemiológica, tendo como causas variadas, que vão desde pouca sensibilização e informação dos profissionais de saúde, e até mesmo a não prioridade das notificações das doenças na rede dos serviços públicos e privados, enquanto atividade fundamental da saúde (Teixeira, et. al., 1998).

Rouquayrol, (1994, p. 424), salienta que:

*A notificação de determinadas doenças é obrigatória por lei. Na realidade, apesar da obrigatoriedade, existe um certo descaso pela notificação ou pelo desconhecimento da sua importância por parte de médicos e de outros profissionais da área de saúde. Vários fatores contribuem para isso, sendo um deles a própria dificuldade de se fazer cumprir a lei. Por outro lado, por tratar-se de assunto específico e essencialmente técnico, é mais importante a conscientização do profissional de saúde sobre a importância de notificá-lo do que fazê-lo coercitivamente. Muitas vezes, a notificação de doenças não ocorre por que os serviços de saúde não têm a credibilidade necessária, ou seja, o profissional de saúde não notifica porque não espera que providências sejam tomadas.*

As causas pertinentes à subnotificação são muitas, podendo ser técnicas e até mesmo comportamentais. Às técnicas podemos relacionar a incerteza do diagnóstico, medo de expor o paciente, principalmente quando está relacionado às doenças sexualmente transmissíveis, fato este que pode interferir na relação paciente/profissional de saúde, desconhecimento da importância da notificação, bem como, as ações que serão planejadas, entre outras.

Para as causas técnicas, relacionamos à falta de formulários específicos no local de trabalho, falta de tempo do profissional de saúde, bem como, por considerar burocrática, esta atividade. As notificações das doenças são consideradas como atividade voluntária por alguns profissionais de saúde. Porém, ela não pode ser identificada como voluntária e sim como um compromisso profissional para com as condições de saúde e doença do indivíduo e da coletividade, fazendo parte das ações de promoção, prevenção e reabilitação.

A notificação das doenças obrigatórias é uma das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde nos serviços, para determinar alguns indicadores de saúde, tais como: prevalência, incidência e letalidade das doenças e agravos de notificação, seu controle, grupos de riscos, faixa etária, fatores demográficos e climáticos. Indicadores estes que instrumentalizam o planejamento e a realização da ação, bem como, tem-se expectativas que políticas de saúde sejam voltadas para estes objetivos.

Sendo assim, espera-se que a notificação seja realizada não somente como cumprimento de uma legislação, mas como uma atividade que tenha o entendimento do porquê realizá-la. Faz-se necessário, muitas vezes, sensibilizar os profissionais de sua importância, bem como, das ações dela provenientes.

Alguns profissionais, não médicos, eximem-se da responsabilidade das notificações e transferem a culpabilidade aos médicos, julgando ser esta atividade inerente a eles, pois lhes cabe o diagnóstico do paciente. Entretanto, o processo de notificação vai além dos profissionais de saúde, incluindo até mesmo a comunidade como agente notificador.

Pensamos ser importante comentar sobre a cobertura das notificações, pois referem-se à proporção de casos ou eventos que conseguem ser captados em relação ao que realmente acontece na população. Dessa maneira, devemos lembrar que algumas doenças ocorrem na forma subclínica ou assintomática. Assim, os casos sintomáticos são apenas uma parcela do total de casos que realmente acontecem e entre esses, ainda pode acontecer que vários não procuram ou não têm acesso aos serviços de saúde para tratamento. Desses que chegam até o serviço, pode ser ainda, que uma proporção não tenha diagnóstico correto, e, mesmo entre aqueles que tiveram o diagnóstico correto, podem ocorrer casos não informados ao sistema oficial de notificação.

Os casos assintomáticos são situações que não podemos prever, porém acontecem. Diante disto, penso ser cada vez mais importante a participação e o compromisso dos profissionais da área da saúde com o processo de notificação, como uma responsabilidade profissional, comprometida com a saúde da população e acreditando que políticas e ações de saúde possam ser planejadas e realizadas.

Assim, considera-se que todas as unidades de saúde, ambulatoriais ou hospitalares, devem compor a rede de notificação, sejam elas públicas, privadas ou filantrópicas, como também todos os profissionais de saúde e mesmo a população em geral, pois qualquer cidadão pode notificar, ao serviço de vigilância, todo caso suspeito ou confirmado de doença notificável.

Os desafios são grandes, para se garantir uma adequada vigilância à saúde da população, que há necessidade de investimentos e vontade pública, para alterar esse quadro, além da participação ativa da comunidade e dos profissionais de saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O preenchimento das fichas de notificação epidemiológica é considerado como ponto de partida para a investigação, beneficia o paciente, sua família, vizinhos, bem como toda a comunidade, considerando que medidas imediatas podem ser tomadas, se necessárias, em face das evidências encontradas no local da investigação. Podem, também, ser consideradas para averiguar, quando da investigação dos casos, as falhas das medidas de controle implantadas.

Os dados de morbidade são extremamente úteis para os serviços de saúde que necessitam conhecer a tendência das doenças nas comunidades, sua incidência e prevalência durante determinados períodos e seu comportamento de acordo com vários atributos, sexo, grupo etário, ocupação, estado civil, classe social, entre outros, ou seja, descreve os agravos e aponta suas causas (Rouquayrol, 1994).

As informações necessárias ao preenchimento dos campos existentes nas fichas de notificação epidemiológica podem ser obtidas junto ao paciente, familiares, prontuários, médico assistente, bem como, a equipe de enfermagem.

As doenças de notificação obrigatória na saúde, envolve amplas e inesgotáveis perspectivas de investigação a serem elaboradas e desenvolvidas. A realidade local precisa ser respeitada e muitas vezes compreendida, entretanto, não poderá ser encarada com estagnação e mesmice, deverá, sim, haver uma política de sensibilização dos profissionais em saúde, onde contribuirão para conquista de novos espaços profissionais.

A vigilância epidemiológica é um componente imprescindível para os programas de controle de doenças, devendo ser parte integrante de todos os níveis institucionais da área de saúde, incluindo as unidades básicas de saúde.

A participação ativa dos profissionais de saúde e da comunidade, é fundamental, para definir mecanismos e incentivos financeiros nos estados e municípios, para a implantação de projetos capazes de ampliar as ações da vigilância epidemiológica, quanto aos agravos à saúde, realizando também articulações inter-setorial, que possam contribuir e interferir no processo saúde-doença da população.

**ABSTRACT:** This research had the purpose of making a historical recovery of diseases, their causes, the way of treatment as well as their epidemiology. The first displays in

the controlling area and prevention of these diseases have been dating from the beginning of 20<sup>th</sup> century and have been guided by the progress of the bacteriological age and by the discovery of epidemiological cycles of some infections and parasitic diseases. The historical evolution of the diseases records and vital data. Culminated in the organization of an epidemiological vigilance system.

**KEY WORDS:** Epidemiologic surveillance; Epidemiology; Diseases registries.

## REFERÊNCIAS

- 1 ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: 1998.
- 3 \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: 1994.
- 4 BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: UNESP: HUCITEC, São Paulo, 1991.
- 5 FISCHMANN, A. Vigilância epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z. et al. **Epidemiológica & Saúde**. Brasília: MEDSI, 1993. p. 421-454.
- 6 LAURENTI, R.; SILVREIRA. In: MARLET, M. **Saúde da comunidade: temas de medicina preventiva e social**. 2. ed. São Paulo: Mcgraw Hill do Brasil, 1976.
- 7 MINAYO, C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- 8 MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistema de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 505-521.
- 9 PEREIRA, G. M. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- 10 ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.
- 11 ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, N. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- 12 ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.
- 13 TEIXEIRA, M. G; RISSI JÚNIOR, J. B. Vigilância epidemiológica. In: ROUQUAYROL, Maria Z.; ALMEIDA, N. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 301-326.
- 14 TEXEIRA, M. G. et al. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 7-28, 1998.
- 15 VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. **Epidemiologia para os municípios**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

Endereço das autoras:  
Rua Carlos de Carvalho, 3496  
85806-270 - Cascavel-PR  
Fones: (45) 224-7355 - 9971-6684  
E-mail: tomazzoni@certto.com.br