

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de informação padronizados e com disponibilidade de informação confiável são essenciais para o monitoramento da qualidade e da cobertura dos serviços de saúde (CHAULAGAI, 2005). A efetividade e a sustentabilidade de um programa de controle de doença dependem da existência de informações detalhadas e corretas para dar suporte à tomada de decisões e alocação de recursos (GALVÃO et al., 2008).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é o sistema de dados para coleta, processamento e disseminação dos dados gerados rotineiramente sobre os agravos de notificação em todo o território nacional. Seu desenvolvimento iniciou em 1990 e foi introduzido em todo o país em 1994 (GALVÃO et al., 2008). A partir de 2005, foi efetivado em todo o território nacional, por meio da Portaria GM/MS nº 5 de 21 de fevereiro de 2005, que determinou a lista de doenças de notificação compulsória e facultou aos estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como é o caso da varicela no estado de Minas (BRASIL, 2005).

O SINAN é operacionalizado a partir da unidade de saúde, e a coleta dos dados é feita utilizando-se as fichas de notificação e de investigação de casos. O exame sistemático dessas fichas possibilita que se estime a magnitude dos agravos, para subsidiar a análise do perfil da morbidade e avaliar a qualidade de dados e da informação, no sentido de contribuir para a definição de políticas públicas e a tomada de decisão (BRITO, 1993; ELKHOURY et al., 2007).

Dentre os agravos presentes no SINAN no município de Ouro Preto, MG, destacam-se em número de notificações os acidentes por animais peçonhentos, atendimentos antirrábicos, dengue, esquistossomose, hanseníase, hepatites virais, tuberculose e varicela. Por serem estes agravos os principais que acometem a população do município, propõe-se esta pesquisa no intuito de investigar sua ocorrência no período de 1999 a 2008, visando subsidiar novas estratégias de intervenção para a prevenção, o melhor acompanhamento de sua evolução, a orientação para campanhas de controle e o aumento da resolutividade das ações colocadas em prática. Pretende-se também analisar como os dados são coletados e

inseridos e as possíveis dificuldades de operacionalização do SINAN, desde o posicionamento dos profissionais envolvidos e sua capacitação aos meios materiais relacionados ao seu processamento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a distribuição dos principais agravos de notificação compulsória pelo SINAN no período de 1999 a 2008, em Ouro Preto, MG, para subsidiar novas estratégias de intervenção pela esfera municipal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever e analisar a série histórica de prevalência de distribuição de acidentes por animais peçonhentos, atendimentos antirrâbicos, dengue, esquistossomose, hanseníase, hepatites virais, tuberculose e varicela, no período de 1999 a 2008, no município de Ouro Preto, MG, segundo as variáveis idade, sexo, área de residência e ano da notificação;
- Analisar a qualidade dos dados coletados incluídos no SINAN, como instrumentos dos processos de planejamento e tomada de decisões.

3 METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido em Ouro Preto, estado de Minas Gerais. O município é integrante da região metropolitana de Belo Horizonte e apresenta uma população de 67.048 habitantes (IBGE, 2007). Em 2007 o índice de alfabetismo era de 92,9% e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) cresceu 11,16%, passando de 0,708 para 0,787 no período entre 1991 e 2000. Ouro Preto está localizado na Zona Metalúrgica e Campos das Vertentes, fazendo parte da microrregião denominada “Espinhaço Meridional” e está inserido no circuito do Ouro. Abrange uma área de 1245 Km² com uma altitude média igual a 1150 metros. Ouro Preto possui 12 distritos: Amarantina, Antônio Pereira, Cachoeira do Campo, Engenheiro Correia, Glaura, Lavras Novas, Miguel Burnier, Rodrigo Silva, Santa Rita de Ouro Preto, Santo Antônio do Leite, Santo Antônio do Salto e São Bartolomeu. Possui também 26 localidades rurais (OURO PRETO, 2007).

Trata-se de um estudo epidemiológico por meio de levantamento de dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, sobre os agravos acidentes por animais peçonhentos, atendimentos antirrâbicos, dengue, esquistossomose, hanseníase, hepatites virais, tuberculose e varicela, que foram os que predominaram em número de notificações no período avaliado, os anos de 1999 a 2008 (banco de dados atualizado em junho de 2009). A coleta de dados de forma sistemática ocorreu por meio das fichas de notificação e de investigação do SINAN. Utilizou-se para tabulação e análise dos dados o aplicativo TABWIN, programa computacional desenvolvido pelo DATASUS, que permite a tabulação rápida de duas variáveis quaisquer do sistema, além da apresentação dos resultados em gráficos e mapas, e o Microsoft Excel 2003. Foram analisadas as variáveis idade, sexo, área de residência e ano da notificação.

Assegurou-se o caráter de anonimato dos registros utilizados dos casos notificados, sendo cumpridas as exigências éticas especificadas na Resolução no 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Solicitou-se a autorização ao Secretário Municipal de Saúde para a utilização dos dados.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E SINAN

Nos últimos anos, os gestores do SUS têm avaliado a qualidade de dados e da informação, devido à sua importância na definição de políticas públicas, planejamento, tomada de decisão, entre outros (ELKHOORY et al., 2007). A Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 1998) define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Os sistemas de informação em saúde são essenciais nas ações de saúde pública para reduzir morbidade e mortalidade e para melhorar a saúde da população. Por isso, as informações geradas devem ser confiáveis e válidas, sendo a qualidade dos registros um elemento essencial para aqueles atributos (CDC, 2010).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN – é o sistema informatizado de dados para coleta, processamento e disseminação dos dados gerados rotineiramente sobre os agravos de notificação em todo o território nacional. Esse sistema é operacionalizado a partir da unidade de saúde, e a coleta dos dados é feita utilizando-se um conjunto de fichas padronizadas referentes à lista de doenças de notificação compulsória: fichas de notificação e fichas de investigação de casos (SILVA et al., 2007). O SINAN teve sua implantação iniciada em 1993, sendo regulamentado por Portaria Ministerial em 1998 (LEIMANN; KOIFMAN, 2009). Pode ser utilizado como principal fonte de informação sobre a história natural de um agravo (LAGUARDIA et al., 2004) e para estimar sua magnitude como problema de saúde na população, dando subsídios à análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (BRITO, 1993).

Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação, e inclusive recomendações para a ação. O processo de descentralização da saúde, além de criar maior necessidade de informações, por parte dos municípios, também tem estimulado a própria descentralização dos

sistemas de informação em saúde. Neste sentido, é fundamental que os municípios não se atenham apenas a utilizar as informações providas pelos vários sistemas disponíveis de forma isolada e muitas vezes limitada, mas ousem ampliar tal espectro de utilização (SCATENA; TANAKA, 2001).

4.2 ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

Apesar da longa tradição do Brasil no campo do Ofidismo, somente em junho de 1986, quando da decorrência da crise na produção de soro no país, que culminou com a morte de uma criança em Brasília, foi implantado o Programa Nacional de Ofidismo na antiga Secretaria Nacional de Ações Básicas em Saúde do Ministério da Saúde (SNABS/MS), dando início a uma nova etapa no controle dos acidentes por animais peçonhentos (BOCHNER; STRUCHINER, 2002). Nessa época, os acidentes ofídicos passaram a ser de notificação obrigatória no país. A partir de 1988, dados sobre escorpionismo e araneísmo começaram a ser coletados (CARDOSO, 1993).

Desde 1995, a Coordenação Nacional de Controle de Zoonoses e Animais peçonhentos (CNCZAP) adota o SINAN para consolidar os registros dos acidentes por animais peçonhentos (FISZON; BOCHNER, 2008). No entanto, tal deliberação não foi bem recebida pelos municípios e estados, que se mostraram resistentes à adoção do novo sistema, mantendo alguns programas de acompanhamento das informações paralelos e não enviando dados a CNCZAP, o que causou uma quebra de continuidade nos registros e na perda de qualidade dos dados (BOCHNER; STRUCHINER, 2002; FISZON; BOCHNER, 2008).

Os problemas enfrentados na implantação do SINAN podem ser parcialmente explicados pela baixa valorização dada no passado à informação por parte das instituições e profissionais de saúde (CARVALHO, 1997; LAGUARDIA, et al., 2004). No caso dos acidentes por animais peçonhentos, as dificuldades ainda são maiores dado que, historicamente, a informação esteve sempre associada ao controle e distribuição de soro. Com a ampliação da capacidade de produção de soro, que passou a ser suficiente para suprir as necessidades do país, houve melhoria das práticas de atendimento e disponibilização de tratamento específico, o que garantiu o

estabelecimento de ações capazes de minimizar a gravidade desses acidentes. Tais fatores tornaram a manutenção de sistemas de informação atualizados sobre esses acidentes um esforço aparentemente desnecessário, não estimulando as unidades de saúde a alimentar o SINAN com seus dados (FISZON; BOCHNER, 2008). Entretanto, uma vez que as condições ambientais e a ocupação e uso do solo pelo homem estão em constante mudança, não se pode supor que acidentes por animais peçonhentos permaneçam estáveis ao longo do tempo, o que geraria um descompasso entre a oferta de serviços de saúde e as várias demandas relacionadas aos acidentes (WEN et al., 2002).

Os acidentes por animais peçonhentos que implicam na aplicação do soro compreendem todos os casos de ofidismo por serpentes peçonhentas, as formas moderadas e graves de escorpionismo e de araneísmo (BRASIL, 2005) e acidentes moderados e graves por lagartas do gênero *Lonomia* sp (BRASIL, 2001b).

4.3 ATENDIMENTOS ANTIRRÁBICOS

Existe grande preocupação por parte dos profissionais em saúde pública com os acidentes humanos envolvendo animais em virtude da possibilidade de transmissão da raiva. Esforços das autoridades competentes têm determinado redução dos casos de raiva humana e animal, porém não tem ocorrido a redução proporcional no número de seres humanos vítimas de agressões por animais e submetidos à profilaxia pós-exposição (MUNDIM, 2005).

A raiva é uma doença letal, causada pelo vírus rábico do gênero *Lyssavirus*, família *Rhabdoviridae*, caracterizada por sintomas de comprometimento do sistema nervoso central, sob a forma de encefalite. Uma vez manifestados os primeiros sintomas, o tratamento limita-se, até o presente momento, a diminuir o sofrimento do paciente (BRASIL, 1996).

A epidemiologia da raiva depende claramente da passagem deste vírus de um indivíduo infectado a outro suscetível. A transmissão da doença se dá predominantemente pela inoculação do vírus presente na saliva e secreções do animal infectado, em consequência de mordedura, lambedura, ferimento de mucosa

ou arranhões. Nos felinos a possibilidade de arranhões transmitirem o vírus ocorre devido ao hábito de limpeza das garras ser realizada pela lambedura (ACHA; SZYFRES, 1986; CARVALHO, 2002; FENNER, 1993). Existe também o relato na literatura científica de oito casos comprovados de transmissão inter-humana que ocorreram através de transplante de córnea. A via respiratória também é aventada, mas com possibilidade remota (BRASIL, 2002).

O ciclo urbano da doença continua sendo o mais importante para a raiva humana. Em áreas urbanas, cujas medidas de controle não atingem seu objetivo, a espécie de maior relevância epidemiológica para a transmissão do vírus é o cão, principal reservatório e fonte de infecção, seguido pelo morcego (CARVALHO; SOARES; FRANCESCHI, 2002). Devido à circulação intensa do vírus no ciclo silvestre, é muito difícil erradicar a doença no Brasil (PASSOS et al., 1998; SCHNEIDER et al., 1996).

O programa de profilaxia da raiva, criado em 1973 pelo MS, prevê como uma das principais medidas de controle da doença, a vacinação em massa de cães e gatos com o objetivo de se deter o ciclo transmissão do vírus. Concomitante à vacinação animal implementou-se a descentralização do tratamento humano, que dos centros de referências passou a ser instituído na maioria das unidades de saúde (MIRANDA; SILVA; MOREIRA, 2003). O programa de profilaxia da raiva inclui também a apreensão de cães errantes, tratamento de pessoas envolvidas em agravos com animais, observação clínica de cães e gatos, tratamento de pessoas expostas ao risco de infecção rábica e vigilância epidemiológica (BRITO; CHAMONE; RESENDE, 2002).

O tratamento de pessoas envolvidas em agravos com animais, desde que oportuna e corretamente aplicado conforme as orientações do Ministério da Saúde, é o único meio disponível para evitar a morte de um indivíduo infectado por meio da mordedura, arranhadura ou lambedura causadas por animal raivoso. Por outro lado, a indicação de um tratamento antirrábico desnecessário, além de submeter o paciente a riscos de reações pós-vacinais indesejáveis, tanto de ordem local como geral, é um desperdício de recursos públicos, que compromete a qualidade do sistema de saúde (BRASIL, 1996).

4.4 DENGUE

A dengue é arbovirose causada por um *Flavivirus*, com quatro sorotipos conhecidos. Caracteriza-se como doença febril aguda, com espectro clínico variando desde quadros febris inespecíficos até manifestações graves com hemorragia e choque: a febre hemorrágica da dengue (FHD) e a síndrome do choque da dengue (SCD) (DUARTE; FRANÇA, 2006). A FHD ocorre em dois a 4% dos indivíduos reinfectados (GUZMÁN; KOURÍ, 2002).

A dengue é a principal doença reemergente da atualidade e quase 40% da população mundial vivem sob o risco de adquiri-la. Estima-se que 2,5 bilhões de pessoas residam em áreas com risco potencial de transmissão do vírus (OMS, 2001). O aumento do número de casos e a disseminação para novas áreas geográficas, especialmente as regiões tropicais, fazem da doença um importante problema de saúde pública (FARRAR et al., 2007; TAUIL, 2006).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Brasil é responsável por aproximadamente 70% dos casos de dengue notificados nas Américas e está entre os países com as maiores taxas de letalidade por febre hemorrágica da dengue, chegando a atingir em anos mais recentes valores superiores a 10% (PAHO, 2009; TORRES; CASTRO, 2007).

No Brasil, a dengue é uma doença de notificação compulsória, devendo ser comunicada às autoridades sanitárias locais por profissionais de saúde e responsáveis por instituições públicas ou particulares de saúde (BRASIL, 2006b). A vigilância e o controle da dengue ocorrem de forma padronizada e descentralizada em todos os municípios do país, e os instrumentos mais relevantes aos sistemas de informação em saúde existentes são as fichas de notificação e investigação de casos do SINAN (BRASIL, 2006a).

4.5 ESQUISTOSSOMOSE

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, a esquistossomose é uma das parasitoses mais difundidas no mundo e de maior prevalência entre aquelas veiculadas pela água. No Brasil, a endemia está em franca expansão e atinge 19 estados, entre os quais Bahia, Minas Gerais, Pernambuco, Paraíba, Alagoas, Sergipe, Maranhão, Espírito Santo, Piauí, São Paulo, Rio de Janeiro, Goiás e Pará (BRASIL, 2004).

Apesar de sua atual baixa morbidade no Brasil, a esquistossomose constitui-se em importante problema de saúde pública, apresentando-se de forma endêmica em diversas regiões, ocorrência intimamente ligada às condições de vida da população (COIMBRA JR. et al., 1984). Além disso, seu potencial de expansão deve ser considerado. Observa-se a ampliação de sua área de transmissão, com o surgimento de focos de esquistossomose em áreas antes consideradas indenes; além do fenômeno da urbanização da doença, com surgimento de casos autóctones nas regiões periurbanas das grandes cidades brasileiras (GARGIONI et al., 2008; LIMA, 1995).

4.6 HANSENÍASE

A hanseníase representa um processo infeccioso de caráter crônico, desencadeado pela interação do ser humano com o *Mycobacterium leprae* (BRITTON; LOCKWOOD, 2004). É uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional, sendo objeto de atuação na saúde pública devido à sua magnitude, e potencial incapacitante e por acometer a faixa etária economicamente ativa (BRASIL, 2005).

No Brasil, como consequência das políticas adotadas pelo Ministério da Saúde, houve uma redução do número de casos, de 19 para, aproximadamente, cinco por 10.000 habitantes, no período de 1985 a 1999. Entretanto, ainda não se

conseguiu atingir o índice aceito pela Organização Mundial da Saúde, ou seja, de menos de um caso para cada 10.000 habitantes (BRASIL, 2001a; MACHADO, 2008). Mas mesmo com os inegáveis avanços das ações de controle, ainda hoje persiste como um importante problema a ser enfrentado no Brasil (ARAÚJO, 2003) e no mundo (BRITTON; LOCKWOOD, 2004; MEIMA; RICHARDUS; HABBEMA, 2003), demandando estratégias e metas mais realistas para o seu controle (CUNHA; RODRIGUES; DUPPRE, 2004; LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005).

4.7 HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais são doenças infecciosas provocadas por diferentes agentes etiológicos que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas. A distribuição das hepatites virais é universal com variações de acordo com os agentes determinantes, sendo os principais os vírus A, B, C, D e E, tendo o homem como o único reservatório importante. Os vírus VHA e VHE têm transmissão fecal-oral, enquanto os vírus VHB, VHC, VHD são transmitidos mais frequentemente por via sexual, parenteral, percutânea e vertical. O período de incubação pode variar de 15 a 180 dias, de acordo com o tipo de vírus.

As hepatites virais passaram a ser doença de notificação compulsória (DNC) a partir de 8 de dezembro de 2003, quando foi publicada pelo Ministério da Saúde do Brasil a Portaria nº 2325 que definiu a relação de DNCs para o território nacional (CRUZ; SHIRASSUM; MARTINS, 2009). A grande importância das hepatites virais em saúde pública vem da sua grande prevalência e incidência e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas (BRASIL, 2005). A hepatite A é uma doença endêmica no Brasil e na América Latina (DEBRAY et al., 1997).

4.8 TUBERCULOSE

A tuberculose (TBC) é a quinta principal causa de morte no mundo, estando atrás apenas de doenças cardiovasculares, infecções respiratórias, câncer e doenças diarreicas (DYE et al., 1999; RAVIGLIONE; SNIDER; KOCHI, 1995). As estimativas indicam 8,8 milhões de novos casos e 1,6 milhões de mortes por ano (WHO, 2006). Cerca de um terço da população mundial está infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, sob risco, portanto, de desenvolver a enfermidade.

A TBC é um problema de saúde prioritário no Brasil que, juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, alberga 80% dos casos mundiais da doença. O país apresenta aproximadamente 85 mil casos novos por ano e cerca de 5-6 mil mortes pela doença (BRASIL, 2005).

A análise da situação da TBC em nível mundial revela que a doença está ligada à pobreza, a má distribuição de renda e à urbanização acelerada e necessita de medidas urgentes de controle (VENDRAMINI et al., 2005).

4.9 VARICELA

A varicela é uma doença infecciosa aguda, cosmopolita, altamente transmissível, causada pelo vírus varicela-zoster (VVZ). Embora considerada uma doença benigna da infância, atualmente tem-se demonstrado uma crescente incidência de complicações severas com um alto potencial de morbimortalidade em crianças e adultos previamente saudáveis (ANJOS et al., 2009).

No Brasil, a varicela não é uma doença de notificação compulsória, embora os surtos devam ser notificados às secretarias municipais e estaduais de saúde (BRASIL, 2005).

A Secretaria de Vigilância em Saúde, vinculada ao MS (SVS/MS), solicita a notificação de casos agregados de varicela (surtos) e a notificação e investigação de casos graves e óbitos. A primeira tem como objetivo conhecer os padrões de

ocorrência da doença (sazonalidade e distribuição por faixa etária) e detectar surtos em sua fase inicial. A segunda visa monitorar a intensidade da circulação viral e fatores associados à gravidade e óbito, que possam inclusive reorientar as recomendações de vacinação. O número de casos notificados de varicela registrado no Sinan NET aponta 154.778 notificações, no ano de 2007, e 25.594 notificações, em 2008. A faixa etária com maior número de notificações foi de 1 a 4 anos, representando 40% dos casos, em 2007, e 39% dos casos, em 2008. Entre as unidades federadas que mais notificaram casos em 2007, encontra-se Minas Gerais, com 27% dos casos notificados, e, em 2008, Rio Grande do Sul, com 23% dos casos notificados (BRASIL, 2010a).

No sistema de saúde público brasileiro, a vacina contra o vírus da varicela-zoster é recomendada principalmente para indivíduos suscetíveis, com risco aumentado de contraírem uma forma grave da doença ou de terem complicações, assim como para profissionais da área da saúde, familiares ou indivíduos imunodeficientes que tenham tido contato com uma pessoa contaminada (BRASIL, 2010b). A vacina também está disponível em instituições privadas em todo o país.

Uma análise recente da relação custo-efetividade da vacinação universal infantil no Brasil mostrou que uma dose única da vacina seria custo-efetiva pressupondo-se 85% de eficácia da vacina e 80% de cobertura da vacina (VALENTIM et al, 2008). Os efeitos benéficos hipotéticos incluem prevenção de mais de 74.000 casos e 2.900 mortes, assim como consideráveis reduções das hospitalizações (83%) e do número de serviços de saúde prestados a pacientes ambulatoriais (85%) devido a infecção primária pelo VVZ para os primeiros 30 anos da implementação da vacina. Contudo, nenhum dado empírico sobre o impacto da vacinação contra o VVZ no Brasil foi publicado até o momento (KUPEK; TRITANY, 2009).

5 RESULTADOS

5.1 AGRAVOS EM ESTUDO

A TAB. 1 apresenta o número de casos por ano de notificação referente aos agravos animais peçonhentos, atendimentos antirrábicos, dengue, esquistossomose, hanseníase, hepatites virais, tuberculose e varicela, descritos no SINAN do município de Ouro Preto, MG, no período entre 1999 e 2008. Verifica-se que o número de notificações totais aumentou ao longo dos anos.

TABELA 1 – Número de notificações dos principais agravos registrados no SINAN, entre 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano/ Agravado	Acidentes animais peçon.*	Atend. Antir.*	Dengue	Esquistos. *	Hans.*	Hepatite s virais	TBC*	Varicela	Total
1999	0	35	1	2	1	16	0	0	55
2000	1	98	7	16	3	15	0	0	140
2001	4	48	15	21	1	63	0	29	181
2002	8	53	56	28	31	8	16	5	205
2003	2	64	3	21	4	9	23	142	268
2004	8	147	3	0	6	6	19	39	228
2005	45	171	6	0	7	14	21	115	379
2006	101	201	2	4	22	3	13	87	433
2007	160	201	15	18	14	3	19	69	499
2008	101	202	24	7	6	0	18	250	608
Total	430	1220	132	117	95	137	129	736	2996

Legenda: * Acidentes animais peçon. = Acidentes por animais peçonhentos; Atend. Antir. = Atendimentos Antirrábicos; Hans. = Hanseníase; TBC = Tuberculose.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

5.2 ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS (CID X29)

No período estudado, registraram-se 430 casos de acidentes por animais peçonhentos no município de Ouro Preto. O Gráfico 1 apresenta um crescimento no número de notificações a partir de 2003, com um pico em 2007, seguido por queda em 2008.

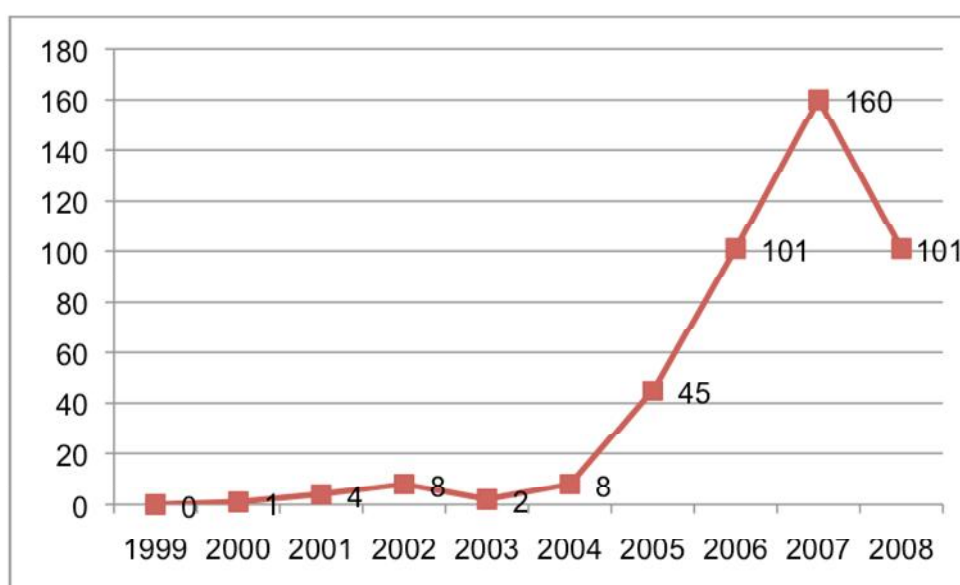


GRÁFICO 1 – Número de notificações de acidentes por animais peçonhentos entre 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

Os acidentes por animais peçonhentos são identificados conforme a espécie envolvida. No município notificaram-se os acidentes por: serpentes, abelha, Ionomia, outras lagartas e outros animais. A TAB. 2 mostra a distribuição de acidentes que apresentaram maior ocorrência na população, que foram por aranhas, seguidos de acidentes por escorpiões e serpentes (73,5%, 15,6% e 6,3%, respectivamente).

TABELA 2 – Principais animais envolvidos em acidentes por animais peçonhentos por ano de notificação, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano do acidente	Serpente		Aranha		Escorpião	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1999	0	0	0	0	0	0
2000	0	0	1	100	0	0
2001	4	100	0	0	0	0
2002	4	50	1	12,5	3	37,5
2003	1	50	1	50	0	0
2004	2	25	1	12,5	4	50
2005	2	4,4	5	11,1	28	62,2
2006	4	3,9	81	80,2	14	13,9
2007	5	3,1	130	81,3	18	11,3
2008	5	5	96	95	0	0
Total	27	6,3	316	73,5	67	15,6

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

Com relação à frequência por sexo, a proporção de mulheres envolvidos em acidentes por animais peçonhentos foi maior do que a de homens, atingindo respectivamente 53,7% e 46,3% do total das ocorrências (TAB. 3).

TABELA 3 – Distribuição de acidentes por animais peçonhentos por gênero, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	Masculino		Feminino		Total (Nº)
	Nº	%	Nº	%	
1999	0	0	0	0	0
2000	0	100	1	0	1
2001	1	25	3	75	4
2002	5	62,5	3	37,5	8
2003	2	100	0	0	2
2004	3	38,5	5	62,5	8
2005	21	46,5	24	53,5	45
2006	47	46,5	54	53,5	101
2007	73	45,6	87	54,4	160
2008	47	46,5	54	53,5	101
Total	199	46,3	231	53,7	430

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

A TAB. 4 mostra a distribuição de acidentes por aranha de acordo com o sexo do paciente. A proporção de acidentes em mulheres foi discretamente mais elevada do que a em homens, atingindo respectivamente 52,8% e 47,2% do total das ocorrências.

TABELA 4 – Distribuição de acidentes por aranha por gênero, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	Masculino		Feminino		Total (N°)
	N°	%	N°	%	
1999	0	0	0	0	0
2000	0	0	1	100	1
2001	0	0	0	0	0
2002	1	100	0	0	1
2003	1	100	0	0	1
2004	0	0	1	100	1
2005	3	60	2	40	5
2006	38	46,9	43	53,1	81
2007	61	46,9	69	53,1	130
2008	45	46,9	51	53,1	96
Total	149	47,2	167	52,8	316

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

A proporção de acidentes em indivíduos do sexo feminino foi superior àquela observada em indivíduos do sexo masculino, respectivamente 58,2% e 41,8% do total das ocorrências (TAB. 5).

TABELA 5 – Distribuição de acidentes por escorpião por gênero, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	Masculino		Feminino		Total (N°)
	N°	%	N°	%	
1999	0	0	0	0	0
2000	0	0	0	0	0
2001	0	0	0	0	0
2002	2	66,7	1	33,3	3
2003	0	0	0	0	0
2004	0	0	4	100	4
2005	11	39,3	17	60,7	28
2006	7	50	7	50	14
2007	8	44,4	10	55,6	18
2008	0	0	0	0	0
Total	28	41,8	39	58,2	67

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

Em relação a acidentes por serpente, ambos os sexos foram igualmente afetados (TAB. 6).

TABELA 6 – Distribuição de acidentes por serpente por gênero, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	Masculino		Feminino		Total (N°)
	N°	%	N°	%	
1999	0	0	0	0	0
2000	0	0	1	100	1
2001	1	25	3	75	4
2002	2	50	2	50	4
2003	1	100	0	0	1
2004	2	100	0	0	2
2005	2	100	0	0	2
2006	2	50	2	50	4
2007	2	40	3	60	5
2008	2	40	3	60	5
Total	14	50	14	50	28

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

No que tange à faixa etária, observou-se maior frequência de acidentes entre 20-39 anos para ambos os sexos, seguida pela de 40-59 anos, abrangendo a população economicamente ativa (TAB. 7).

TABELA 7 – Distribuição de acidentes por animais peçonhentos por faixa etária, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	< 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	60-64 anos	65-69 anos	70-79 anos	80 ou mais anos	Total
1999	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2000	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2001	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	4
2002	0	3	1	3	0	0	0	1	0	0	0	8
2003	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
2004	1	2	0	2	0	3	0	0	0	0	0	8
2005	0	1	2	7	3	19	10	0	0	3	0	45
2006	3	14	8	11	9	31	20	3	1	1	0	101
2007	1	14	16	9	22	60	31	2	2	2	1	160
2008	1	13	15	8	7	36	20	0	1	0	0	101
Total	6	48	42	40	43	150	84	6	4	6	1	430
%	1,4	11,2	9,8	9,3	10	34,9	19,5	1,4	0,9	1,4	0,2	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

5.3 ATENDIMENTOS ANTIRRÁBICOS (CID W64)

No período em estudo, foram feitos 1220 atendimentos antirrâbicos em Ouro Preto, MG. Observa-se um aumento no número de atendimentos entre 1999 e 2000, seguido por um declínio entre 2000 e 2001. A partir disso, há um aumento nos atendimentos, mais expressivo a partir de 2004 (Gráfico 2).

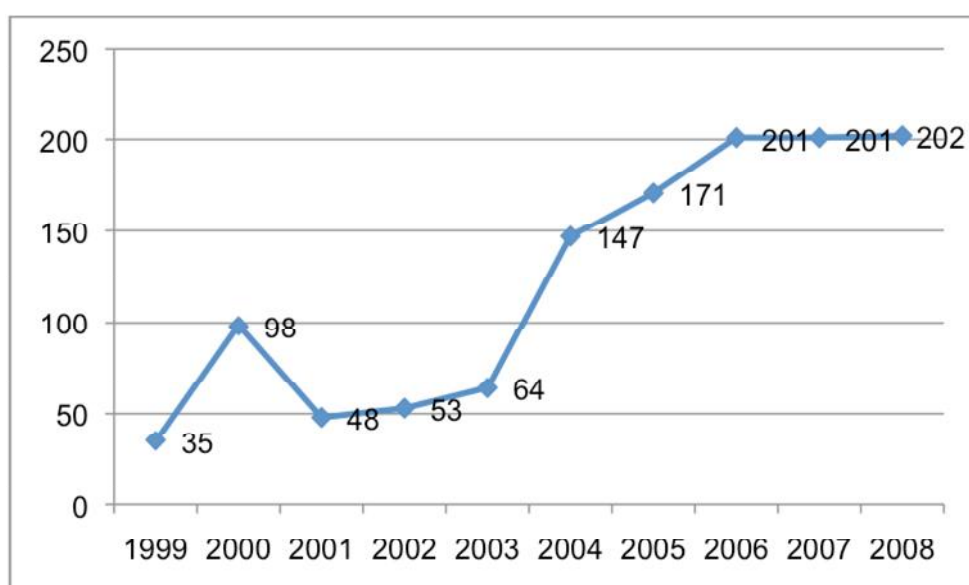


GRÁFICO 2 – Número de atendimentos antirrâbicos entre 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

Do total de atendimentos, 745, ou 61%, ocorreram em indivíduos do sexo masculino, e 473, ou 39%, em indivíduos do sexo feminino (TAB. 8). Apenas em 2002 o número de atendimentos antirrâbicos de indivíduos do sexo feminino foi maior que do sexo masculino. Nos demais anos, os atendimentos de indivíduos do sexo masculino foram significativamente maiores que do sexo feminino.

TABELA 8 – Distribuição dos atendimentos antirrâbicos por gênero, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	Feminino		Masculino		Total (N°)
	N°	%	N°	%	
1999	10	28,6	25	71,4	35
2000	27	27,5	71	72,5	98
2001	17	35,4	31	64,6	48
2002	28	52,8	25	47,2	53
2003	25	39,0	39	61,0	64
2004	45	31,6	102	69,4	147
2005	68	39,8	103	60,2	171
2006	82	40,8	119	59,2	201
2007	87	43,3	114	56,7	201
2008	86	42,6	116	57,4	202
Total	475	39,0	745	61,0	1220

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

A TAB. 9 mostra a distribuição dos atendimentos antirrâbicos de acordo com a faixa etária.

TABELA 9 – Distribuição dos atendimentos antirrâbicos por faixa etária, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	< 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	60-64 anos	65-70 anos	71-79 anos	> 80 anos	Total
1999	0	3	4	6	2	10	6	1	1	1	1	35
2000	0	5	12	17	10	30	19	2	3	0	0	98
2001	1	5	4	12	2	10	11	0	1	1	1	48
2002	0	6	7	7	2	21	7	1	0	2	0	53
2003	0	9	8	5	6	19	8	4	1	1	3	64
2004	1	17	18	20	15	40	19	9	6	2	0	147
2005	2	14	21	25	16	41	30	7	10	5	0	171
2006	0	12	31	23	12	63	40	4	6	8	2	201
2007	3	10	35	23	9	50	44	10	7	9	1	201
2008	3	20	22	28	19	51	34	10	4	9	2	202
Total	10	101	162	166	93	335	218	48	39	38	10	1220
%	0,8	8,3	13,3	13,6	7,6	27,5	17,9%	3,9	3,2	3,1	0,8	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

5.4 DENGUE (CID A90)

Foram notificados 132 casos de dengue entre 1999 e 2008. Entre 1999 e 2002, houve aumento no número de notificações ao longo dos anos, com vertiginosa queda em 2003. A partir de 2006, o número de notificações começou a aumentar novamente (Gráfico 3).

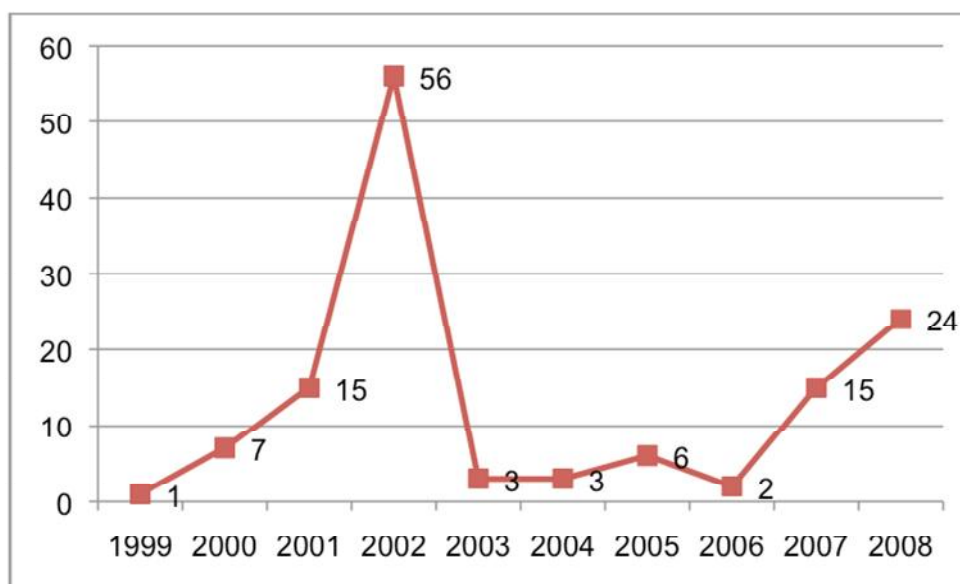


GRÁFICO 3 – Número de casos notificados de dengue entre 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

Do total de casos notificados, 55,3% eram do sexo masculino e 44,7% do sexo feminino, respectivamente, 73 e 59 casos (TAB. 10).

TABELA 10 – Distribuição de casos notificados de dengue por gênero, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	Feminino		Masculino		Total (N°)
	N°	%	N°	%	
1999	0	0,0	1	100,0	1
2000	4	57,1	3	42,9	7
2001	6	40,0	9	60,0	15
2002	23	41,1	33	58,9	56
2003	2	66,7	1	33,3	3
2004	3	100	0	0,0	3
2005	3	50,0	3	50,0	6
2006	0	0,0	2	100,0	2
2007	6	40,0	9	60,0	15
2008	12	50,0	12	50,0	24
Total	59	44,7	73	55,3	132

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

A faixa etária com maior concentração de casos foi a de 20-39 anos, representando 53,8% dos casos de notificação (TAB. 11). Esse padrão não se alterou nos anos.

TABELA 11 – Distribuição de casos notificados de dengue por faixa etária, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	< 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	60-64 anos	> 65 anos	Total
1999	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2000	1	0	0	0	0	5	1	0	0	7
2001	1	0	0	1	1	11	1	0	0	15
2002	1	1	1	5	6	29	11	2	0	56
2003	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3
2004	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
2005	0	0	0	0	2	4	0	0	0	6
2006	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
2007	0	0	1	1	3	5	5	0	0	15
2008	1	2	3	1	2	11	2	1	1	24
Total	4	3	5	8	15	71	21	4	1	132
%	3	2,3	3,8	6,1	11,4	53,8	15,9	3	0,8	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

5.5 ESQUISTOSSOMOSE (CID B659)

No período em estudo, foram notificados 117 casos de esquistossomose em Ouro Preto, MG. Observa-se um aumento no número de atendimentos entre 1999 e 2002, seguido por um declínio até 2005. A partir disso, há um aumento nos atendimentos, com nova queda em 2008 (Gráfico 4).

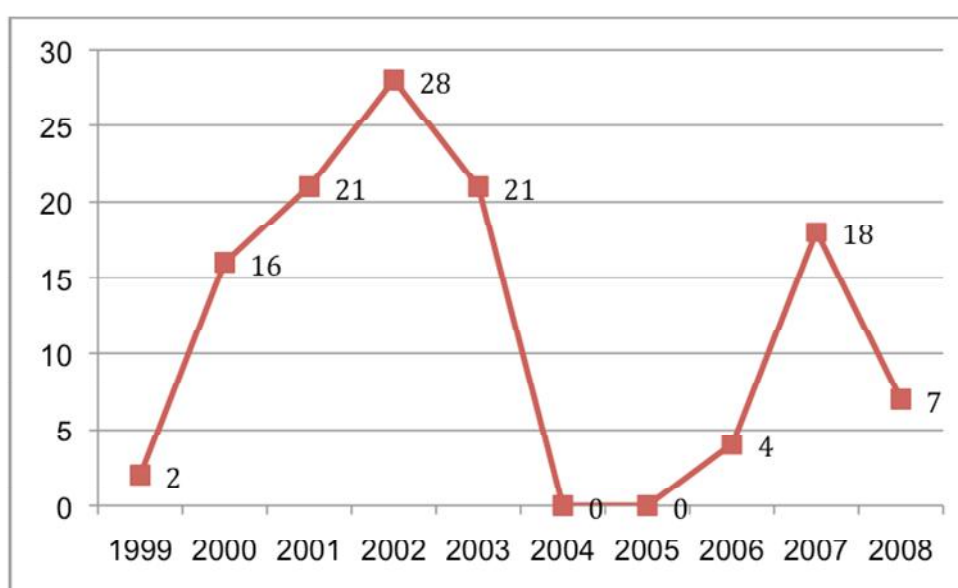


GRÁFICO 4 – Número de casos notificados de esquistossomose entre 1999-2008.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

A TAB. 12 mostra a distribuição de casos de esquistossomose conforme o sexo dos envolvidos, no período de 1999-2008. 76,1% das notificações ocorreram em indivíduos do gênero masculino. Em todos os anos, o número de notificações de casos em homens foi superior à de mulheres.

TABELA 12 – Distribuição de casos notificados de esquistossomose por gênero, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	Feminino		Masculino		Total (N°)
	N°	%	N°	%	
1999	1	50,0	1	50,0	2
2000	3	28,7	13	81,3	16
2001	10	47,6	11	52,4	21
2002	4	14,3	24	85,7	28
2003	2	9,5	19	90,5	21
2004	0	0	0	0	0
2005	0	0	0	0	0
2006	0	0	4	100,0	4
2007	6	33,3	12	66,7	18
2008	2	28,6	5	71,4	7
Total	28	23,9	89	76,1	117

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

A TAB. 13 mostra a distribuição de casos de esquistossomose de acordo com a faixa etária. As faixas mais atingidas foram as de 20-39 anos, com 29,5% dos casos, e 10-14 anos, com 27,2% dos casos.

TABELA 13 – Distribuição de casos notificados de esquistossomose por faixa etária, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	< 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	60-64 anos	65-70 anos	70-79 anos	> 80 anos	Total
1999	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
2000	0	0	1	3	1	6	2	2	1	0	0	16
2001	0	1	1	2	3	6	8	0	0	0	0	21
2002	0	1	2	10	9	5	1	0	0	0	0	28
2003	0	0	1	2	4	10	1	2	0	1	0	21
2004	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2005	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2006	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	4
2007	0	1	2	9	3	3	0	0	0	0	0	18
2008	0	0	0	5	0	2	0	0	0	0	0	7
Total	0	3	8	32	20	34	13	5	1	1	0	117
%	0	2,5	6,8	27,2	17,1	29,5	11,0	4,3	0,8	0,8	0	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

5.6 HANSENÍASE (CID A30)

Para o período em estudo, foram notificados 95 casos de hanseníase. O GRAF. 5 mostra um grande aumento no número de notificações em 2002, havendo declínio um declínio no ano seguinte, seguido por aumento até 2006. A partir daí, há nova queda no número de notificações.

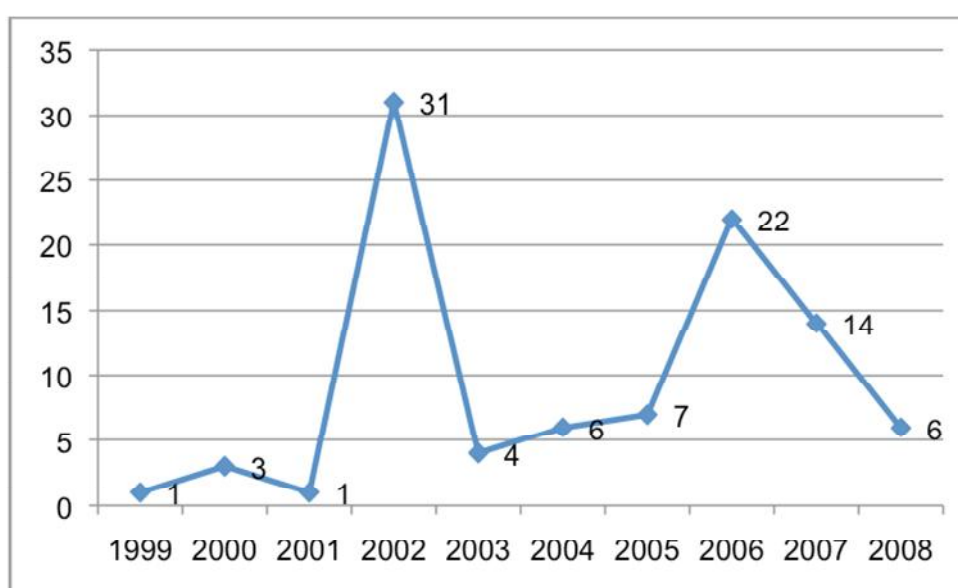


GRÁFICO 5 – Número de casos notificados de hanseníase entre 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

A distribuição dos casos por sexo foi de 59% para o sexo feminino e 41% para o sexo masculino (TAB. 14).

TABELA 14 – Distribuição de casos de hanseníase por gênero, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	Feminino		Masculino		Total (N°)
	N°	%	N°	%	
1999	0	0,0	1	100,0	1
2000	2	66,7	1	33,3	3
2001	0	0,0	1	100,0	1
2002	16	51,6	15	48,4	31
2003	3	75,0	1	25,0	4
2004	4	66,7	2	33,3	6
2005	5	71,4	2	28,6	7
2006	14	63,6	8	36,4	22
2007	9	64,3	5	35,7	14
2008	3	50,0	3	50,0	6
Total	56	59	39	41	95

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

A maior frequência de casos de hanseníase ocorreu na faixa etária de 40-59 anos, seguida pela faixa etária de 20-39 anos para ambos os sexos, com 30,5% e 27,3 %, respectivamente (TAB. 15).

TABELA 15 – Distribuição de casos de hanseníase por faixa etária, de 1999-2008 em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	< 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	60-64 anos	65-70 anos	70-79 anos	> 80 anos	Total
1999	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2000	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3
2001	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2002	0	0	1	0	2	4	7	2	7	6	2	31
2003	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	4
2004	0	0	0	0	0	4	0	1	1	0	0	6
2005	0	0	1	0	0	2	1	0	1	1	1	7
2006	0	0	0	0	0	6	11	3	0	2	0	22
2007	0	0	0	0	1	4	4	2	1	1	1	14
2008	0	0	0	1	0	2	1	0	0	2	0	6
Total	0	0	1	1	3	26	29	8	10	12	4	95
%	0	0	1,1	1,1	3,2	27,4	30,5	8,4	10,5	12,6	4,2	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

72,6% dos casos notificados de hanseníase envolvem indivíduos residentes na área rural, e 22,1%, indivíduos residentes em área urbana. Apenas no ano de 2004 houve mais notificações na área urbana que na rural, como pode ser visto na TAB.16.

TABELA 16 – Distribuição de casos de hanseníase por área de residência, por ano de notificação.

Ano de Notificação	Urbana		Rural		Periurbana		Ign		Total (N)
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
1999	0	0	1	100	0	0	0	0	1
2000	0	0	3	100	0	0	0	0	3
2001	1	100	0	0	0	0	0	0	1
2002	10	32,3	19	61,3	0	0	2	6,4	31
2003	0	0	4	100	0	0	0	0	4
2004	5	83,3	1	16,7	0	0	0	0	6
2005	2	28,6	5	71,4	0	0	0	0	7
2006	0	0	20	82,6	1	4,5	1	4,5	22
2007	0	0	13	92,9	1	7,1	0	0	14
2008	3	50	3	50	0	0	0	0	6
Total	21	22,1	69	72,6	2	2,1	3	3,2	95

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

5.7 HEPATITES VIRAIS (CID B19)

Entre 1999 e 2008 foram registrados e confirmados 175 casos de hepatites virais em Ouro Preto, MG. Em 2001, o numero de notificações aumentou consideravelmente em relação aos anos anteriores, com queda considerável no ano seguinte. Há um pequeno aumento nas notificações em 2005, seguido por queda nos anos seguintes (GRAF. 6).

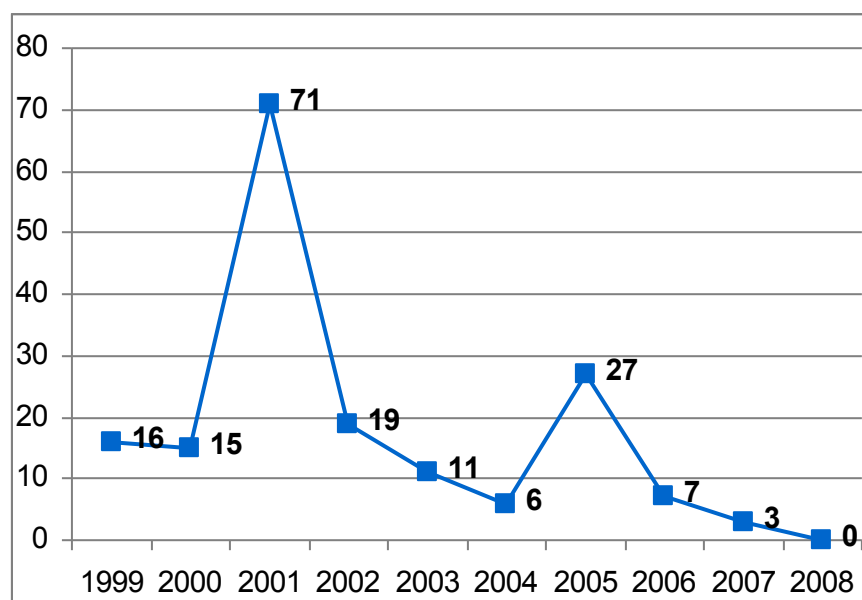


GRÁFICO 6 – Número de casos notificados de hepatites virais entre 1999- 2008, em Ouro Preto, MG.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

Com relação à frequência por sexo, a proporção de homens com hepatites virais foi discretamente mais elevada do que a das mulheres, atingindo respectivamente 57,1% e 42,9% do total das ocorrências (TAB. 17).

TABELA 17 – Distribuição de casos de hepatites virais por gênero, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	Feminino		Masculino		Total (N°)
	N°	%	N°	%	
1999	8	50,0	8	50,0	16
2000	9	60,0	6	40,0	15
2001	29	40,8	42	59,2	71
2002	7	36,8	12	63,2	19
2003	5	45,5	6	54,5	11
2004	2	33,3	4	66,7	6
2005	10	37,0	17	63,0	27
2006	4	57,1	3	42,9	7
2007	1	33,3	2	66,7	3
2008	0	0	0	0	0
Total	75	42,9	100	57,1	175

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

A TAB. 18 mostra a distribuição dos casos de hepatites virais de acordo com a faixa etária. A faixa mais atingida foi a de 20-39 anos (28,6%), seguida pela faixa de 10-14 e 5-9 anos (17,1% e 16,6%, respectivamente).

TABELA 18 – Distribuição de casos de hepatites virais por faixa etária, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	< 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	60-64 anos	65-69 anos	70-79 anos	> 80 anos	Total
1999	1	2	2	3	2	4	1	0	1	0	0	16
2000	1	2	2	3	0	4	1	1	0	1	0	15
2001	2	7	19	8	7	19	8	1	0	0	0	71
2002	0	1	2	8	2	3	1	1	0	0	1	19
2003	0	1	0	0	0	5	5	0	0	0	0	11
2004	0	0	1	1	0	3	0	0	0	1	0	6
2005	0	2	3	6	4	8	2	1	1	0	0	27
2006	0	1	0	0	1	4	1	0	0	0	0	7
2007	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	3
2008	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	4	16	29	30	16	50	21	4	2	2	1	175
%	2,3	9,2	16,6	17,1	9,2	28,6	12	2,3	1,1	1,1	0,5	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

5.8 TUBERCULOSE (CID A169)

O agravo Tuberculose só começou a ser notificado em Ouro Preto, MG, no ano de 2002. Por esse motivo, a tabulação de dados foi feita no período entre 2002 e 2008, e não em 1999, como os demais agravos. Neste período, foram notificados 129 casos de tuberculose. O número de notificações não sofreu grandes variações no decorrer dos anos (GRAF. 7).

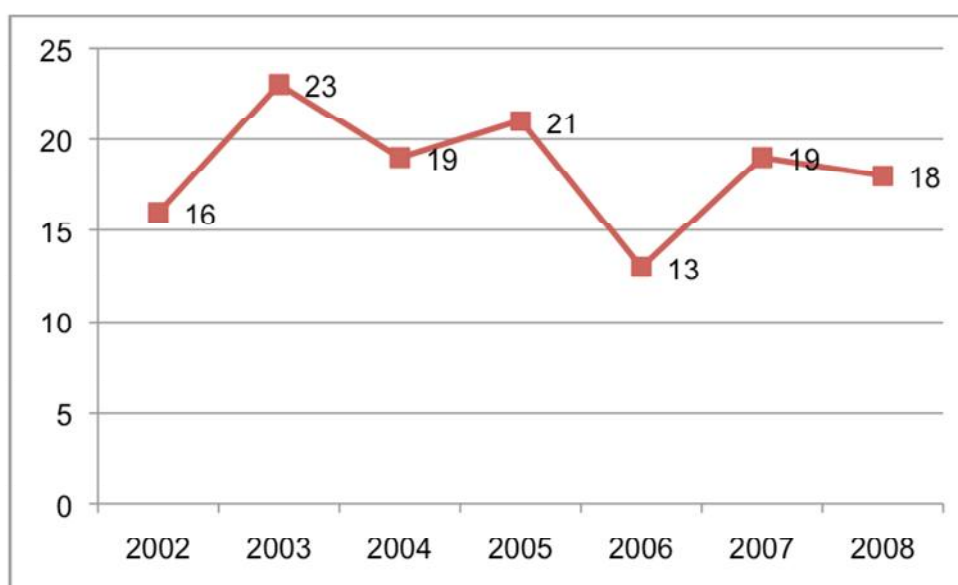


GRÁFICO 7 – Número de casos notificados de tuberculose entre 2002-2008, em Ouro Preto, MG.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

A TAB. 19 mostra a distribuição dos casos de tuberculose de acordo com a faixa etária. A maioria dos casos ocorreu na faixa etária de 40-59 anos (37,2%), seguida da faixa de 20-39 anos (34%).

TABELA 19 – Distribuição de casos de tuberculose por faixa etária, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	< 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	60-64 anos	65-69 anos	70-79 anos	> 80 anos	Total
2002	0	0	0	0	3	6	6	0	1	0	0	16
2003	0	0	1	1	3	11	5	2	0	0	0	23
2004	0	2	0	0	0	3	10	2	0	1	1	19
2005	0	1	0	1	2	7	8	1	0	1	0	21
2006	0	1	0	2	0	7	2	0	1	0	0	13
2007	0	0	0	0	3	6	9	0	0	1	0	19
2008	0	0	0	1	0	4	8	4	0	1	0	18
Total	0	4	1	5	11	44	48	9	2	4	1	129
%	0	3,1	0,8	3,9	8,5	34,0	37,2	7,0	1,6	3,1	0,8	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

Quanto à distribuição por sexo, a porcentagem de indivíduos do sexo masculino atingidos é mais que o dobro da porcentagem de indivíduos do sexo feminino (67,4% e 32,6%, respectivamente) (TAB. 20).

TABELA 20 – Distribuição de casos notificados de tuberculose por gênero, de 2002 a 2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	Feminino		Masculino		Total (N°)
	N°	%	N°	%	
2002	2	12,5	14	87,5	16
2003	10	43,5	13	56,5	23
2004	5	26,3	14	73,7	19
2005	9	42,9	12	57,1	21
2006	3	23,0	10	77,0	13
2007	8	42,1	11	57,9	19
2008	5	27,8	13	72,2	18
Total	42	32,6	87	67,4	129

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

A TAB. 21 mostra a distribuição dos casos de tuberculose de acordo com a área de residência. A proporção de casos em moradores de área urbana é quase 3 (três) vezes maior que a em moradores da área rural.

TABELA 21 – Distribuição de casos de tuberculose por área de residência, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	Urbana	Rural	Periurbana	Ign	Total
2002	9	4	3	0	16
2003	20	3	0	0	23
2004	11	7	0	1	19
2005	15	6	0	0	21
2006	10	3	0	0	13
2007	14	3	1	1	19
2008	12	5	0	1	18
Total	91	31	4	3	129
%	70,5	24,0	2,3	3,2	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

5.9 VARICELA (CID B019)

Em 2001, a Resolução SES/MG nº 580, de 25 de janeiro de 2001 acrescentou o agravo Varicela à Lista de Doenças de Notificação Compulsória para todo o estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2001). Dessa forma, a análise de dados começou em 2001, e não em 1999, como os demais agravos, exceto o agravo Tuberculose, que foi analisado a partir de 2002.

Entre 2001 e 2008, foram notificados 745 casos de varicela em Ouro Preto, MG. O GRAF. 8 mostra que houve uma grande queda no número de notificações no segundo ano, seguido por um vertiginoso aumento em 2003. Em 2004, houve novo declínio, seguido por crescimento considerável nas notificações em 2005. A partir daí, houve nova queda no número de notificações, até 2007. Em 2008, houve novo aumento de casos notificados.

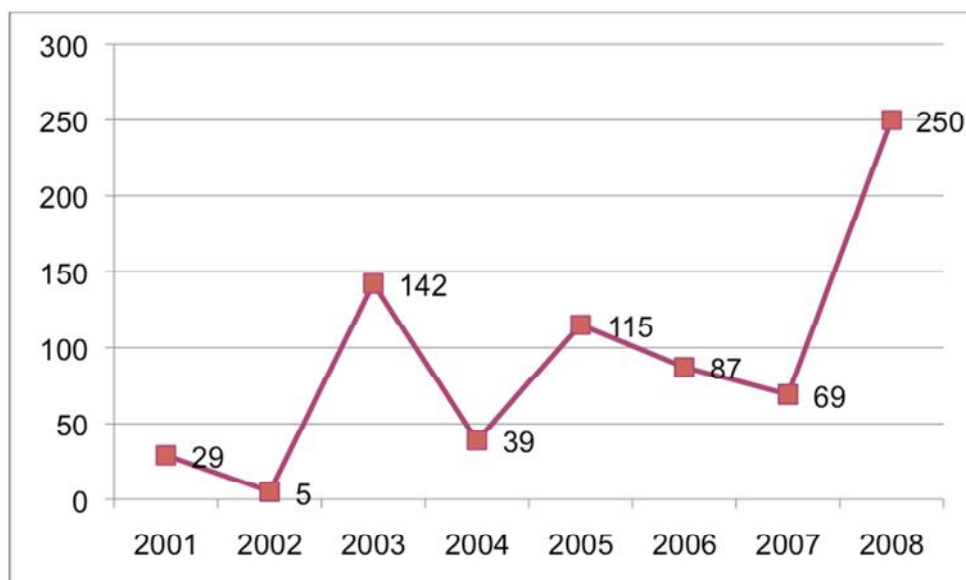


GRÁFICO 8 – Número de casos notificados de varicela entre 2001-2008, em Ouro Preto, MG.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

A TAB. 22 mostra a distribuição dos casos de varicela conforme o gênero do paciente. A proporção de indivíduos do sexo feminino atingidos foi ligeiramente maior que os do sexo masculino (51,1% e 48,9%, respectivamente).

TABELA 22 – Distribuição de casos notificados de varicela por gênero, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	Feminino		Masculino		Total (N°)
	N°	%	N°	%	
2001	13	44,8	16	55,2	29
2002	4	80	1	20	5
2003	65	45,8	77	54,2	142
2004	18	46,2	21	53,8	39
2005	66	57,4	49	42,6	115
2006	47	54	40	46	87
2007	39	56,5	30	43,5	69
2008	124	49,6	126	50,4	250
Total	376	51,1	360	48,9	736

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

A TAB. 23 mostra a distribuição dos casos de varicela de acordo com a faixa etária. O grupo etário com o maior percentual foi o de 1 a 4 anos (51.2%), seguido da

faixa etária de 5 a 9 anos (24,6%), e de menores de 1 ano (11%), perfazendo um total de 92,6% em menores de 15 anos. O percentual de casos nas faixas acima de 15 anos foi de 7,4%.

TABELA 23 – Distribuição de casos de varicela por faixa etária, de 1999-2008, em Ouro Preto, MG.

Ano de Notificação	< 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-39 anos	40-59 anos	60-64 anos	65-69 anos	70-79 anos	80 ou mais anos	Total
2001	2	20	4	0	1	2	0	0	0	0	0	29
2002	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	5
2003	17	83	35	3	3	0	1	0	0	0	0	142
2004	2	20	10	5	0	2	0	0	0	0	0	39
2005	6	68	24	8	2	5	2	0	0	0	0	115
2006	6	42	34	3	9	2	0	0	0	0	0	96
2007	8	35	15	5	0	4	2	0	0	0	0	69
2008	39	108	59	17	9	16	2	0	0	0	0	250
Total	81	377	181	43	25	31	7	0	0	0	0	745
%	10,9	50,6	24,3	5,8	3,3	4,2	0,9	0	0	0	0	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, MG.

6 DISCUSSÃO

A análise da distribuição dos agravos animais peçonhentos, atendimentos antirrábicos, dengue, esquistossomose, hanseníase, hepatites virais, tuberculose e varicela no município de Ouro Preto, MG, de 1999 a 2008, mostra um crescimento no número de notificações ao longo dos anos. Em 2001, a Resolução SES/MG nº 580, de 25 de janeiro de 2001 acrescentou o agravo Varicela à Lista de Doenças de Notificação Compulsória para todo o estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2001), o que contribuiu para este aumento. Pode-se atribuir esse aumento também à melhoria gradativa do funcionamento do sistema de informação, incremento, ainda que insuficiente, do quadro de servidores da Vigilância Epidemiológica municipal, aumento das capacitações dos profissionais vinculados ao serviço estado e melhoria da infraestrutura para busca ativa, investigação de casos e alimentação de dados. No período entre 1999 e 2001, a responsabilidade pela alimentação do banco de dados do agravo Tuberculose era do estado, não havendo retroalimentação para o município. Os pacientes suspeitos de tuberculose eram encaminhados à Belo Horizonte para exames e tratamento, onde era feita então a notificação.

Não foi possível definir a área de residência (rural, urbana ou perirural) para 6 (seis) dos 8 (oito) agravos estudados: acidentes por animais peçonhentos, atendimentos antirrábicos, dengue, esquistossomose, hepatites virais e varicela, devido ao preenchimento incompleto de endereços nas fichas de notificação. Para os agravos hanseníase e tuberculose, a proporção de informação ignorada no que diz respeito à área de residência também é considerável, abrangendo casos digitados com o código específico de ignorado ou simplesmente campo em branco. Isso ocorre porque o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados nem sempre é percebido pelos profissionais de saúde como ferramenta relevante do seu processo de trabalho, e sim, como atividade burocrática (NOGUEIRA et al., 2009).

O elevado número de notificações de acidentes por aranhas e escorpiões, notadamente a partir de 2005, pode ser explicado pelo aumento da população desses animais, pelo aumento da gravidade desses acidentes e pelo aumento de produção de informação nos níveis ambulatorial, hospitalar e nas unidades básicas de saúde e melhoria da integração e do fluxo de informação entre os profissionais dessas áreas

e os profissionais da vigilância epidemiológica. Não houve diferença na prevalência de acidentes por serpentes entre os gêneros masculino e feminino, como verificado em outros estudos (BRASIL, 1991; CAIAFFA et al., 1997; LIMA et al., 2009; NASCIMENTO, 2000; PINHO; OLIVEIRA; PEREIRA, 2004), nos quais indivíduos do sexo masculino estariam mais expostos, principalmente pela atividade laboral rural. Alguns estudos sugerem que os homens estão mais sujeitos a acidentes por escorpiões pelo tipo de profissão exercida, como trabalhos com remoção de terra, olarias, pedreiras ou marmorarias (RIBEIRO et al., 1996; SOARES, AZEVEDO; DE MARIA, 2002), o que não foi corroborado neste estudo. O predomínio de acidentes por aranha e escorpião entre o sexo feminino pode ser justificado pelo fato de eles acontecerem principalmente intradomicílio e porque tipicamente as mulheres fazem maior uso de serviços de saúde que os homens, (AMORIM et al., 2003; CARVALHO et al., 1988). A maioria dos acidentes (54,4%) ocorreu nas faixas etárias economicamente ativas (34,9% e 19,5%, respectivamente, para indivíduos de 20-39 anos e 40-59 anos).

O aumento progressivo no número de notificações de atendimentos antirrâbicos pode ser atribuído à maior conscientização dos profissionais de saúde em relação à importância do tratamento de pessoas envolvidas em agravos com animais, que por sua vez é dependente da notificação. A maior proporção de atendimentos antirrâbicos foi de pessoas do sexo masculino (61%) e das faixas etárias economicamente ativas (45,4%, sendo 27,5% da faixa etária de 20-39 anos e 17,9% da faixa etária de 40-59 anos), o que pode ser explicada pela atividade mais intensa desses extratos, com maiores oportunidades de encontro com os animais, além de brincadeiras e de algumas atitudes bruscas que pudessem despertar reação agressiva do animal (CARVALHO; SOARES; FRANCESCHI, 2002). O envolvimento do extrato populacional masculino foi verificado em outros estudos realizados no Brasil (GARCIA et al., 1999; GOMES, 1979; MOREIRA et al., 1976; OSASCO, 195;) e no exterior (HELMICK, 1983; SZYFRES; ARROSSI; MARCHEVSKY, 1982).

No ano de 2002, houve um aumento significativo no número de notificações de casos suspeitos de dengue em relação aos anos anteriores, possivelmente devido à epidemia ocorrida no Rio de Janeiro neste ano, alarmando a população devido ao fluxo intenso de turistas desta cidade. Houve uma predominância de casos notificados de dengue em homens, apesar da característica domiciliar de seu vetor. 70 % dos casos ocorreram nas faixas etárias economicamente ativas (20-39 anos e

40-59 anos). Deve-se considerar que este grande percentual de registros de casos nessas faixas etárias pode estar relacionado à necessidade de busca de atestados médicos para justificar ausência de trabalho, acarretando um possível viés de notificação.

Em relação à esquistossomose, nos anos de 2004 e 2005 não houve notificações, possivelmente por estes dados terem sido incluídos exclusivamente no Programa de Controle de Esquistossomose – PCE, e não terem sido repassados ao SINAN. O predomínio do sexo masculino entre os casos pode ser explicado pela maior exposição ao risco, uma vez que são indivíduos desse sexo que com maior frequência tem contato com coleções de águas. A maior concentração de casos entre as idades de 20-39 anos também pode ser explicada pela maior exposição ao risco, especialmente por fatores profissionais. A faixa de 10-14 anos foi a segunda mais atingida, provavelmente em consequência de ser esse segmento da população o que mais assiduamente procura coleções de águas como opção de lazer (GUIMARÃES; TAVARES NETO, 2006; KLOETZEL, 1990).

A frequência de casos de hanseníase na população feminina foi maior que na masculina, diferentemente do que tem sido observado na literatura (ALBUQUERQUE, 1999; CAMPOS et al., 2005; CURTO, 2005; FINE, 1982; LÉCHAT et al., 1986; LOMBARDI, 1984; MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010; MORAIS; XIMENES, 1989; PASCHOAL, 2005;) Isso pode ter como justificativa a maior frequência das mulheres nas unidades básicas de saúde dentro de programas específicos de saúde da mulher e/ou da criança (em virtude de seus filhos), a inadequação diagnóstica (CAMPOS et al., 2005), ou ainda o fato de que as mulheres vêm apresentando uma mobilidade social progressivamente maior em decorrência de uma maior inserção no mercado de trabalho (ANDRADE, 1990; ALBUQUERQUE, 1999; MORAIS; XIMENES, 1989). O padrão de distribuição da hanseníase, por faixa etária, registrado na literatura é variável e apresenta diferenças regionais marcantes (FINE, 1982). No caso de Ouro Preto, MG, 57,8% dos casos ocorreu nas faixas de 20-39 anos e 40-59 anos. Isso indica que a população economicamente ativa é a mais afetada pela hanseníase, o que pode prejudicar a economia do município, visto que essa faixa da população pode vir a desenvolver incapacidades, lesões, estados reacionais, afastar-se da atividade produtiva e gerar um custo social demasiado (ARAÚJO, 2003; LANA et al., 2004). A alta frequência de casos na faixa entre 40-59 anos pode ser explicado pelo fato de que este padrão não é ditado pelo

envelhecimento da população de casos novos, mas sim pela permanente contribuição de uma geração específica (ANDRADE, 1996). Outra explicação seria mais uma vez a inadequação do diagnóstico de hanseníase nessa faixa etária, quando outras doenças poderiam estar levando a avaliações falso-positivas do contexto como, por exemplo, diabetes mellitus ou insuficiências arteriais e venosas, principalmente na ausência de lesões clássicas da hanseníase (CAMPOS et al., 2005). As precárias condições de saúde, a falta de higiene, a falta de saneamento básico, e o acesso mais difícil às unidades de saúde, ou seja, fatores sociais e condições socioeconômicas a que boa parte da população residente em zona rural está sujeita corroboram para que a percentagem de notificação de casos nessas áreas seja tão superior à da zona urbana (ARAÚJO, 2003; HELEN; SALUM, 2002).

A proporção de casos de hepatites virais em indivíduos do sexo masculino foi mais elevada que nos do sexo feminino, fato também observado por Cruz et al. (2009) na cidade de São Paulo, SP e Araújo, 2004, em Manaus, AM, para prevalência de hepatites B e C, por Silva et al. (2007) na cidade do Rio de Janeiro, RJ, para prevalência de hepatite A. 40,6% dos casos estão nas faixas economicamente ativas. Como não há dados específicos sobre os tipos de hepatite, outros estudos se fazem necessário para melhor análise de dados.

No que diz respeito à notificação de casos de tuberculose, o predomínio do sexo masculino confirma o perfil observado em outros estudos sobre este agravo (CAMINERO et al., 1995; GAZETTA, 1999; LIMA; MORAIS; SILVA, 2001; PAIXÃO; GONTIJO, 2007; VENDRAMINI et al., 2005). Não há clareza ainda sobre as razões do maior risco para os homens, que podem tanto estar relacionadas a fatores biológicos como a subnotificações no sexo feminino (CONNOLLY; NUNN, 1996). Os fatores biológicos explicativos para as diferenças encontradas podem estar relacionados aos hábitos de vida, favorecendo uma maior incidência da doença no sexo masculino, e à possibilidade das mulheres serem mais resistentes e terem maiores cuidados com a saúde do que os homens (PEREIRA, 1999). As faixas etárias mais atingidas englobam a população economicamente ativa, correspondendo a 71,3% dos casos notificados. Pacientes com mais de 65 anos tiveram uma prevalência de apenas 5,4%, apesar de este grupo apresentar desvantagens fisiológicas (envelhecimento celular, problemas hormonais, entre outros) e sócio-econômicas, em relação aos demais (MORI, 2000). 77,5% dos casos ocorreram em indivíduos residentes na zona urbana. Isso pode estar ligado ao baixo nível

socioeconômico dos acometidos, uma vez que outros estudos mostram que a tuberculose guarda estreita relação com más condições de vida, locais com grandes concentrações humanas, habitações e saneamento básico precários, fome e pobreza (RUFFINO NETO, 2003). Estudos mais detalhados seriam necessários para checar esta proposição.

A varicela atingiu as populações masculina e feminina de forma bastante semelhante. A prevalência nos acometidos entre o sexo masculino foi discretamente maior, como observado no estudo feito por Anjos et al.(2009). Em estudo semelhante realizado em 4 cidades brasileiras em 1996-1997, a maior prevalência da doença ocorreu no sexo feminino (CLEMENS et al., 1999). Um estudo do Ministério da Saúde, de 2002 (BRASIL, 2010c), mostrou que ambos os sexos são igualmente infectados. O maior número de pacientes com varicela ocorreu em pré-escolares e escolares, e mais de 90% dos casos ocorreram em menores de 15 anos de idade. O mesmo padrão foi descrito por BRASIL (2010c) e HINRICHSEN (2005).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os padrões de ocorrência de agravos numa população devem ser analisados sistematicamente para permitir o entendimento das causas e o controle dos mesmos. Em Ouro Preto, MG, no período estudado, percebem-se diferenças nos padrões de prevalência de alguns dos agravos analisados quando comparados à literatura científica consultada. Isso pode ser observado no caso do agravo acidentes por animais peçonhentos, onde se verifica maior acometimento de indivíduos do sexo feminino quando o perfil esperado é de prevalência de acidentes no sexo masculino. Pode-se notar também a diferença no padrão de predominância do sexo envolvido nos casos notificados de dengue e hanseníase. No caso da tuberculose, a literatura científica demonstra uma prevalência maior que a encontrada nas faixas etárias acima de 65 anos. Os demais agravos, i.e., atendimentos antirrâbicos, esquistossomose, hepatites virais e varicela, não demonstraram diferença no padrão de prevalência em função das variáveis analisadas. Considerando que a ocorrência de um agravo está condicionada às características socioeconômicas da população e de seu acesso aos serviços de saúde, a análise local do padrão de prevalência tem suma importância para a proposição efetivas estratégias de intervenção.

Nos serviços de vigilância, a notificação ambulatorial e hospitalar dos agravos estudados constitui a base do SINAN. A validade do sistema depende diretamente da qualidade dos dados, que, por sua vez, está ligada à proporção de fichas de notificação e investigação preenchidas adequadamente e pelo cuidado no seu processamento. Há um claro aumento da capacidade de captação de dados pelo SINAN ao longo do período estudado. Entretanto, as perdas de registros ainda são grandes. Subnotificação, atraso nas notificações, investigações dos agravos notificados e digitação dos dados, buscas ativas menos frequentes que o demandado, problemas no processamento e transferência das informações por falhas do próprio sistema e pela falta de infraestrutura de informática, ausência de uma retroalimentação adequada à fonte notificadora, quantidade e qualificação insuficientes de recursos humanos, recursos laboratoriais escassos e falta de padronização clínica para acompanhamento do doente são fatos ainda comuns que geram desestímulo e descontinuidade do processo. Além disso, falta à boa parte dos

médicos a conscientização da importância do seu papel na vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória.

A partir da análise dos dados locais contidos no SINAN, novas estratégias de intervenção pela esfera municipal podem ser propostas. Sugere-se aqui a utilização de georreferenciamento dos eventos de saúde, por sua importância na análise e avaliação de riscos à saúde coletiva, particularmente as relacionadas com o meio ambiente e com o perfil socioeconômico da população. Outra proposição seria a inclusão da vacina contra varicela no calendário básico de vacinação municipal. A vacina contra varicela não faz parte do PNI, estando disponível apenas na rede particular e gratuitamente nos CRIES em situações especiais. Ainda que na maioria dos casos não apresente complicações, a varicela apresenta alto um custo social e econômico, mesmo se considerando crianças previamente saudáveis. Esses custos incluem despesas médicas, tais como consultas, uso de terapêutica sintomática ou antiviral, hospitalizações devido a complicações e, principalmente, o ônus financeiro relacionado ao absenteísmo dos pais no trabalho e das crianças que necessitam ser afastadas da escola ou da creche. Maiores investimentos para a Vigilância Epidemiológica municipal são fundamentais para melhorar a qualidade dos dados inseridos no sistema de informação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ACHA, P. N.; SZYFRES. B. **Zoonosis y enfermedades transmissibles comunes al hombre y los animales**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1986. p. 502-526.
- 2 ALBUQUERQUE, M. F. P. M.; MORAIS, H. M. M.; XIMENES, R. A expansão da hanseníase no nordeste brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 107-116, 1989.
- 3 AMORIM et al. Acidentes por escorpião em uma área do Nordeste de Amaralina, Salvador, Bahia, Brasil. . **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n. 1, p. 51-56, 2003.
- 4 ANDRADE, V. L. G. **A evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como problema de Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 1996. 198 p. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 1996.
- 5 ARAÚJO, A. **Hepatites B e C em Manaus: perfil clínico-epidemiológico e distribuição espacial de casos conhecidos desde 1997 a 2001**. Manaus: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. 93 p. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Federal do Amazonas; 2004.
- 6 ARAÚJO, M; G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n. 3, p. 373-382, 2003.
- 7 BOCHNER, R.; STRUCHINER, C. J. Acidentes por animais peçonhentos e sistemas nacionais de informação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p.735-746, 2002.
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais. **Indicações para uso dos imunobiológicos especiais nos Centros de Referência – CRIE**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/indicacoes_cries.pdf>. Acesso: 9 mar 2010b.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Zoonoses e Animais Peçonhentos. **Manual de Normas Técnicas para Profilaxia da Raiva Humana**. Brasília (DF); 2002.
- 10 BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação de Controle de zoonoses e Animais Peçonhentos. **Manual de Normas Técnicas para Profilaxia de Raiva em Humanos**. 2 ed. Brasília (DF); 1996.

- 11 BRASIL. Ministério da Saúde. **FUNASA: 100 anos de Saúde Pública**. Brasília, 2004.
- 12 BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos**. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.
- 13 BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas e rotinas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.
- 14 BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofidismo: análise epidemiológica**. Brasília, 1991.
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Varicela/Herpes Zoster**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1660>. Acesso em: 9 mar 2010c.
- 16 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 5 de 21 de fevereiro de 2006. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 fev 2006b.
- 17 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dermatologia na atenção básica de saúde**. Caderno nº 9. 2002. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf>. Acesso em: 10 mar 2010.
- 18 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 19 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.
- 20 BRITO, L. S. F. Sistema de informações de agravos de notificação - Sinan. In: Fundação Nacional de Saúde. **Anais do Seminário de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde; 1993. P.145-146.
- 21 BRITO, M. G.; CHAMONE, T.; RESENDE, S. M. Análise da situação epidemiológica da raiva na diretoria metropolitana de saúde, MG, 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia – Livro de Resumos**, v.5, 2002; Suppl 1: 266.
- 22 BRITTON, W. J.; LOCKWOOD, D. N. Leprosy. **Lancet**, v. 363, n. 9416, p. 1209-1219, 2004
- 23 CAIAFFA, W. T.; ANTUNES, C. M.; OLIVEIRA, H. R.; DINIZ, C. R. Epidemiological and clinical aspects of snakebite in Belo Horizonte, Southeast Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical**, v. 39, p. 113-118, 1997.

- 24 CAMINERO, J. A. et al. The epidemiology of tuberculosis in Gran Canaria, Canary Islands, 1988-92: effectiveness of control measus. **Tubercle and Lung Disease**, v. 76, p. 387-393, 1995.
- 25 CAMPOS, S. S. L. et al. Epidemiologia da hanseníase no Município de Sobral, Estado do Ceará-Brasil, no Período de 1997 a 2003. **Hansenologia Internationalis**, v. 30, n.2, p. 167-173, 2005.
- 26 CARDOSO, J. L. C. **Acidentes por Animais Peçonhentos na Coordenação de Zoonoses e Animais Peçonhentos** – Comentários e Sugestões. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. (mimeo.)
- 27 CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **IESUS**, v. VI, n. 4, p. 7-46, 1997.
- 28 CARVALHO, F. M. et al. Morbidade referida e utilização de consulta médica em cinco populações do Estado da Bahia. **Ciência e Cultura**, v. 40, p. 853-858, 1988.
- 29 CARVALHO, W. O.; SOARES, D. F. P. P.; FRANCESCHI, V. C. S. Características do Atendimento Prestado pelo Serviço de Profilaxia da Raiva Humana na rede Municipal de Saúde de Maringá-paraná, no ano de 1997. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 11, n. 1, p. 25-35, 2002.
- 30 CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtm/rr5013a1.htm>>. Acesso em 18 fev 2010.
- 31 CHAULAGAI, C. N. et al. Design and implementation of a health management information system in Malawi: issues, innovations and results. **HPP**, v. 20, p. 375-384, 2005.
- 32 CLEMENS, A. S. et al. Soroepidemiologia da varicela no Brasil – resultados de um estudo prospectivo transversal. **Jornal de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria**, v. 75, n. 6, p. 433-441, 1999.
- 33 COIMBRA JR. et al. Potencial endêmico da esquistossomose para o estado de Rondônia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 18, p. 510-515, 1984.
- 34 CONNOLLY, M.; NUNN, P. Women and tuberculosis. **World Health Statistic Quart**, v. 49, p. 115-19, 1996.
- 35 CRUZ, C. R. B.; SHIRASSU, M. M.; MARTINS, W. P. Comparação do perfil epidemiológico das hepatites b e c em um serviço público de São Paulo. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 46, n. 3, p. 225-229, 2009.
- 36 CUNHA, S. S.; RODRIGUES, L. C.; DUPPRE, N. C. Current strategy for leprosy control in Brazil: time to pursue alternative preventive strategies? **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, n. 5, p. 362-365, 2004.

- 37 CURTO, M.; PASCHOAL, V. D. Uma década de acompanhamento dos portadores de hanseníase no ambulatório de dermatologia de um hospital-escola. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, p. 183-195, 2005.
- 38 DEBRAY; D. et al. Liver failure in children with hepatitis A. **Hepatology**, v. 26, p. 1018-1022, 1997.
- 39 DUARTE, H. H. P.; FRANÇA, E. B. Qualidade dos dados da vigilância epidemiológica da dengue em Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 134-142, 2006.
- 40 DYE, C. et al. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence and mortality by country. **Journal of American Medical Association**, n. 82, p. 677-686, 1999.
- 41 ELKHOURY et al. Análise dos registros de leishmaniose visceral pelo método de captura-recaptura. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 931-937, 2007.
- 42 FARRAR, J. et al. Towards a global dengue research agenda. **Tropical Medicine and International Health**, v. 12, p. 695-699, 2007.
- 43 FENNER, F. et al. **Veterinary Virology**. 2 ed. New York: Academic Press; 1993.
- 44 FINE, P. E. M. Leprosy: the epidemiology of a slow bacterium. **Epidemiology Review**, v. 4, p. 161-88, 1982.
- 45 FISZON, J.T.; BOCHNER, R. Subnotificação de acidentes por animais peçonhentos registrados pelo SINAN no Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 1, p. 114-127, 2008.
- 46 FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico, 2007**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> >. Acesso em: 05 set. 2009.
- 47 GALVÃO et al. An evaluation of the Sinan health information system as used by the Hansen's disease control programme, Pernambuco State, Brazil. **Leprosy Review**, v. 79, p. 171-182, 2008.
- 48 GARCIA et al. Análise de tratamento anti-rábico humano pós-exposição em região da Grande São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 295-301, 1999.
- 49 GARGIONI, C. et al. Utilização de método sorológico como ferramenta diagnóstica para implementação da vigilância e controle da esquistossomose no Município de Holambra, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 373-379, 2008.
- 50 GAZETTA, C. E. **Aspectos epidemiológicos da tuberculose em São José do Rio Preto-SP, de 1993 a 1998 a partir das notificações da doença em um**

- Hospital Escola.** Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1999. p. Tese (Doutorado), USP, 1999.
- 51 GOMES, F. J. P. Programa nacional de profilaxia da raiva: considerações sobre o seu desenvolvimento, 1975-1978. In: **3º Seminário sobre Técnicas de Controle da Raiva**; 1979; São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1979; p. 41-53.
- 52 GUIMARAES, I. C. S.; TAVARES NETO, J. Transmissão urbana de esquistossomose em crianças de um bairro de Salvador, Bahia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 39, n. 5, p. 451-455, 2006.
- 53 GUZMÁN, M. G.; KOURÍ, G. Dengue: an update. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 2, n. 1, p. 33-42, 2002.
- 54 HELENE, L. M. F.; SALUM, M. J. L. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 101-113, 2002
- 55 HELMICK, C. G. The epidemiology of human rabies postexposure prophylaxis, 1980-1981. **Journal of American Medical Association**, v. 250, p. 1990-1996, 1983.
- 56 HINRICHSEN, S. L. **Doenças infecciosas e parasitárias.** *MEDSI* 2005; 183: 53-55.
- 57 KLOETZEL, K. Reinfection after treatment of schistosomiasis: environment or predisposition? **Revista Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 32, p. 138-146, 1990.
- 58 LANA, F. C. F. et al. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase no Vale do Jequitinhonha: Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, p. 295-300, 2004.
- 59 LÉCHAT, M.F. et al. Analysis of trends in the occurrence of leprosy. **World Health Statistic Quart**, v. 39, p. 129-37, 1986.
- 60 LEIMANN, B. C. Q.; KOIFMAN, R. J. Sistemas de informação oficiais de meningite criptocócica estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 717-720, 2009.
- 61 LIMA, J. S. et al. Perfil dos acidentes ofídicos no norte do Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 5, p. 561-564, 2009.
- 62 LIMA, M. B. et al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 877-885, 2001.

- 63 LIMA, V. L. C. A Esquistossomose Urbana e a Heterogeneidade Social e Epidemiológica da População do Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.11, n. 1, p. 45-56, 1995.
- 64 LOCKWOOD, D. N. J.; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. **Bull World Health Organization**, v. 83, n. 3, p. 230-235, 2005.
- 65 LOMBARDI, C. Aspectos epidemiológicos da mortalidade entre doentes de hanseníase no Estado de São Paulo (1931-1980). **Revista de Saúde Pública**, v. 18, p. 71-107, 1984.
- 66 MACHADO, K. Controle da hanseníase: agora de olho nos jovens. **Radis**, v. 68, p. 10-13, 2008.
- 67 MEIMA, A.; RICHARDUS, J. H.; HABBEMA, J. D. F. Trends in leprosy case detection worldwide since 1985. **Leprosy Review**, v. 75, p. 19-33, 2004.
- 68 MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 580, de 25 de janeiro de 2001. Acrescenta o agravo Varicela à Lista de Doenças de Notificação Compulsória para todo o estado de Minas Gerais. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG, 25 jan 2001.
- 69 MIRANDA, C. F. J.; SILVA, J. A.; MOREIRA, E. C. Raiva Humana transmitida por cães: áreas de risco em Minas Gerais, Brasil, 1991-1999. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 1, p. 91-99, 2003.
- 70 MIRANZI, S. S. C.; PEREIRA, L. H. M.; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 1, p. 62-67, 2010.
- 71 MOREIRA, E. C. et al. Aspectos epidemiológicos del tratamiento anti-rábico humano en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 80, p. 38-44, 1976.
- 72 MORI, T. Recent trends in tuberculosis, Japan. **Emerging Infectious Diseases**, v. 6, n. 6, p. 566-568, 2000.
- 73 MUNDIM, A. P. M. **Exposição à Raiva Humana no Município de Cuiabá – MT: Epidemiologia e Avaliação das Medidas Preventivas**. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso, 2005. 117 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, 2005.
- 74 NASCIMENTO, S. P. Aspectos epidemiológicos dos acidentes ofídicos ocorridos no estado de Roraima, Brasil, entre 1992 e 1998. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 1-8, 2000.

- 75 NOGUEIRA, J. A. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba – Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 125-131, 2009.
- 76 OPAS/OMS. **Sistemas de informacion y tecnologia de informacion em salud: desafios y soluciones para América Latina y Caribe**. Washington: OPAS/OMS, 1998.
- 77 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Dengue hemorrágica: diagnóstico, tratamento, prevenção e controle**. 2 ed. São Paulo; 2001.
- 78 OSASCO. Prefeitura Municipal de Osasco. Secretaria de Obras. Departamento de Projetos Urbanos. **Projeção da população humana de Osasco para 1995**. Osasco; 1995.
- 79 OURO PRETO. Prefeitura Municipal. **Informações Gerais**. Disponível em <<http://www.pmop.com.br/acidade/informacoesgerais.php>>. Acesso em: 05 set. 2009.
- 80 PAHO. Pan American Health Organization. **2007: number of reported cases of dengue & dengue hemorrhagic fever (DHF), region of the Americas (by country and subregion)**. Disponível em <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/dengue-cases-2007.htm>>. Acesso em: 05 set. 2009.
- 81 PAIXAO, L. M. M.; GONTIJO, E. D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 205-213, 2007.
- 82 PASSOS, A. D. C. et al. Epizootia na área urbana de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p.735-740, 1998.
- 83 PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
- 84 PINHO, F. M. O.; OLIVEIRA, E. S.; PEREIRA, I. D. Acidente ofídico no estado de Goiás. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, p. 93-96, 2004.
- 85 RAVIGLIONE, M. C.; SNIDER, D. E.; KOCHI, A. Global epidemiology of tuberculosis: morbidity and mortality of worldwide epidemic. **Journal of American Medical Association**, n, 273, p. 220-226, 1995.
- 86 RIBEIRO, L. A. et al. Epidemiologia do acidente por escorpião na Grande São Paulo e Municípios próximos, HVB, 1989/90. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 29, p. 238, 1996.
- 87 RUFFINO NETO, A. A tuberculose e o tuberculoso. In: PEREIRA, J. C. M. **Medicina, saúde e sociedade**. Ribeirão Preto: Complexo Gráfico Villimpress; 2003. p. 172-82.

- 88 SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na Análise da Descentralização da Saúde em Mato Grosso. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 10, n. 1, p. 19-30, 2001.
- 89 SCHNEIDER, M. C. et al. Controle da raiva no Brasil de 1980 a 1990. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, p. 196-203, 1996.
- 90 SILVA et al. Hepatite A no Município do Rio de Janeiro, Brasil: padrão epidemiológico e associação das variáveis sócio-ambientais. Vinculando dados do SINAN aos do Censo Demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1553-1564, 2007.
- 91 SOARES, M. R. M.; AZEVEDO, C. S. DE MARIA, M. Escorpionismo em Belo Horizonte, MG: um estudo retrospectivo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n.4, p. 359-363, 2002.
- 92 SZYFRES, L.; ARROSSI, J. C.; MARCHEVSKY, N. Rabia urbana: el problema de las lesiones por mordedura de perro. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 92, p. 310-327, 1982.
- 93 TAUIL, P. L. Perspectivas de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 39, p. 275-277, 2006.
- 94 TORRES, J. R.; CASTRO, J. The health and economic impact of dengue in Latin América. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23 (Suppl 1), p. S23-31, 2007.
- 95 VALENTIM, J. et al. Cost-effectiveness analysis of universal childhood vaccination against varicella in Brazil. **Vaccine**, v. 26, p. 6281-6291, 2008.
- 96 VENDRAMINI, S. H. F. et al. Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 31, n.3, p. 237-243, 2005.
- 97 WEN, F. H. et al. Influência das alterações ambientais na epidemiologia dos acidentes ofídicos e na distribuição geográfica das serpentes de importância médica nos estados de São Paulo e Paraná, 1988-1997. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 11, p. 45-47, 2002.
- 98 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing**. Geneva:World Health Organization; 2006.

ANEXO I

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PORTARIA Nº 5, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2006

Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 36 do Decreto nº. 4.726, de 9 de junho de 2003 e, considerando o disposto no Art. 4º da Portaria nº. 2.325, de 8 de dezembro de 2003, resolve:

Art. 1º Adotar a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, constante do Anexo I desta Portaria, incluindo-se a notificação de casos suspeitos ou confirmados de influenza humana por novo subtipo.

Art. 2º A ocorrência de agravo inusitado, caracterizado como a ocorrência de casos ou óbitos de doença de origem desconhecida ou alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, deverá também ser notificada às autoridades sanitárias.

Art. 3º As doenças e agravos relacionados no Anexo II desta Portaria, para todo território nacional, devem ser notificados, imediatamente, às Secretarias Estaduais de Saúde, e estas deverão informar, também de forma imediata, à Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS.

Parágrafo Único: A notificação imediata deverá ser realizada por um dos seguintes meios de comunicação:

I.: Serviço de notificação eletrônica de emergências epidemiológicas (e-notifica), por meio de mensagem de correio eletrônico enviada ao endereço notifica@saude.gov.br ou, diretamente pelo sítio eletrônico da Secretaria de Vigilância em Saúde, no endereço www.saude.gov.br/svs;

II. Serviço telefônico de notificação de emergências epidemiológicas, 24 horas (Disque-Notifica) por meio de ligação para o número nacional que será divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS, sendo este serviço destinado aos profissionais de saúde cujo Município ou Estado não possuam serviço telefônico em regime de plantão para recebimento das notificações imediatas.

Art. 4º Os agravos de notificação imediata, constantes do Anexo II desta Portaria, devem ser notificados em, no máximo, 24 horas a partir do momento da suspeita inicial.

Parágrafo único. A notificação imediata não substitui a necessidade de registro posterior das notificações em conformidade com o fluxo, a periodicidade e os

instrumentos utilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Art. 5º Os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº. 6259 de 30 de outubro de 1975, são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas nos anexo I, II e III desta Portaria.

Parágrafo único. O não cumprimento desta obrigatoriedade será comunicado aos conselhos de entidades de Classe e ao Ministério Público para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

Art. 6º. Os resultados dos exames laboratoriais das doenças de notificação imediata relacionadas no Anexo III desta Portaria devem ser notificados, pelos laboratórios de referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública de cada Unidade Federada, concomitantemente às Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e a SVS/MS, conforme estabelecido no Art. 3º desta Portaria.

Art. 7.º A definição de caso para cada doença relacionada no Anexo I desta Portaria, obedecerá à padronização definida pela SVS/MS.

Art. 8º É vedada a exclusão de doenças e agravos componentes da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória pelos gestores municipais e estaduais do SUS.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 10 Fica revogada a Portaria nº. 33/SVS, de 14 de julho de 2005, publicada no DOU nº. 135, Seção 1, pág. 111, de 15 de julho de 2005.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR

ANEXO I

Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória

- I. Botulismo
- II. Carbúnculo ou Antraz
- III. Cólera
- IV. Coqueluche
- V. Dengue
- VI. Difteria
- VII. Doença de Creutzfeldt - Jacob
- VIII. Doenças de Chagas (casos agudos)
- IX. Doença Meningocócica e outras Meningites
- X. Esquistossomose (em área não endêmica)
- XI. Eventos Adversos Pós-Vacinação
- XII. Febre Amarela
- XIII. Febre do Nilo Ocidental
- XIV. Febre Maculosa
- XV. Febre Tifóide
- XVI. Hanseníase
- XVII. Hantavirose
- XVIII. Hepatites Virais

- XIX. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
- XX. Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
- XXI. Leishmaniose Tegumentar Americana
- XXII. Leishmaniose Visceral
- XXIII. Leptospirose
- XXIV. Malária
- XXV. Meningite por *Haemophilus influenzae*
- XXVI. Peste
- XXVII. Poliomielite
- XXVIII. Paralisia Flácida Aguda
- XXIX. Raiva Humana
- XXX. Rubéola
- XXXI. Síndrome da Rubéola Congênita
- XXXII. Sarampo
- XXXIII. Sífilis Congênita
- XXXIV. Sífilis em gestante
- XXXV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS
- XXXVI. Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda
- XXXVII. Síndrome Respiratória Aguda Grave
- XXXVIII. Tétano
- XXXIX. Tularemia
- XL. Tuberculose
- XLI. Varíola

ANEXO II

Doenças e Agravos de notificação imediata

I. Caso suspeito ou confirmado de:

- a) Botulismo
- b) Carbúnculo ou Antraz
- c) Cólera
- d) Febre Amarela
- e) Febre do Nilo Ocidental
- f) Hantavirose
- g) Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
- h) Peste
- i) Poliomielite
- j) Raiva Humana
- l) Sarampo, em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior
- m) Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda
- n) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- o) Varíola
- p) Tularemia

II. Caso confirmado de:

- a) Tétano Neonatal

III. Surto ou agregação de casos ou de óbitos por:

- a) Agravos inusitados
- b) Difteria
- c) Doença de Chagas Aguda
- d) Doença Meningocócica
- e) Influenza Humana

IV. Epizootias e/ou morte de animais que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos:

- a) Epizootias em primatas não humanos
- b) Outras epizootias de importância epidemiológica

ANEXO III

Resultados laboratoriais devem ser notificados de forma imediata pelos Laboratórios de Saúde Pública dos Estados (LACEN) e Laboratórios de Referência Nacional ou Regional

I. Resultado de amostra individual por:

- a) Botulismo
- b) Carbúnculo ou Antraz
- c) Cólera
- d) Febre Amarela
- e) Febre do Nilo Ocidental
- f) Hantavirose
- g) Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
- h) Peste
- i) Poliomielite
- j) Raiva Humana
- l) Sarampo
- m) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- n) Varíola
- o) Tularemia

II. Resultado de amostras procedentes de investigação de surtos:

- a) Agravos inusitados
- b) Doença de Chagas Aguda
- c) Difteria
- d) Doença Meningocócica
- e) Influenza Humana

ANEXO II

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS RESOLUÇÃO SES Nº 1481 DE 16 DE MAIO DE 2008

Acrescenta agravos estaduais a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, Gestor do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais – SUS/MG, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto no inciso II do art. 7º da Lei no 13.317 de 24 de setembro de 1999 e, ainda, considerando:

- a Lei no 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

- a Portaria no. 2325/GM/MS, de 08 de dezembro de 2003, que define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional. - Portaria no. 05/SVS, de 21 de fevereiro de 2006, que inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos;

- a necessidade de inclusão de outras doenças, agravos e resultados laboratoriais na Lista de Doenças de Notificação Compulsória; resolve:

Art. 1º Ficam incluídos no elenco de doenças de notificação compulsória, de que trata a Portaria no. 05/SVS/MS de 21 de fevereiro de 2006, nos termos dos anexos I e II desta Resolução os seguintes agravos:

Agravos Estaduais acrescentados ao Anexo I:

- 1 - Acidentes por Animais Peçonhentos
- 2 - Caxumba
- 3 - Esquistossomose
- 4 - Intoxicação exógena
- 5 - Paracoccidiodomicose
- 6 - Tracoma (notificação)
- 7 - Varicela (notificação)

Agravos Estaduais acrescentados ao Anexo II:

I – Caso suspeito ou confirmado de:

- 1 - Coqueluche
- 2 - Difteria
- 3 - Doença Meningocócica
- 4 - Doença de Chagas (casos agudos)
- 5 - Leishmaniose visceral

- 6 - Rubéola
- 7 - Sarampo
- 8 - Sífilis congênita
- 9 - Sífilis em gestante
- 10 - Tétano neonatal
- II – Surtos ou agregação de casos ou de óbito por:
 - 1 - Diarréias agudas
 - 2 - Doenças transmitidas por alimentos e água
 - 3 - Glomérulo nefrite aguda na faixa etária de 15 anos e mais
 - 4 - Hepatite virais
 - 5 - Intoxicação exógena
 - 6 - Meningites
 - 7 - Poxvírus
 - 8 – Toxoplasmose

Art. 2º Com as alterações introduzida pelo art. 1º desta Resolução, nos termos do art. 3º da Portaria 2325/MS/GM/2003, constituirão, para efeitos da aplicação da Lei 6.259 de 30 de Outubro de 1975, doenças de notificação compulsória em todo o Estado de Minas Gerais, os agravos especificados no anexo I desta Resolução.

Art. 3º Continua obrigatória, no Estado de Minas Gerais, a notificação do atendimento antirrábico humano.

Art. 4º A ocorrência de agravo inusitado, caracterizado como casos ou óbitos de doença de origem desconhecida ou alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar na Lista Estadual de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, deverá também ser notificada às autoridades sanitárias.

Art. 5º As doenças e agravos, especificados no anexo II desta Resolução, deverão ser notificados IMEDIATAMENTE às Secretarias Municipais de Saúde, e estas deverão informar, também de forma imediata, à Secretaria de Estadual de Saúde – SES-MG.

§ 1º Os agravos de que trata o caput deste artigo, devem ser notificados a Autoridade Sanitária do município de ocorrência do evento, no prazo máximo de 24 horas a partir do momento da suspeita inicial.

§ 2º Caso o município não possua serviço telefônico em regime de plantão, as notificações deverão ser feitas à Gerência Regional de Saúde (GRS) da área de jurisdição do município, ou ainda, à Gerência de Vigilância Epidemiológica ou à Unidade de Epidemiologia de Campo da Gerência de Inteligência Epidemiológica, da Superintendência de Epidemiologia da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde, de acordo com os números telefônicos especificados no Anexo III desta Resolução.

§ 3º Em caso de falha de comunicação telefônica, poderá ser utilizado o endereço eletrônico: notifica.se@saude.mg.gov.br e ainda, o sítio eletrônico da SES-MG: www.saude.mg.gov.br no link Notifique aqui surtos e emergências.

Art. 6º A notificação imediata, de que trata o artigo anterior, não substitui a necessidade de registro das notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, em conformidade com o fluxo, periodicidade e instrumentos já utilizados.

Art. 7º Os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei no. 6259 de 30 de outubro de 1975, são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS a ocorrência

de casos suspeitos ou confirmados das doenças especificadas nos anexos I e II desta Resolução.

Parágrafo único. A constatação do não cumprimento da obrigatoriedade de que trata o caput será comunicado aos conselhos de entidades de Classe e ao Ministério Público para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

Art. 8º Os resultados dos exames laboratoriais das doenças de notificação imediata, especificadas no anexo II desta resolução, deverão ser notificados, também de forma imediata, pelos laboratórios estaduais (LACEN e macrorregionais), municipais, privados, de instituições de ensino, hemocentros e núcleos de hemoterapia, devendo o fluxo das informações proveniente dos laboratórios seguir o já estabelecido, ou seja, notificação para a autoridade sanitária municipal de origem do exame e desta para o Estado.

Parágrafo único. Para os agravos suspeitos de Doença Meningocócica, Difteria, Febre Amarela, Sarampo, Influenza Humana por novo subtipo e epizootias é obrigatória a notificação assim que o pedido do exame entrar no laboratório.

Art. 9º Fica estabelecida a obrigatoriedade da coleta de material "post mortem", de acordo com protocolo do Laboratório de Saúde Pública do Instituto Otávio Magalhães da Fundação Ezequiel Dias (LACEN-IOM-FUNED) por médico da instituição de ocorrência do óbito, acordado com a autoridade sanitária local ou estadual, com base nos artigos 32 e 33 da Lei 13.317 de 24 de setembro de 1999, independente da autorização familiar, em caso de óbito suspeito por agravo listado no anexo II desta Resolução, sem confirmação diagnóstica, na ausência de um serviço de verificação de óbito local.

Parágrafo único. Os espécimes biológicos coletados deverão ser encaminhados para o LACEN-IOM-FUNED, que mantém plantão permanente para recebimento de amostras, com telefone disponível no sítio eletrônico www.funed.mg.gov.br, devendo o material ser acompanhado da ficha de notificação da doença mais provável de etiologia do óbito.

Art. 10º A definição de caso para cada doença relacionada no Anexo I desta Resolução, obedecerá à padronização definida pela SVS/MS e pela SES/MG.

Art. 11 Fica vedada a exclusão de doenças ou agravos, componentes da Lista de Doenças de Notificação Compulsória, pelos gestores municipais do SUS.

Art. 12 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando se as disposições em contrário, em especial a Resolução SES no. 580, de 24 de janeiro de 2001.

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva Secretário de Estado de Saúde e Gestor do SUS/MG

Anexo I

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM TODO O ESTADO DE MINAS GERAIS

- 1 - Acidentes por Animais Peçonhentos
- 2 - Botulismo
- 3 - Carbúnculo ou Antraz
- 4 - Caxumba
- 5 - Cólera
- 6 - Coqueluche
- 7 - Dengue
- 8 - Difteria

- 9 - Doença de Creutzfeldt – Jacob
- 10 - Doença Meningocócica e outras Meningites
- 11 - Doenças de Chagas (casos agudos)
- 12 - Esquistossomose
- 13 - Eventos Adversos Pós-Vacinação
- 14 - Febre Amarela
- 15 - Febre do Nilo Ocidental
- 16 - Febre Maculosa
- 17 - Febre Tifóide
- 18 - Hanseníase
- 19 - Hantavirose
- 20 - Hepatites Virais
- 21 - Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
- 22 - Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
- 23 - Intoxicação exógena
- 24 - Leishmaniose Tegumentar Americana
- 25 - Leishmaniose Visceral
- 26 - Leptospirose
- 27- Malária
- 28 - Meningite por Haemophilus influenzae
- 29 - Paracoccidiodomicose
- 30 - Paralisia Flácida Aguda
- 31 - Peste
- 32 - Poliomielite
- 33- Raiva Humana
- 34 - Rubéola
- 35 - Sarampo
- 36 - Sífilis Congênita
- 37 - Sífilis em gestante
- 38 - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS
- 39 - Síndrome da Rubéola Congênita
- 40 - Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda
- 41 - Síndrome Respiratória Aguda Grave
- 42 - Tétano
- 43 - Tracoma (notificação)
- 44 - Tuberculose
- 45 - Tularemia
- 46 - Varicela (notificação)
- 47 - Variola

Anexo II

DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO IMEDIATA

I Caso suspeito ou confirmado de:

- 1-Botulismo
- 2-Carbúnculo ou Antraz
- 3-Cólera
- 4-Coqueluche

- 5-Difteria
- 6- Doença Meningocócica
- 7-Doenças de Chagas Aguda
- 8-Febre Amarela
- 9-Febre do Nilo Ocidental
- 10-Hantavirose
- 11-Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
- 12-Peste
- 13-Poliomielite
- 14-Raiva Humana
- 15-Rubéola
- 16-Sarampo
- 17-Sífilis Congênita
- 18-Sífilis em Gestantes
- 19-Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda
- 20-Síndrome Respiratória Aguda Grave
- 21-Tétano Neonatal
- 22-Tularemia
- 23-Varíola

II Surto ou agregação de casos ou de óbitos por:

- 1-Agravos inusitados
- 2-Diarréias agudas
- 3-Doenças transmitidas por alimento e água
- 4 - Glomerulonefrite Aguda em ≥ 15 anos
- 5-Hepatites Virais
- 6-Influenza Humana
- 7-Meningites

III. Epizootias e/ou morte de animais que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos:

- 1 Epizootias em primatas não humanos
- 2 Outras epizootias de importância epidemiológica.

Anexo III

RELAÇÃO DE TELEFONES PARA NOTIFICAÇÃO IMEDIATA DE EVENTOS RELACIONADOS NO ANEXO II DESTA RESOLUÇÃO, QUANDO NÃO HOUVER ACESSO À AUTORIDADE DE SANITÁRIA MUNICIPAL DA OCORRÊNCIA:

Gerências Regionais de Saúde (GRS):

GRS Alfenas – Telefone: (35)3292.3122 ramal 205 – Celular: (35)9974.1664

GRS Barbacena – Telefone: (32)3333.5080 ramal 117 – Celular: (32)9983.5025

GRS Belo Horizonte – Telefone: (31)3264.1055 / 3284.8328 – Celular: (31)9990.9050 ou 9795.2851

GRS Coronel Fabriciano – Telefone: (31)3846.6612 ramais 219, 223 – Celular: (31)9988.3908

GRS Diamantina – Telefone: (38)3531.1205 – Celular: (38)9971.0855

GRS Divinópolis – Telefone: (37)3222.0123 – Celular: (37)9987.8765

GRS Governador Valadares – Telefone: (33)3221.6600 – Celular: (33)9989.3047

GRS Itabira – Telefone: (31)3831.6330 – Celular: (31)9963.6555
GRS Ituiutaba – Telefone: (34)3268.2172 – Celular: (34)9988.0572
GRS Januária – Telefone: (38)3621.6353 – Celular: (38)9904.5540
GRS Juiz de Fora – Telefone: (32)3216.9373 – Celular: (32)9982.4204
GRS Leopoldina – Telefone: (32)3441.4608 – Celular: (32)9984.0518
GRS Manhumirim – Telefone: (33)3341.1111 – Celular: (33)9984.4767
GRS Montes Claros – Telefone: (38)3221.5055 ramais 110 e 116 – Celular:
(38)9986.5726
GRS Passos – Telefone: (35)3521.9333 – Celular: (35)9981.0486
GRS Patos de Minas – Telefone: (34)3821.6388 – Celular: (34)9987.1182
GRS Pedra Azul – Telefone: (33)3751.1694 – Celular: (33)9979.1000
GRS Pirapora – Telefone: (38)3741.1537 – Celular: (38)9977.0731
GRS Ponte Nova – Telefone: (31)3817.2234 – Celular: (31)9989.0262
GRS Pouso Alegre – Telefone: (35)3422.2211 – Celular: (35)9984.5639
GRS São João del Rei – Telefone: (32)3371.8849 / (32)3372.4071 – Celular:
(32)9981.1328
GRS Sete Lagoas – Telefone: (31)3774.0599 / 0054 – Celular: (31)9986.3171
GRS Teófilo Otoni – Telefone: (33)3521.1425 / 3522.1777 – Celular: (33)9985.0184
GRS Ubá – Telefone: (32)3532.6431 – Celular: (32)9985.2364
GRS Uberaba – Telefone: (34)3321.5622 – Celular: (34)9984.2299 (desativado)
GRS Uberlândia – Telefone: (34)3214.4600 ramais 235 e 212 – Celular:
(34)9988.0571
GRS Unaí – Telefone: (38)3677.4761 / 3677.4724 – Celular: (38)9961.1761
GRS Varginha – Telefone: (35)3221.3476 – Celular: (35)9989.5312
Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE) – SES-MG Celular de Plantão:
(31)9967.8020
Unidade de Epidemiologia de Campo (UEPICAMPO) – SES/MG – Celular de Plantão
(31) 9744.6983.