

29. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Leandro Nascimento da Silva¹
Flúvia Pereira Amorim da Silva²
Grécia Carolina Pessoni³
Juliana Brasiel da Silva⁴
Samira Nascimento Mamed⁵

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem que se vincula a matéria:

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 509/2016. Dispõe sobre a Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente.

Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

O Sistema Único de Saúde (SUS), incorporou o Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE), definindo-a, em seu texto legal (Lei nº 8.080/90), como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 2009).

Ao longo dos anos, o SVE tem ampliado seu escopo, incorporando novos objetos de interesse e adotando novas metodologias de atuação, como a Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, a Vigilância de Fatores de Risco, a Vigilância Nutricional e, mais recentemente, a Vigilância do Óbito, com destaque para o Óbito Materno e Infantil. A vigilância do óbito, por exemplo, tem dado

¹ Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

² Enfermeira. Mestre em Medicina Tropical, Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

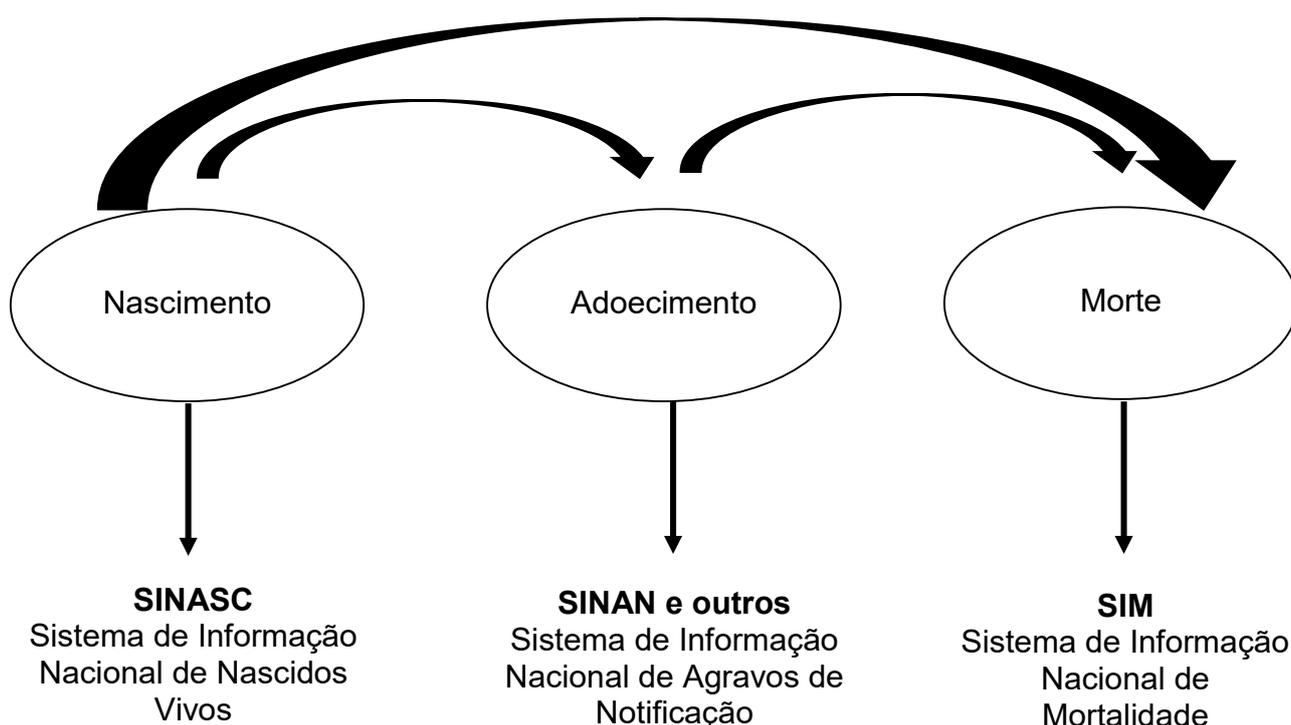
⁴ Enfermeira. Mestre em Medicina Tropical, Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica de Goiás e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

uma importante contribuição para o planejamento em saúde, pois através da reconstituição da história de vida e morte, da trajetória em busca de assistência e da análise dos determinantes sociais e dos critérios de evitabilidade, permite a correção e qualificação dos dados de mortalidade e da atuação para prevenção de novas ocorrências.

Através dos sistemas nacionais de informações em saúde, é possível trabalhar dados da linha da vida e transformá-los em informação, que deve subsidiar o planejamento, execução e monitoramento das políticas públicas de saúde.

FIGURA 1. FLUXOGRAMA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE UTILIZADOS NAS OCORRÊNCIAS DO CICLO DE VIDA



Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

A operacionalização da vigilância epidemiológica permite conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. As funções da vigilância epidemiológica são: coleta de dados; processamento de dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas; promoção das ações de prevenção e controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; e divulgação de informações pertinentes (BRASIL, 2009).

As competências de cada um dos níveis do sistema de saúde (municipal, estadual e federal), abrangem todo o espectro das funções de vigilância epidemiológica, porém com graus de especificidade variáveis. As ações executivas são inerentes ao nível municipal e seu exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local. Por sua vez, cabe aos níveis nacional e estadual conduzirem ações de caráter estratégico, de coordenação em seu âmbito de ação e de longo alcance, além da atuação de forma complementar ou suplementar aos demais níveis (BRASIL, 2009).

Com o desenvolvimento do SUS, os sistemas municipais de vigilância epidemiológica vêm sendo dotados de autonomia técnico-gerencial e ampliando o enfoque, para além dos problemas definidos como de prioridade nacional, que inclui os problemas de saúde mais importantes de suas respectivas áreas de abrangência (BRASIL, 2009).

Atualmente, busca-se oferecer assistência integral através de uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico. Assim, a vinculação das equipes ao território e a continuidade da atenção são imprescindíveis, pois, permitem o estabelecimento, a partir da identificação de problemas e da eleição de um conjunto de prioridades, do planejamento do trabalho em saúde (CAMPOS, 2003).

Ademais, são atribuições comuns a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), garantir a atenção à saúde, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e propiciar atendimento da demanda espontânea, realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2012). A equipe local é, portanto, responsável por todos os aspectos implicados com a saúde e, tem por objetivo, partilhar com a comunidade, os possíveis caminhos e as decisões a respeito da promoção, prevenção e atendimento à saúde das famílias a ela referidas (CAMPOS, 2003).

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde pode ser considerada o espaço das práticas de um novo modo de conceber o sistema de saúde (CAMPOS, 2003), incorporando as práticas da Vigilância Epidemiológica ao nível local de assistência à saúde, se responsabilizando de maneira integral pela população de sua área de abrangência.

No Quadro 1 estão listadas as principais atribuições das equipes da Estratégia (ESF), segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as quais guardam grande coerência com os princípios da vigilância da saúde, em especial, da Vigilância Epidemiológica.

QUADRO 1. ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA , SEGUNDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE.

- Conhecer a realidade das famílias (socioeconômica, psicológica, cultural, demográfica e epidemiológica);
- Identificar problemas de saúde e situações de risco;
- Elaborar planos locais de saúde;
- Valorizar o vínculo, a continuidade e a relação de confiança;
- Executar ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária;
- Desenvolver ações voltadas para o controle de hanseníase, tuberculose, IST/aids, doenças crônicas, ligadas ao trabalho e ao meio ambiente;
- Resolver a maior parte dos problemas e garantir a referência;
- Prestar assistência integral e promover a saúde através da educação para a saúde;
- Desenvolver a autoestima, o apoio mútuo, o autocuidado, a troca de experiências;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações para melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente;
- Incentivar a formação e a participação nos conselhos de Saúde.

Fonte: BRASIL, 2012.

No contexto da APS, o planejamento, a coordenação e a execução das ações de Vigilância Epidemiológica não são exclusivas de uma categoria profissional, contudo, fazem parte das competências do enfermeiro, conforme o decreto, 94.406/87 que regulamenta a Lei nº 7.498/86, do exercício profissional. Em seu Art. 11, parte II, letra "g", compete ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde: "Participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, e nos programas de Vigilância Epidemiológica". Assim, a participação do enfermeiro, em todas as etapas do processo, de vigilância epidemiológica é garantida em Lei, e deve ser exercida com zelo e competência.

Cabe ao enfermeiro, profissional sempre presente nas equipes de APS e, comumente, o profissional que coordena os Núcleos de Epidemiologia municipais, promover a integração entre as equipes de Vigilância e Atenção Primária, através da promoção de uma ambiência que possibilite a construção conjunta entre as equipes da análise de situação de saúde local, a produção de informações a partir da notificação e investigação epidemiológica, e o feedback de informações às equipes de saúde.

Em Goiás, a Portaria nº 439 GAB/SES, de 08 de junho de 2001, estabelece normas para a formação e as atividades dos Núcleos de Epidemiologia e de Informação em Saúde municipais, com a finalidade de desempenhar as ações de Vigilância Epidemiológica nos municípios. A portaria regulamenta as competências do núcleo, a equipe mínima e as categorias profissionais aptas a exercer a função, sendo o enfermeiro integrante dessa equipe. A Portaria nº 111 GAB/SES, de 29 de agosto de 2015, altera parte da Portaria nº 439, permitindo a acumulação do cargo de coordenador do núcleo de epidemiologia, com ações das equipes da estratégia em municípios com menos de 7.500 habitantes.

Assim, as ações de Vigilância Epidemiológica são desencadeadas, em grande parte, no âmbito da APS, que deve ser a porta de entrada do cidadão no sistema de saúde local e coordenadas, em âmbito global, pela equipe do Núcleo de Epidemiologia Municipal. Contudo, o trabalho deve ser integrado respeitando as especificidades das equipes.

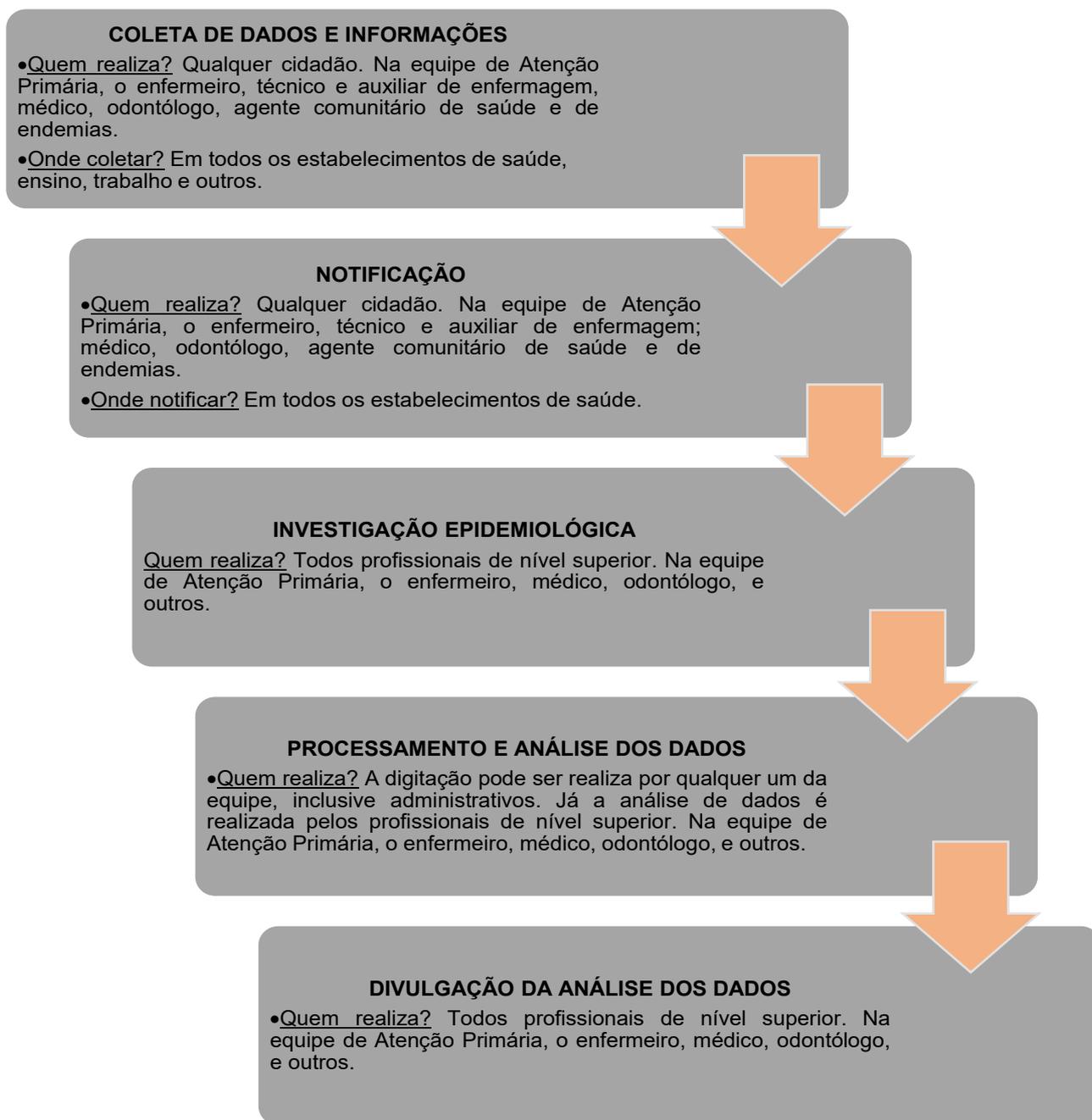
2. ETAPAS DO PROCESSO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

As etapas do processo de Vigilância Epidemiológica são descritas, resumidamente, na Figura 2. Vale destacar que várias dessas etapas acontecem, simultaneamente e, em determinados momentos, de maneira cíclica.

2.1. Coleta de dados e informações

Os dados exercem funções importantes na vigilância epidemiológica, pois o cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de dados. A qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário, como a atenção primária. É também nesse nível que os dados devem, primariamente, ser tratados e estruturados, para se constituírem em um poderoso instrumento, a informação, capaz de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações (BRASIL, 2009).

FIGURA 2. ETAPAS DO PROCESSO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Deve-se abranger o maior número possível de fontes geradoras, entretanto, não é possível, nem necessário, conhecer a totalidade dos casos. A partir de fontes selecionadas e confiáveis, pode-se acompanhar as tendências da doença ou agravo, com o auxílio de estimativas de subnotificação de casos (BRASIL, 2009).

O fluxo, a periodicidade e os tipos de dados coletados devem corresponder a necessidades de utilização previamente estabelecidas, com base nas características próprias de cada doença ou agravo sob vigilância. O fluxo deverá ser suficientemente rápido para que não ocorra atraso na adoção de medidas de prevenção e controle (BRASIL, 2009).

Os dados e informações que alimentam o Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE) são, principalmente, os seguintes: dados demográficos, ambientais e socioeconômicos, dados de morbidade, fatores de risco e mortalidade (Figura 3).

FIGURA 3. TIPOS DE DADOS E INFORMAÇÕES UTILIZADAS PELA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.



Fonte: Elaborado por autores (2022), adaptado de Brasil (2009).

2.2. Notificação

Notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Historicamente, a notificação compulsória tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo informação-decisão-ação (BRASIL, 2009). As principais fontes notificadoras são apresentadas na Figura 4.

FIGURA 4. FONTES NOTIFICADORAS DE INFORMAÇÕES E EVENTOS DE IMPORTÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

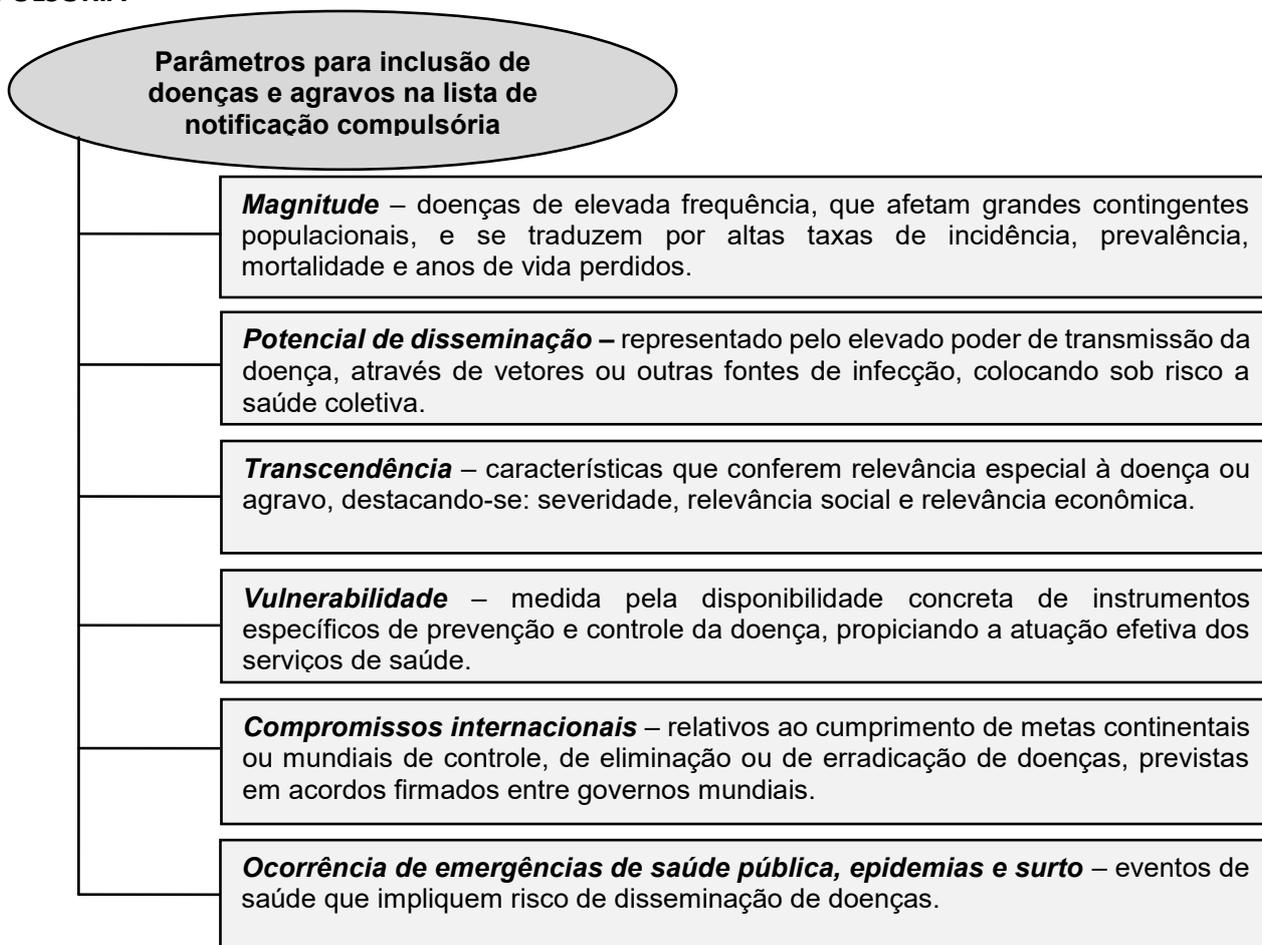
A listagem das doenças de notificação nacional é estabelecida pelo Ministério da Saúde entre as consideradas de maior relevância sanitária para o país. A atual Portaria nº 420 de 02 de março de 2022, especifica as doenças de notificação obrigatória (suspeita ou confirmada), além das doenças ou eventos de “notificação imediata” (informação rápida, ou seja, deve ser comunicado por e-mail, telefone, ou web, em até 24 horas, após a detecção), conforme o Quadro 2 (ANEXO A – ver final do capítulo) (BRASIL, 2022).

O caráter compulsório da notificação implica responsabilidades formais para todo cidadão e uma obrigação inerente ao exercício da medicina e da enfermagem, bem como de outras profissões na área de saúde e responsáveis por organizações e estabelecimentos de saúde e ensino (BRASIL, 1975; BRASIL, 2009), com possibilidade de sanções penais em casos de inobservância dessa obrigatoriedade, conforme “Art. 269 - deixar o médico denunciar à autoridade pública, doença cuja notificação é compulsória: Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa” (BRASIL, 1940; BRASIL, 2009).

Os dados coletados sobre as doenças de notificação compulsória são incluídos no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Estados e municípios podem adicionar à lista outras patologias de interesse regional ou local, justificada a sua necessidade e definidos os mecanismos operacionais correspondentes.

Para seleção das doenças de notificação compulsória, são exigidos alguns critérios (Figura 5) que devem ser avaliados e considerados em conjunto, embora o atendimento a apenas alguns deles possa ser suficiente para incluir determinada doença ou evento (BRASIL, 2009).

FIGURA 5. PARÂMETROS PARA INCLUSÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS NA LISTA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA



Fonte: MAMED *et al.* (2017) adaptado de BRASIL (2009).

O principal instrumento de notificação são as fichas de investigação do Ministério da Saúde. Cada agravo possui uma ficha específica, que contempla dados sociodemográficos do caso ou evento, descrição clínica e laboratorial e os critérios para notificação, considerando que cada agravo possui um critério diferente.

O repasse dessas informações deve ser em tempo oportuno para que se evitem atrasos na disponibilidade desses dados e dificuldades na sua utilização na vigilância epidemiológica. A disseminação eletrônica de dados tem contribuído muito para facilitar o acesso a essas informações. Os sistemas locais de saúde devem ser estimulados a utilizar de imediato as informações das declarações de óbito (BRASIL, 2009).

Entende-se, entretanto, que devem ser coletados dados para efetiva utilização no aprimoramento das ações de saúde, de modo a não sobrecarregar os serviços com o preenchimento desnecessário de formulários (BRASIL, 2009).

Aspectos que devem ser considerados na notificação:

- a) Notificar a simples suspeita da doença ou evento. Não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir eficazmente;
- b) A notificação tem de ser sigilosa, só podendo ser divulgada fora do âmbito médico-sanitário em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos;
- c) O envio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência de casos, configurando-se o que se denomina notificação negativa, que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações (BRASIL, 2009).

2.3. Investigação Epidemiológica

A investigação epidemiológica de campo de casos, surtos, epidemias ou outras formas de emergência em saúde, é uma atividade obrigatória de todo sistema local de vigilância epidemiológica, cuja execução primária é responsabilidade de cada unidade técnica que, nesse contexto, pode ser apoiada pelos demais setores relacionados e níveis de gestão do SUS. Sendo, portanto, passível de realização in loco na atenção primária, principalmente pelo enfermeiro. Todavia, cada agravo possui um fluxo de investigação específico.

O objetivo da investigação é garantir a obtenção, de forma correta e completa, por meio de fontes primárias (coleta direta nos pacientes ou serviços de saúde), ou secundárias (registros de serviços de saúde ou bases de dados de sistemas de informação), das informações necessárias referentes a diferentes contextos (BRASIL, 2014).

Essa investigação deve ser iniciada, imediatamente, após a notificação de caso isolado ou agregado de doença/agravo, seja ele, suspeito, clinicamente declarado, ou mesmo contato, para o qual as autoridades sanitárias considerem necessário dispor de informações (BRASIL, 2014).

De modo geral, quando da suspeita de doença transmissível de notificação compulsória, o profissional deve buscar responder a várias questões essenciais para orientar a investigação e as medidas de controle da doença (Quadro 3) (BRASIL, 2014).

QUADRO 3. QUESTÕES ESSENCIAIS A SEREM RESPONDIDAS, E INFORMAÇÕES ADQUIRIDAS EM UMA INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS	COMPONENTE DA INVESTIGAÇÃO
Trata-se realmente de casos da doença sob suspeita?	Confirmação do diagnóstico
Quais são os principais atributos individuais dos casos?	Identificação de características biológicas, ambientais e sociais
A partir de que ou de quem foi contraída a doença?	Fonte de infecção
Como o agente da infecção foi transmitido aos doentes?	Modo de transmissão
Outras pessoas podem ter sido infectadas/afetadas a partir da mesma fonte de infecção?	Delimitação da área de abrangência de transmissão
A quem os casos investigados podem ter transmitido a doença?	Identificação de casos novos, contatos, comunicantes
Quais fatores determinaram a ocorrência da doença ou podem contribuir para uma nova transmissão?	Identificação de fatores de risco
Por quanto tempo os doentes podem transmitir a doença?	Determinação do período de transmissibilidade
Como os casos da doença estão distribuídos em tempo e espaço?	Determinação de relação espacial e/ou temporal entre os casos
Como evitar a disseminação da doença entre a população?	Medidas de controle e prevenção

Fonte: Adaptado de Brasil (2014).

O enfermeiro deve estar atento para orientar seu trabalho na perspectiva de buscar respostas às questões acima referidas. Deve entender, ainda, que muitos passos dessa atividade são realizados de modo simultâneo e sempre devem recorrer à equipe de vigilância epidemiológica de seu município para desenvolver ações conjuntas e complementares (BRASIL, 2014).

A questão laboratorial também é muito importante. O enfermeiro deve oportunizar os exames específicos e complementares de acordo com a estratégia de vigilância determinada para cada agravo. Deve, inclusive, otimizar ações diferenciais para cada doença, no sentido de efetivar recomendações em saúde aos usuários doentes, expostos e susceptíveis, como: orientações quanto ao tratamento adequado, e métodos e ações de prevenção primária (vacina, higienização e mudança de hábitos, entre outros).

2.3.1 Investigação epidemiológica de surtos e epidemias

Os primeiros casos de uma epidemia sempre devem ser submetidos à investigação profunda. A magnitude, extensão, natureza do evento, a forma de transmissão e os tipos de medidas de controle indicadas (individuais, coletivas ou ambientais) são alguns elementos que orientam a equipe sobre a necessidade de serem investigados todos ou apenas uma amostra dos casos (BRASIL, 2014).

O principal objetivo da investigação de um surto ou epidemia é identificar formas de interromper o mecanismo de transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos. Também, é importante avaliar se o referido aumento de casos se trata realmente de uma alteração do padrão epidemiológico esperado, ou se é um evento esperado para aquela época do ano, lugar e população (BRASIL, 2014).

Além da prevenção de novos casos e surtos, a investigação desse tipo de evento pode contribuir para a descoberta de novos agentes, novas doenças e novos tratamentos, ampliar o conhecimento sobre novas doenças e daquelas já conhecidas e, ainda, fazer com que a população passe a ter mais confiança no serviço público de saúde (BRASIL, 2014).

Epidemia

Elevação do número de casos de uma doença ou agravo, em um determinado lugar e período, caracterizando, de forma clara, um excesso em relação à frequência esperada (BRASIL, 2014).

Surto

Tipo de epidemia, em que os casos se restringem a uma área geográfica, geralmente pequena e bem delimitada ou a uma população (BRASIL, 2014).

Assim, é de extrema relevância que as equipes de atenção primária iniciem as ações conjuntamente com as equipes de vigilância epidemiológica do município, visando atender as seguintes etapas (BRASIL 2018):

- **Etapa 1 – Confirmação da existência de epidemia ou surto:** breve análise da tendência temporal da doença, verificando qual é a situação do evento, se há uma elevação do número de casos na área e, se os casos são realmente de um mesmo evento. Em geral, quando se observa um aumento de casos, é provável que um surto tenha ocorrido ou esteja em curso. No entanto, em algumas ocasiões, o excesso de casos pode não representar um surto, mas uma mudança no sistema de vigilância, na sensibilidade ou na definição de caso empregado, uma melhoria dos procedimentos de diagnóstico, ou, até mesmo, um erro de interpretação desse diagnóstico.
- **Etapa 2 – Confirmação da ocorrência da doença ou evento, verificando se o diagnóstico está correto.** É necessário a análise de prontuários ou fichas de atendimentos, avaliação de dados clínicos, laboratoriais etc.
- **Etapa 3 – Caracterização da epidemia:** estabelecer a definição de caso e de modo a reunir informações que visam responder a algumas questões relativas à distribuição no tempo, lugar e pessoa da epidemia ou surto;
- **Etapa 4 – Descrever os dados do surto em tempo, lugar e pessoa.** Uma boa descrição deve fornecer indícios sobre o surto e motivos da sua ocorrência (p. ex.: qual é a fonte que causa a doença, qual o modo de transmissão, que população pode ser afetada etc.), bem como permite levantar as hipóteses da causa (i.e.: fatores de risco) do surto.
- **Etapa 5 – Determinar a população de risco:** A esta altura, já se sabe o número de pessoas que adoeceram, quando e onde elas se tornaram doentes, quais as suas características e, usualmente, o diagnóstico ou o andamento do diagnóstico. Nesta etapa, busca dos dados referentes à etapa 3 de maneira detalhada, por meio de busca ativa de casos envolvidos, bem como de casos novos e susceptíveis, sempre em busca de responder às questões do Quadro 3 aqui apresentado.
- **Etapa 6 – Levantar hipóteses que explica as exposições específicas,** que podem ter causado a doença, é um passo importante para confirmar ou descartar as hipóteses levantadas na etapa 4.
- **Etapa 7 – Comparar hipóteses com os fatos estabelecidos:** é um passo importante para confirmar ou descartar as hipóteses levantadas. A depender do surto ou epidemia, apenas os dados descritivos são suficientes para se demonstrar a causa do surto, comprovada pela análise da fonte mais prevalente, encontrada no estudo descritivo e agente etiológico.

- **Etapa 8 – Refinar as hipóteses e realizar estudos complementares:** a depender do surto ou epidemia, pode ser necessária reconsiderar os dados, levantar outros dados complementares e verificar outros modos de transmissão e outras hipóteses possíveis, caso não se tenha conseguido confirmar nenhuma das hipóteses levantadas anteriormente.
- **Etapa 9 – Implementar medidas de controle e prevenção:** essas medidas devem ser tomadas desde a primeira etapa na investigação. No entanto, a revisão das medidas adotadas no início do evento, pode confirmar o sucesso das ações implantadas ou indicar a necessidade de implementar novas medidas de prevenção e controle, a depender do agravo ou evento ocorrido.
- **Etapa 10 – Comunicar resultados:** O relatório e outros produtos, resultantes da investigação epidemiológica, deverão ser divulgados aos serviços participantes da investigação e, o mais breve possível, aos demais serviços relacionados à implementação das medidas recomendadas e à população, respeitando o anonimato dos pacientes que cederam os dados individualmente.

2.4. Processamento, análise e divulgação dos dados

No decorrer do processo de vigilância e investigações epidemiológicas, é necessário fazer análises parciais e finais com o objetivo de concluir a investigação e levar às medidas de controle efetivas. São importantes características de pessoa, espaço, tempo, relação causal, aspectos clínicos, riscos ambientais e populacionais, dentre outros.

Esses dados devem ser consolidados e apresentados por meio de um relatório que contenha um breve histórico do agravo/evento, gráficos, tabelas, mapas da área investigada, diagramas, fluxos e outras ferramentas, que facilitam a leitura e interpretação. Após serem processados, os dados devem ser analisados criteriosamente. Quanto mais oportunas e eficazes forem as análises, maior as chances de se tomar decisões-ações eficazes.

O relatório final (em forma de boletim, por exemplo), deve ser compartilhado e amplamente divulgado entre os profissionais que prestaram assistência aos casos e aos participantes da investigação clínica e epidemiológica, autoridades locais, gestores locais e centrais dos órgãos responsáveis pela investigação e controle do agravo/evento, bem como em mídias que alcancem a comunidade em geral.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A epidemiologia é uma ciência transversal, que deve ser a âncora do processo de trabalho dos profissionais enfermeiros, independente da área de atuação. Do ponto de vista funcional, é importante ressaltarmos que, sem dados, não há problemas, ou seja, a investigação epidemiológica conduzida como método aplicado/padronizado de obtenção e análise dos dados, tem como função captar os principais problemas relacionados à situação de saúde-doença da população e, mediante isso, propor medidas de prevenção e controle, pertinentes no âmbito da Saúde Pública.

Nesse sentido, destacamos o papel fundamental do enfermeiro e demais profissionais da equipe de enfermagem, que atuam na Atenção Primária à Saúde, especialmente na captação das informações referente ao indivíduo assistido. Ressaltamos que a utilização dos instrumentos de coleta de dados padronizados, conforme mencionado neste capítulo, propicia o conhecimento do padrão de adoecimento de uma coletividade.

A demora na identificação de doenças infecciosas, que estão sob vigilância epidemiológica, faz com que a intervenção do Ministério da Saúde seja aquém do ideal, surgindo surtos e epidemias, que podem causar a morte de inúmeras pessoas; por isso, é importante que os profissionais da atenção primária realizem educação permanente para o reconhecimento oportuno de doenças infectocontagiosas, e conheçam a forma correta de realizar a notificação obrigatória (PEREZ *et al.*, 2018).

O enfermeiro não deve negligenciar o processo da notificação em detrimento das demais funções relacionadas à assistência ao paciente. Afinal, trata-se de uma das suas responsabilidades técnicas, sem a qual, formam-se lacunas no processo de atenção ao paciente em sua integralidade. A captação adequada das informações serão subsídios para a elaboração de políticas públicas de saúde, que possam atender os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a todos, os princípios doutrinários e organizacionais do sistema.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 420, de 2 de março de 2022**. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional; Diário Oficial da União, Seção 1, nº43, p. 1, 4 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021, 1126p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia para Investigações de Surtos ou Epidemias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 64 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975**. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm. Acesso em: 09 abr. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Dispõe sobre o Código Penal Brasileiro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm#art361. Acesso em: 09 abr. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 09 abr. 2017.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 111 de 29 de agosto de 2005**. Altera a portaria nº 439/2001, no artigo 1º, parágrafo 2º, cláusula 1ª. Goiás: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. 2005.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da . **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

GOIÁS (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 439 de 08 de junho de 2001**. Estabelece Normas para a formação e atividades dos Núcleos de Epidemiologia e de Informações em Saúde municipais. Goiás: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. 2001.

MAMED, S. N.; FRANÇA, D.D.S; SILVA, F.P.A.; SILVA, J.B.; SILVA, L.N; CARVALHO, M.M. **Protocolo de enfermagem para Vigilância Epidemiológica na Atenção Primária**. In: COREN-GO, Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no estado de Goiás. Org. ROSSO *et al.*, COREN-GO, 2017, 394p.

YRIGOÍN-PÉREZ Y, DÍAZ-VÉLEZ C, APOLAYA-SEGURA M. El personal de salud responsable de la vigilancia epidemiológica sabe identificar a las enfermedades de notificación obligatoria? **Gac Med Mex**. 2018;154(3):352-353.

ANEXO A. QUADRO 2 - LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS, AGRAVOS E EVENTOS DE SAÚDE PÚBLICA

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (ORDEM ALFABÉTICA)	PERIODICIDADE DE NOTIFICAÇÃO			
		IMEDIATA (até 24 horas) PARA*			SEMANTAL
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho, com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal, potencialmente, transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	a. Dengue – Casos				X
	b. Dengue – Óbitos	X	X	X	
8	Difteria		X	X	
9	a. Doença de Chagas Aguda		X	X	
	b. Doença de Chagas Crônica				X
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	

12	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico. b. Tularemia. c. Varíola		X	X	
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/ reemergentes: a. Arbovírus. b. Ebola. c. Marburg. d. Lassae. e. Febre purpúrica brasileira	X	X	X	
14	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
	d. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika				X
15	Esquistossomose				X
16	Evento de Saúde Pública (ESP), que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria)	X	X	X	
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós vacinação	X	X	X	
18	Febre Amarela	X	X	X	
19	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya, em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
21	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
22	Febre Tifoide		X	X	
23	Hanseníase				X
24	Hantavirose	X	X	X	
25	Hepatites virais				X
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera, e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X

29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
31	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
32	Leishmaniose Visceral				X
33	Leptospirose			X	
34	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra-amazônica	X	X	X	
35	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
36	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
37	Peste	X	X	X	
38	Raiva humana	X	X	X	
39	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
40	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
41	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS- CoV	X	X	X	
44	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
45	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
46	Tuberculose				X
47	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
48	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

Legenda: MS - Ministério da Saúde; SES - Secretaria Estadual de Saúde; SMS - Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: Brasil (2022).