



LONDRINA - PR

PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA
- PARANÁ

Técnico de Saúde Pública-
Assistência de Enfermagem I

EDITAL DE CONCURSO PÚBLICO
Nº 023/2024 - DDH/SMRH

CÓD: SL-030MR-24
7908433250470

Língua Portuguesa

1. Leitura, interpretação e relação entre as ideias de textos de gêneros textuais diversos, fato e opinião.....	9
2. Linguagem e comunicação: situação comunicativa, variações linguísticas.....	17
3. Coesão e coerência textuais	18
4. Léxico: significação e substituição de palavras no texto, sinônimos, antônimos, parônimos e homônimos.....	19
5. Ortografia: emprego de letras, do hífen e acentuação gráfica conforme sistema oficial vigente (inclusive Acordo Ortográfico vigente, conforme Decreto 6.583/2012) tendo como base o Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa e o dicionário online Aulete.....	19
6. Figuras de linguagem	25
7. Morfologia (classes de palavras e suas flexões, significados e empregos; estrutura e formação de palavras; vozes verbais e sua conversão)	27
8. Sintaxe (funções sintáticas e suas relações no período simples e no período composto) Coordenação e subordinação: emprego de conjunções, locuções conjuntivas e pronomes relativos	40
9. tipos de sintaxe; sintaxe de regência nominal e verbal (inclusive emprego do acento indicativo de crase).....	43
10. sintaxe de concordância verbal e nominal.....	46
11. Pontuação (regras e implicações de sentido)	47
12. Inferência de sentido de palavras ou expressões. Inferência de informações implícitas no texto e das relações de causa e consequência entre as partes de um texto.....	50
13. Interpretação de linguagem não verbal (tabelas, fotos, quadrinhos etc.)	50

Matemática e Raciocínio Lógico

1. Estrutura lógica de relações arbitrárias entre pessoas, lugares, objetos ou eventos fictícios; deduzir novas informações das relações fornecidas e avaliar as condições usadas para estabelecer a estrutura daquelas relações.....	59
2. Diagramas lógico.....	66
3. Proposições e conectivos: Conceito de proposição, valores lógicos das proposições, proposições simples, proposições compostas. Operações lógicas sobre proposições: Negação, conjunção, disjunção, disjunção exclusiva, condicional, bicondicional. Construção de tabelas-verdade. Tautologias, contradições e contingências. Implicação lógica, equivalência lógica	68
4. Argumentação e dedução lógica. Sentenças abertas, operações lógicas sobre sentenças abertas. Argumentos Lógicos Dedutivos; Argumentos Categóricos	73
5. Porcentagem. Juros simples. Desconto Simples	80
6. Sistema monetário brasileiro	81

Legislação

1. Lei nº 4.928/1992- Estatuto do Servidor Público.....	89
2. Lei Municipal nº 9.337/2004 - Lei Orgânica do Município Plano de Cargos, Carreiras e Salários da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo do Município de Londrina	114
3. Código de Posturas Municipal.....	126
4. Lei Federal nº 12.288/2010 - Estatuto Nacional da Igualdade Racial	164
5. Constituição Federal de 1988: a) Dos Princípios Fundamentais (Arts. 1º ao 4º)	171
6. Dos Direitos e Garantias Fundamentais (Arts. 5º ao 17)	172
7. Da Organização do Estado (Arts. 18 ao 43).....	182

ÍNDICE

8. Da organização dos Poderes (Arts. 44 ao 135).....	195
9. Lei Federal nº 8.429/1992 – Lei de improbidade Administrativa.....	223
10. Lei nº 11.340/2006 e suas atualizações – Lei Maria da Pena.....	239
11. Lei nº 13.146/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência	245
12. Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados: CAPÍTULO I - DISPOSIÇÕES PRELIMINARES (ART. 1º A ART. 6º); CAPÍTULO II - DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS (ART. 7º A ART. 16); CAPÍTULO III - DOS DIREITOS DO TITULAR (ART. 17 A ART. 22); CAPÍTULO IV - DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS PELO PODER PÚBLICO (ART. 23 A ART. 32); CAPÍTULO VII - DA SEGURANÇA E DAS BOAS PRÁTICAS (ART. 46 A ART. 54); CAPÍTULO VIII - DA FISCALIZAÇÃO (ART. 52 A ART. 54).....	263
13. Lei nº 4.320/1964 - Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal - Título I – Da Lei de Orçamento (art 3º ao art. 9º); Título V – Dos Créditos Adicionais (art. 40 ao art. 46)	271

Conhecimentos Específicos Técnico de Saúde Pública - Assistência de Enfermagem I

1. Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	277
2. Administração e Gestão dos serviços de saúde	278
3. Cuidados e procedimentos gerais desenvolvidos pelo profissional de Enfermagem.....	282
4. Psicologia aplicada a enfermagem.....	286
5. Programa Nacional de Segurança do paciente	287
6. Política nacional de humanização.....	292
7. Acolhimento e classificação de risco.....	297
8. Atendimento ao paciente grave.....	297
9. Portaria Ministério da saúde nº 2.436/2017 – Política Nacional de Atenção Básica	300
10. Programas nacionais de saúde.....	322
11. Controle social: conselhos e conferências municipais de saúde	323
12. Atenção Primária à Saúde – conceitos, princípios e organização no Brasil.....	324
13. APHatendimento pré-hospitalar	324
14. PHTLS - atendimento pré-hospitalar de vida no Trauma	330
15. ATLS- suporte de vida avançado no trauma.....	331
16. BLS - suporte básico de vida	332
17. ACLS - suporte avançado de vida	338
18. Bioética e Ética profissional	338
19. Norma Regulamentadora nº32 e sua aplicabilidade nos serviços de enfermagem.....	340
20. Gerenciamento de riscos	350
21. Enfermagem em Saúde Coletiva	351
22. Farmacologia aplicada e enfermagem	352
23. Conhecimento das patologias clínicas e cirúrgicas	352
24. Enfermagem em saúde do idoso	353
25. Enfermagem em Saúde mental.....	354
26. Enfermagem em centro de material esterilizado, centro cirúrgico e sala de recuperação.....	360
27. Enfermagem em saúde da criança.....	360
28. Enfermagem em saúde da mulher.....	397

ÍNDICE

29. Enfermagem em doenças infectocontagiosas.....	400
30. Enfermagem na saúde do Homem	406
31. Alterações metabólicas.....	410
32. Controle de infecção	411
33. Cálculos de: gotejamento, diluição de medicamentos e balanço hídrico	411
34. Termos utilizados em enfermagem e seus conceitos.....	420
35. Código de Ética e legislação da enfermagem.....	421
36. Conhecimento básico em exames laboratoriais	429
37. Verificação de sinais vitais, oxigenoterapia, aerosolterapia e curativos.....	443
38. Atuação do técnico de enfermagem em situações de choque, parada cardiorrespiratória, politrauma, afogamento, queimadura, intoxicação, envenenamento e picada de animais peçonhentos	467
39. Política Nacional de Imunização	488
40. Controle de doenças transmissíveis, não transmissíveis e sexualmente transmissíveis.....	501
41. Atendimento aos pacientes com hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade, doença renal crônica, hanseníase, tuberculose, dengue e doenças de notificações compulsórias.....	510
42. Conceitos de emergência e urgência.utura e organização do pronto socorro.....	551

Fatores de risco

Fatores que colocam você em maior risco de desenvolver dengue ou uma forma mais grave da doença incluem:

- Vivendo ou viajando em áreas tropicais: Estar em áreas tropicais e subtropicais aumenta o risco de exposição ao vírus que causa dengue. As áreas especialmente de alto risco são o Sudeste Asiático, as ilhas do Pacífico Ocidental, a América Latina e o Caribe.
- Infecção prévia com um vírus da dengue: A infecção anterior com um vírus da dengue aumenta o risco de ter sintomas graves se você estiver infectado novamente.

Sintomas de Dengue

Sintomas de dengue clássica

Os sintomas de dengue iniciam de uma hora para outra e duram entre cinco a sete dias. Normalmente eles surgem entre três a 15 dias após a picada pelo mosquito infectado. Os principais sinais são:

- Febre alta com início súbito (entre 39º a 40º C)
- Forte dor de cabeça
- Dor atrás dos olhos, que piora com o movimento dos mesmos
- Manchas e erupções na pele, pelo corpo todo, normalmente com coceiras
- Extremo cansaço
- Moleza e dor no corpo
- Muitas dores nos ossos e articulações
- Náuseas e vômitos
- Tontura
- Perda de apetite e paladar.

Sintomas de dengue hemorrágica

Os sintomas de dengue hemorrágica são os mesmos da dengue clássica. A diferença é que a febre diminui ou cessa após o terceiro ou quarto dia da doença e surgem hemorragias em função do sangramento de pequenos vasos na pele e nos órgãos internos. Quando acaba a febre, começam a surgir os sinais de alerta:

- Dores abdominais fortes e contínuas
- Vômitos persistentes
- Pele pálida, fria e úmida
- Sangramento pelo nariz, boca e gengivas
- Manchas vermelhas na pele
- Comportamento variando de sonolência à agitação
- Confusão mental
- Sede excessiva e boca seca
- Dificuldade respiratória
- Queda da pressão arterial:Pulso rápido.

Na dengue hemorrágica, o quadro clínico se agrava rapidamente, apresentando sinais de insuficiência circulatória. A baixa circulação sanguínea pode levar a pessoa a um estado de choque. Embora a maioria dos pacientes com dengue não desenvolva choque, a presença de certos sinais alertam para esse quadro:

- Dor abdominal persistente e muito forte
- Mudança de temperatura do corpo e suor excessivo
- Comportamento variando de sonolência à agitação
- Pulso rápido e fraco
- Palidez
- Perda de consciência.

A síndrome de choque da dengue, quando não tratada, pode levar a pessoa à morte em até 24 horas. De acordo com estatísticas do Ministério da Saúde, cerca de 5% das pessoas com dengue hemorrágica morrem.

Diagnóstico de Dengue

Se você suspeita de dengue, vá direto ao hospital ou clínica de saúde mais próxima. Os médicos farão a suspeita clínica com base nas informações que você prestar, mas o diagnóstico de certeza é feito com o exame de sangue para dengue ou sorologia para dengue. Ele vai analisar a presença do vírus no seu sangue e leva de três a quatro dias para ficar pronto. No atendimento, outros exames serão realizados para saber se há sinais de gravidade ou se você pode manter repouso em casa.

O exame físico pode revelar:

- Fígado aumentado (hepatomegalia)
- Pressão baixa
- Erupções cutâneas

Prevenção

Tome a vacina

A vacina contra dengue foi criada para prevenir a manifestação do vírus. Atualmente apenas uma vacina foi licenciada no Brasil, a desenvolvida pela empresa francesa Sanofi Pasteur. Ela é feita com vírus atenuados e é tetravalente, ou seja, protege contra os quatro sorotipos de dengue existentes. Ela possui a estrutura do vírus vacinal da febre amarela, o que lhe dá mais estabilidade e segurança.

Vacinas com o vírus atenuado são aquelas que diminuem a periculosidade do vírus, garantindo que ele não cause doenças, mas sejam capazes de gerar resposta imunológica, fazendo com que o organismo da pessoa reconheça o vírus e saiba como atacá-lo quando a pessoa for exposta a sua versão convencional.

A eficácia na população acima de 9 anos é de, aproximadamente, 66% contra os quatro sorotipos de vírus da dengue. Isso significa que em um grupo de cem pessoas, 66 evitariam contrair a doença. Além disso, reduz os casos graves - aqueles que levam ao óbito, como a dengue hemorrágica - em 93% e os índices de hospitalizações em 80%.

Além dela, o Instituto Butantan está testando uma nova vacina feita no Brasil. O antídoto também é feito com vírus atenuados e está na terceira fase de testes, em que mais de 17 mil voluntários serão observados: dois terços deles receberão a vacina verdadeira e um terço receberá um placebo. Antes ela passou por testes clínicos nos Estados Unidos em 600 pessoas e depois em São Paulo por mais 300. O plano de fazer os testes agora em todo Brasil é garantir que as pessoas estudadas tenham contato com todos os sorotipos da doença.

Evite o acúmulo de água

O mosquito coloca seus ovos em água limpa, mas não necessariamente potável. Por isso é importante jogar fora pneus velhos, virar garrafas com a boca para baixo e, caso o quintal seja propenso à formação de poças, realizar a drenagem do terreno. Também é necessário lavar a vasilha de água do bicho de estimação regularmente e manter fechadas tampas de caixas d'água e cisternas.

Coloque tela nas janelas

Colocar telas em portas e janelas ajuda a proteger sua família contra o mosquito da dengue. O problema é quando o criadouro está localizado dentro da residência. Nesse caso, a estratégia não será bem sucedida. Por isso, não se esqueça de que a eliminação dos focos da doença é a maneira mais eficaz de proteção.

Coloque areia nos vasos de plantas

O uso de pratos nos vasos de plantas pode gerar acúmulo de água. Há três alternativas: eliminar esse prato, lavá-lo regularmente ou colocar areia. A areia conserva a umidade e ao mesmo tempo evita que o prato se torne um criadouro de mosquitos.

Seja consciente com seu lixo

Não despeje lixo em valas, valetas, margens de córregos e rios. Assim você garante que eles ficarão desobstruídos, evitando acúmulo e até mesmo enchentes. Em casa, deixe as latas de lixo sempre bem tampadas.

Coloque desinfetante nos ralos

Ralos pequenos de cozinhas e banheiros raramente tornam-se foco de dengue devido ao constante uso de produtos químicos, como xampu, sabão e água sanitária. Entretanto, alguns ralos são rasos e conservam água estagnada em seu interior. Nesse caso, o ideal é que ele seja fechado com uma tela ou que seja higienizado com desinfetante regularmente.

Limpe as calhas

Grandes reservatórios, como caixas d'água, são os criadouros mais produtivos de dengue, mas as larvas do mosquito podem ser encontradas em pequenas quantidades de água também. Para evitar até essas pequenas poças, calhas e canos devem ser checados todos os meses, pois um leve entupimento pode criar reservatórios ideais para o desenvolvimento do *Aedes aegypti*.

Lagos caseiros e aquários

Assim como as piscinas, a possibilidade de lagunhos caseiros e aquários se tornarem foco de dengue deixou muitas pessoas preocupadas, porém, peixes são grandes predadores de formas aquáticas de mosquitos. O cuidado maior deve ser dado, portanto, às piscinas que não são limpas com frequência.

Uso de inseticidas e larvicidas

Tanto os larvicidas quanto os inseticidas distribuídos aos estados e municípios pela Secretaria de Vigilância em Saúde têm eficácia comprovada, sendo preconizados por um grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde.

Os larvicidas servem para matar as larvas do mosquito da dengue. São aqueles produtos em pó, ou granulado, que o agente de combate a dengue coloca nos ralos, caixas d'água, enfim, nos lugares onde há água parada que não pode ser eliminada.

Já os inseticidas são líquidos espalhados pelas máquinas de nebulização, que matam os insetos adultos enquanto estão voando, pela manhã e à tarde, porque o mosquito tem hábitos diurnos. O fumacê, como é chamado, não é aplicado indiscriminadamente, sendo utilizado somente quando existe a transmissão da dengue em surtos ou epidemias. Desse modo, a nebulização pode ser considerada um recurso extremo, porque é utilizada em um momento de alta transmissão, quando as ações preventivas de combate à dengue falharam ou não foram adotadas.

Algumas vezes, os mosquitos e larvas da dengue desenvolvem resistência aos produtos. Sempre que isso é detectado, o produto é imediatamente substituído por outro.

Uso de repelente

O uso de repelentes, principalmente em viagens ou em locais com muitos mosquitos, é um método importante para se proteger contra a dengue. Recomenda-se, porém, o uso de produtos industrializados. Os repelentes caseiros, como andiroba, cravo-da-índia, citronela e óleo de soja não possuem grau de repelência forte o suficiente para manter o mosquito longe por muito tempo. Além disso, a duração e a eficácia do produto são temporárias, sendo necessária diversas reaplicações ao longo do dia, o que muitas pessoas não costumam fazer.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Atenção: O resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase.

Exame histopatológico – indicado como suporte na elucidação diagnóstica e em pesquisas.

Quadro 1. Sinopse para classificação das formas clínicas da hanseníase

Clínicas	Baciloscópicas	Formas clínicas	Classificação operacional vigente para a rede pública
Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemohipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos.	Negativa	Indeterminada (HI)	Paucibacilar (PB)
Placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, até 5 lesões de pele bem delimitadas, hipo ou anestésicas, podendo ocorrer comprometimento de nervos.	Negativa	Tuberculóide (HT)	Paucibacilar (PB)
Lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta), apresentando alterações de sensibilidade.	Positiva (bacilos e globias ou com raros bacilos) ou negativa	Dimorfa (HD)	Multibacilar (MB) Mais de 5 lesões
Eritema e infiltração difusos, placas eritematosas de pele, infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, mada-rose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade.	Positiva (bacilos abundantes e globias)	Virchowiana (HV)	Multibacilar (MB) Mais de 5 lesões

Avaliação do grau de incapacidade e da função neural

É imprescindível avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico do caso de hanseníase e do estado reacional. Para determinar o grau de incapacidade física, deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés. É recomendada a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (6 monofilamentos: 0.05g, 0.2g, 2g, 4g, 10g e 300g), nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés, e do fio dental (sem sabor) para os olhos. Considera-se, grau 1 de incapacidade, ausência de resposta ao filamento igual ou mais pesado que o de 2g (cor violeta). O formulário para avaliação do grau de incapacidade física (Anexo III da Portaria SVS/SAS/MS nº 125, de 26 de março de 2009), deverá ser preenchido conforme critérios expressos no Quadro 2.

Quadro 2. Critérios de avaliação do grau de incapacidade e da função neural

Grau	Características
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos, diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e ou pés
2	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratatura do tornozelo.

Para verificar a integridade da função neural recomenda-se a utilização do formulário de Avaliação Neurológica Simplificada (Anexo IV da Portaria SVS/SAS/MS nº 125, de 26 de março de 2009). Para avaliação da força motora, preconiza-se o teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico. Os critérios de graduação da força muscular podem ser expressos como forte, diminuída e paralisada ou de zero a cinco, conforme o Quadro 3.

Quadro 3. Critérios de graduação da força muscular

Força		Descrição
Forte	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade, com resistência máxima.
<i>Diminuída</i>	4	Realiza o movimento completo contra a gravidade, com resistência parcial.
	3	Realiza o movimento completo contra a gravidade.
	2	Realiza o movimento parcial.
<i>Paralisada</i>	1	Contração muscular sem movimento.
	0	Paralisia (nenhum movimento)

- distúrbios metabólicos: redução de sódio e potássio, aumento das taxas de glicose no sangue, alteração no metabolismo do cálcio, levando à osteoporose e à síndrome de Cushing;
- gastrointestinais: gastrite e úlcera péptica;
- outros efeitos: agravamento de infecções latentes, acne cortisonica e psicoses.

Condutas gerais em relação aos efeitos colaterais dos medicamentos

A equipe de saúde deve estar sempre atenta para a possibilidade de ocorrência de efeitos colaterais dos medicamentos utilizados na PQT e no tratamento dos estados reacionais, devendo realizar imediatamente a conduta adequada.

Condutas no caso de náuseas e vômitos incontroláveis

- Suspende o tratamento;
- encaminhar o paciente para a unidade de referência;
- solicitar exames complementares, para realizar diagnóstico diferencial com outras causas;
- investigar e informar à unidade de referência se os efeitos ocorrem após a ingestão da dose supervisionada de rifampicina, ou após as doses autoadministradas de dapsona.

Condutas no caso de icterícia

- Suspende o tratamento se houver alteração das provas de função hepática, com valores superiores a duas vezes os normais;
- encaminhar o paciente à unidade de referência;
- fazer a avaliação da história pregressa: alcoolismo, hepatite e outras doenças hepáticas;
- solicitar exames complementares necessários para realizar diagnóstico diferencial;

- investigar se a ocorrência deste efeito está relacionada com a dose supervisionada de rifampicina ou com as doses autoadministradas de dapsona.

Condutas no caso de anemia hemolítica

- Suspende o tratamento;
- encaminhar o paciente à unidade de referência ou ao hematologista para avaliação e conduta;
- investigar se a ocorrência desse efeito está relacionada com a dose supervisionada de rifampicina ou com as doses autoadministradas de dapsona.

Condutas no caso de metaemoglobinemia

Leve – suspende o medicamento e encaminhar o paciente para unidade de referência; observar, pois geralmente ela desaparece, gradualmente, com a suspensão do medicamento;
 Grave – encaminhar para internação hospitalar.

Condutas no caso de síndrome pseudogripal

- Suspende a rifampicina imediatamente, encaminhar o paciente para unidade de referência e avaliar a gravidade do quadro;
- nos quadros leves, administrar anti-histamínico, antitérmico e deixar o paciente sob observação por, pelo menos, 6 horas;
- nos casos moderados e graves, encaminhar o paciente à unidade de referência para administrar corticosteróides (hidrocortisona, 500mg/250ml de soro fisiológico – 30 gotas/minuto, via intravenosa) e, em seguida, (prednisona via oral, com redução progressiva da dose até a retirada completa).

Condutas no caso de efeitos cutâneos provocados pela clofazimina

Prescrever a aplicação diária de óleo mineral ou creme de ureia, após o banho, e orientar para evitar a exposição solar, a fim de minimizar esses efeitos.

Condutas no caso de farmacodermia leve até síndrome de Stevens-Johnson, dermatite esfoliativa ou eritrodermia provocadas pela dapsona

Interromper definitivamente o tratamento com a dapsona e encaminhar o paciente à unidade de referência.

Condutas no caso de efeitos colaterais provocados pelos corticosteróides

- Observar as precauções ao uso de corticosteróides;
- encaminhar imediatamente à unidade de referência.

Ao referenciar a pessoa em tratamento para outro serviço, enviar, por escrito, todas as informações disponíveis: quadro clínico, tratamento PQT, resultados de exames laboratoriais (baciloscopia e outros), número de doses tomadas, se apresentou episódios reacionais, qual o tipo, se apresentou ou apresenta efeito colateral à alguma medicação, causa provável do quadro, entre outras.

Esquemas terapêuticos alternativos

A substituição do esquema padrão por esquemas alternativos deverá acontecer, quando necessária, sob orientação de serviços de saúde de maior complexidade.

Tratamento de reações hansênicas

Para o tratamento das reações hansênicas é imprescindível:

- diferenciar o tipo de reação hansênica;
- avaliar a extensão do comprometimento de nervos periféricos, órgãos e outros sistemas;
- investigar e controlar fatores potencialmente capazes de desencadear os estados reacionais;
- conhecer as contraindicações e os efeitos adversos dos medicamentos utilizados no tratamento da hanseníase e em seus estados reacionais;
- instituir, precocemente, a terapêutica medicamentosa e medidas coadjuvantes adequadas visando a prevenção de incapacidades;
- encaminhar os casos graves para internação hospitalar.

Atenção: A ocorrência de reações hansênicas não contraindica o início da PQT/OMS, não implica na sua interrupção e não é indicação de reinício da PQT, se o paciente já houver concluído seu tratamento.

As reações com ou sem neurites devem ser diagnosticadas por meio da investigação cuidadosa dos sinais e sintomas específicos, valorização das queixas e exame físico geral, com ênfase na avaliação dermatológica e neurológica simplificada. Essas ocorrências deverão ser consideradas como situações de urgência e encaminhadas às unidades de maior complexidade para tratamento nas primeiras 24 horas.

Nas situações onde há dificuldade de encaminhamento imediato, os seguintes procedimentos deverão ser aplicados até a avaliação:

- orientar repouso do membro afetado, em caso de suspeita de neurite;

fenotiazínicos (Clorpromazina, Levomepromazina) ou anticonvulsivantes (Carbamazepina, Oxycarbamazepina, Gabapentina, Topiramato).

Seguimento de casos

Os pacientes devem ser agendados para retorno a cada 28 dias. Nessas consultas, eles tomam a dose supervisionada no serviço de saúde e recebem a cartela com os medicamentos das doses a serem autoadministradas em domicílio. Essa oportunidade deve ser aproveitada para avaliação do paciente, esclarecimento de dúvidas e orientações. Além disso, deve-se reforçar a importância do exame dos contatos e agendar o exame clínico e a vacinação dos contatos.

O cartão de agendamento deve ser usado para registro da data de retorno à unidade de saúde e para o controle da adesão ao tratamento. Os pacientes que não comparecerem à dose supervisionada deverão ser visitados, no máximo, em 30 dias, nos seus domicílios, com o objetivo de manter o tratamento e evitar o abandono.

No retorno para tomar a dose supervisionada, o paciente deve ser submetido à revisão sistemática por médico responsável pelo monitoramento clínico e terapêutico. Essa medida visa identificar reações hansênicas, efeitos adversos aos medicamentos e dano neural. Em caso de reações ou outras intercorrências, os pacientes devem ser examinados em intervalos menores.

Técnicas de autocuidados devem fazer parte das orientações de rotina do atendimento mensal, sendo recomendada a organização de grupos de pacientes e familiares ou outras pessoas de sua convivência, que possam apoiá-los na execução dos procedimentos recomendados. A prática das técnicas de autocuidado deve ser avaliada sistematicamente, para evitar piora do dano neural por execução inadequada. Em todas as situações, o esforço realizado pelos pacientes deve ser valorizado para estimular a continuidade das práticas de autocuidado. Os efeitos adversos às medicações que compõem a PQT não são frequentes, que, em geral, são bem toleradas. Mais de 25 milhões de pessoas já utilizaram a PQT, nos últimos 25 anos.

Nos casos suspeitos de efeitos adversos às drogas da PQT, deve-se suspender temporariamente o esquema terapêutico, com imediato encaminhamento do paciente para avaliação em unidades de saúde de média ou alta complexidade, que contarão com o apoio de exames laboratoriais complementares e que farão a prescrição da conduta adequada. Casos de Hanseníase que apresentem outras doenças associadas (AIDS, tuberculose, nefropatias, hepatopatias, endocrinopatias), se necessário, devem ser encaminhados às unidades de saúde de maior complexidade para avaliação.

Crítérios de alta por cura

O encerramento da poliquimioterapia deve ser estabelecido segundo os critérios de regularidade ao tratamento: número de doses e tempo de tratamento, de acordo com cada esquema mencionado anteriormente, sempre com avaliação neurológica simplificada, avaliação do grau de incapacidade física e orientação para os cuidados após a alta. Situações a serem observadas:

Condutas para pacientes irregulares – os pacientes que não completaram o tratamento preconizado PB (6 doses, em até 9 meses) e MB (12 doses, em até 18 meses) deverão ser avaliados quanto à necessidade de reinício ou possibilidade de aproveitamento de doses anteriores, visando a finalização do tratamento dentro do prazo preconizado.

Condutas para indicação de outro ciclo de tratamento em pacientes MB – para o paciente MB sem melhora clínica ao final das 12 doses PQT/OMS, a indicação de um segundo ciclo de 12 doses de tratamento deverá ser baseada na associação de sinais de atividade da doença, mediante exame clínico e correlação laboratorial (baciloscopia e, se indicada, histopatologia), em unidades de referência.

Hanseníase e gestação – em que pese a recomendação de se restringir a ingestão de drogas no primeiro trimestre da gravidez, os esquemas PQT/OMS, para tratamento da Hanseníase, têm sua utilização recomendada. Contudo, mulheres com diagnóstico de Hanseníase e não grávidas devem receber aconselhamento para planejar a gestação após a finalização do tratamento de Hanseníase.

As alterações hormonais da gravidez causam diminuição da imunidade celular, fundamental na defesa contra o *M. leprae*. Portanto, é comum que os primeiros sinais de Hanseníase, em uma pessoa já infectada, apareçam durante a gravidez e no puerpério, quando também podem ocorrer os estados reacionais e os episódios de recidivas. A gestação, nas mulheres portadoras de Hanseníase, tende a apresentar poucas complicações, exceto pela anemia, comum em doenças crônicas. Os recém-nascidos, porém, podem apresentar a pele hiperpigmentada pela clofazimina, ocorrendo a regressão gradual da pigmentação após a parada da PQT/OMS.

Hanseníase e tuberculose – para o paciente com tuberculose e Hanseníase deve ser mantido o esquema terapêutico apropriado para a tuberculose (lembrando que, nesse caso, a dose de rifampicina, de 600mg, será administrada diariamente), acrescido dos medicamentos específicos para a Hanseníase, nas doses e tempos previstos no esquema padrão PQT/OMS:

- para os casos paucibacilares, acrescenta-se a dapsona;
- para os casos multibacilares, acrescenta-se a dapsona e a clofazimina até o término do tratamento da tuberculose, quando deverá ser acrescida a rifampicina do esquema padrão da Hanseníase;
- para os casos que não utilizam a rifampicina no tratamento da tuberculose, por contraindicação dessa droga, utilizar o esquema substitutivo próprio para estes casos, na Hanseníase;
- para os casos que não utilizam a rifampicina no tratamento da tuberculose por resistência do *Mycobacterium tuberculosis* a essa droga, utilizar o esquema padrão PQT/OMS da Hanseníase.

Hanseníase e infecção pelo HIV e/ou Aids – para o paciente com infecção pelo HIV e/ou aids e Hanseníase, deve ser mantido o esquema PQT/OMS, de acordo com a classificação operacional.

Hanseníase e outras doenças – em casos de associação da Hanseníase com doenças hepáticas, renais ou hematológicas, a escolha do melhor esquema terapêutico para tratar a Hanseníase deverá ser discutida com especialistas das referidas áreas.

Prevenção e tratamento de incapacidades físicas

A principal forma de prevenir a instalação de deficiências e incapacidades físicas é o diagnóstico precoce. A prevenção de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) não deve ser dissociada do tratamento PQT. As ações de prevenção de incapacidades e deficiências fazem parte da rotina dos serviços de saúde e recomendadas para todos os pacientes.

A avaliação neurológica deve ser realizada:

- no início do tratamento;
- a cada 3 meses durante o tratamento, se não houver queixas;

Quadro 9. Critérios clínicos para diagnóstico de recidiva

Características	Reação	Recidiva
Período de ocorrência	Frequente durante a PQT e/ou menos frequente no período de 2 a 3 anos após término do tratamento.	Em geral, período superior a 5 anos após término da PQT.
Surgimento	Súbito e inesperado.	Lento e insidioso.
Lesões antigas	Algumas ou todas podem se tornar eritematosas, brilhantes, intumescidas e infiltradas.	Geralmente imperceptíveis.
Lesões recentes	Em geral, múltiplas.	Poucas.
Ulceração	Pode ocorrer.	Raramente ocorre.
Regressão	Presença de descamação.	Ausência de descamação.
Comprometimento neural	Muitos nervos podem ser rapidamente envolvidos, ocorrendo dor e alterações sensitivo-motoras.	Poucos nervos podem ser envolvidos, com alterações sensitivo-motoras de evolução mais lenta.
Resposta a medicamentos antirreacionais.	Excelente.	Não pronunciada.

Apesar da eficácia comprovada dos esquemas PQT/OMS, a vigilância da resistência medicamentosa deve ser iniciada. Para tanto, as unidades de referência devem encaminhar coleta de material de casos de recidiva confirmada em multibacilares, aos centros nacionais de referência indicados para esse fim.

Tuberculose

A tuberculose - chamada antigamente de “peste cinzenta”, e conhecida também em português como tísica pulmonar ou “doença do peito” - é uma das doenças infecciosas documentadas desde mais longa data e que continua a afligir a Humanidade nos dias atuais. É causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo-de-koch. Estima-se que a bactéria causadora tenha evoluído há 40.000 anos, a partir de outras bactérias do gênero *Mycobacterium*.

A tuberculose é considerada uma doença socialmente determinada, pois sua ocorrência está diretamente associada à forma como se organizam os processos de produção e de reprodução social, assim como à implementação de políticas de controle da doença. Os processos de produção e reprodução estão diretamente relacionados ao modo de viver e trabalhar do indivíduo.

A tuberculose pulmonar é a forma mais frequente e generalizada da doença. Porém, o bacilo da tuberculose pode afetar também outras áreas do nosso organismo, como, por exemplo, laringe, os ossos e as articulações, a pele (lúpus vulgar), os glândulos linfáticos (escrófalo), os intestinos, os rins e o sistema nervoso. A tuberculose miliar consiste num alastramento da infecção a diversas partes do organismo, por via sanguínea. Este tipo de tuberculose pode atingir as meninges (membranas que revestem a medula espinhal e o encéfalo), causando infecções graves denominadas de “meningite tuberculosa”.

Em diversos países houve a ideia de que por volta de 2010 a doença estaria praticamente controlada e inexistente. No entanto, o advento do HIV e da AIDS mudaram drasticamente esta perspectiva. No ano de 1993, em decorrência do número de casos da doença, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou estado de emergência global e propôs o DOTS (Tratamento Diretamente Supervisionado) como estratégia para o controle da doença.

Sintomas mais comuns: Entre seus sintomas, pode-se mencionar tosse com secreção, febre (mais comumente ao entardecer), suores noturnos, falta de apetite, emagrecimento, cansaço fácil e dores musculares. Dificuldade na respiração, eliminação de sangue e acúmulo de pus na pleura pulmonar são característicos em casos mais graves.

Contágio e evolução: A tuberculose se dissemina através de aerossóis no ar que são expelidas quando pessoas com tuberculose infecciosa tosse, espirram. Contactos próximos (pessoas que tem contato freqüente) têm alto risco de se infectarem. A transmissão ocorre somente a partir de pessoas com tuberculose infecciosa activa (e não de quem tem a doença latente). A probabilidade da transmissão depende do grau de infecção da pessoa com tuberculose e da quantidade expelida, forma e duração da exposição ao bacilo, e a virulência. A cadeia de transmissão pode ser interrompida isolando-se pacientes com a doença ativa e iniciando-se uma terapia antituberculose eficaz.

Notificação: A tuberculose é uma doença de notificação obrigatória (compulsória), ou seja, qualquer caso confirmado tem que ser obrigatoriamente notificado.

Infecção: A infecção pelo *M. tuberculosis* se inicia quando o bacilo atinge os alvéolos pulmonares e pode se espalhar para os nódulos linfáticos e daí, através da corrente sanguínea para tecidos mais distantes onde a doença pode se desenvolver: a parte superior dos pulmões, os rins, o cérebro e os ossos. A resposta imunológica do organismo mata a maioria dos bacilos, levando à formação de um granuloma. Os “tubérculos”, ou nódulos de tuberculose são pequenas lesões que consistem em tecidos mortos de cor acinzentada contendo a bactéria da tuberculose. Normalmente o sistema imunológico é capaz de conter a multiplicação do bacilo, evitando sua disseminação em 90% dos casos.

Intervalo de rastreamento:

Não se tem evidência para se recomendar um ótimo intervalo para rastrear a hipertensão nos adultos. O 7° JNC (The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) recomenda o rastreamento a cada dois anos nas pessoas com pressão arterial menor que 120/80 e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou a diastólica entre 80 e 90 mmHg.

Como realizar?

A aferição ambulatorial com esfigmomanômetro é a mais amplamente utilizada. A pressão alta (hipertensão) é usualmente definida em adultos como sendo a pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg ou uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg. Devido à variabilidade individual da medida da pressão arterial, é recomendado, para se realizar o diagnóstico, que se obtenham duas ou mais aferições em pelo menos duas ou mais visitas ao longo de um período de uma ou mais semanas.

Como interpretar o resultado?

A relação entre a pressão diastólica e sistólica com o risco cardiovascular é contínua e gradual.

O nível de pressão elevado não deve ser o único valor para determinar o tratamento. Os médicos devem considerar o perfil global de risco cardiovascular para tomar a decisão de tratamento.

Estima-se que são necessárias de 274 a 1.307 pessoas rastreadas para hipertensão acompanhadas ao longo de cinco anos com tratamento para evitar uma morte.

O Quadro 6.5 abaixo estratifica as pessoas de acordo com o nível pressórico e o Quadro 6.6 orienta quanto às reavaliações sistemáticas de acordo com essas aferições.

Quadro 6.5 – Estratificação dos níveis pressóricos
 Classificação de PA P. sistólica mmHg P. diastólica mmHg
 Normal < 120 e < 80
 Pré-hipertensão 120-139 ou 80-89
 HAS Estágio 1 140-159 ou 90-99
 HAS Estágio 2 > 160 ou > 100

Fonte: (Adaptado: NATIONAL HEART LUNG AND BLOOD INSTITUTE, 2004)

Quadro 6.6 – Recomendação de acompanhamento com base na aferição da PA inicial

Normal Reavaliar em dois anos
 Pré-hipertensão Reavaliar em um ano
 HAS Estágio 1 Confirmar em dois meses

HAS Estágio 2 Avalie e/ou refira para um serviço de cuidados dentro de um mês. Para aqueles com pressão muito alta (i.e., > 180/110 mmHg), avalie e trate imediatamente ou dentro de uma semana, dependendo da situação clínica e complicações. Fonte: (Adaptado: NATIONAL HEART LUNG AND BLOOD INSTITUTE, 2004)

Rastreamento de Diabetes mellitus tipo II

Está recomendado o rastreamento de diabetes em adultos assintomáticos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, não se aplicando a outros critérios como obesidade, história familiar nem faixa etária. Grau de recomendação B.

Por que é importante o rastreamento?

A prevalência da diabetes do tipo II está aumentando – aproximadamente 7% da população adulta brasileira tem esse problema. A diabetes lidera como causa de cegueira, doença renal e amputação e expõe a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares.

É possível por meio do rastreamento da diabetes nas pessoas com elevação dos níveis pressóricos (acima de 135/80 mmHg) reduzir a incidência de mortalidade e dos eventos cardiovasculares, por meio de um rigoroso controle da pressão arterial.

Há evidência convincente de que, com o controle intensivo da glicemia em pessoas com diabetes clinicamente detectada (situação oposta ao detectado pelo rastreamento), pode-se reduzir a progressão dos danos microvasculares que ela proporciona. Contudo, os benefícios desse controle rigoroso da glicemia sobre os resultados clínicos dos danos microvasculares, tais como dano visual severo ou estágio final de doença renal, levam anos para se tornar aparentes. Assim, não existe evidência convincente de que o controle precoce da diabetes como consequência do rastreamento adicione benefício aos resultados clínicos microvasculares quando comparados com o início do tratamento na fase usual de diagnóstico clínico. Ainda não se conseguiu provar que o controle rigoroso da glicemia reduz significativamente as complicações

Há evidência convincente de que, com o controle intensivo da glicemia em pessoas com diabetes clinicamente detectada (situação oposta ao detectado pelo rastreamento), pode-se reduzir a progressão dos danos microvasculares que ela proporciona. Contudo, os benefícios desse controle rigoroso da glicemia sobre os resultados clínicos dos danos microvasculares, tais como dano visual severo ou estágio final de doença renal, levam anos para se tornar aparentes. Assim, não existe evidência convincente de que o controle precoce da diabetes como consequência do rastreamento adicione benefício aos resultados clínicos microvasculares quando comparados com o início do tratamento na fase usual de diagnóstico clínico. Ainda não se conseguiu provar que o controle rigoroso da glicemia reduz significativamente as complicações macrovasculares, tais como infarto do miocárdio e derrames. Encontrou-se evidência adequada de que os danos de curto prazo devido ao rastreamento da diabete, como a ansiedade, são pequenos. O efeito de longo prazo da rotulação e tratamento de uma grande parte da população como sendo diabética é desconhecido, porém é notório que o estigma da doença, a preocupação com as complicações conhecidas e a perda de confiança na própria saúde (Starfield, 2008), assim como a demanda por mais exames, podem trazer prejuízos à população e aos serviços de saúde.

Como realizar?

Por meio de glicemia de jejum de oito horas.

Como interpretar o resultado?

Pessoas com uma glicemia em jejum superiores a 126 mg/dl devem realizar confirmação do resultado com nova glicemia de jejum, para, dependendo do segundo resultado, serem diagnosticadas com Diabetes mellitus. A meta de tratamento para as pessoas diabéticas é alcançar uma hemoglobina glicosilada em torno de 7%. Geralmente, isso corresponde a uma glicemia de jejum menor que 140 mg/dL. Porém, conforme orientação descrita acima, o grande benefício do tratamento está em se manter um controle mais rigo-

- Hantavíroses* (Maior ocorrência nas regiões sul, sudeste e centro-oeste. Em algumas regiões pode haver padrão de sazonalidade, em função da biologia de roedores silvestres).

- Hepatite A (Maior ocorrência em regiões sem saneamento básico; em melhores condições de saneamento o acúmulo de suscetíveis se concentra em adultos jovens maiores de 20 anos).

- Hepatite B (Alta endemicidade na região amazônica; endemicidade intermediária na região sudeste; endemicidade baixa na região sul do país).

- Hepatite C (Faltam estudos para estabelecer sua real prevalência no país. Hepatite Delta concentra-se na Amazônia oriental. Nas regiões sudeste, nordeste e na Amazônia ocidental, a infecção é ausente).

- Hepatite E (Ocorrência de casos isolados no país. Influenza aumento do número de casos no outono e inverno – devem ser notificados surtos ou agregação de casos. Notificação dos casos suspeitos de influenza aviária – A (H5N1), considerar o relato de viagem para área endêmica e contato com aves contaminadas).

- Intoxicação por Agrotóxicos (Geralmente exposição ocupacional, podendo ocorrer casos de exposição acidental).

- Leishmaniose Tegumentar Americana (Apresenta-se em expansão geográfica. Em todos os estados da federação há casos autóctones).

- Leishmaniose Visceral (Em franca expansão. A doença é mais frequente em menores de 10 anos, e o sexo masculino é mais acometido).

- Leptospirose (Epidemias em períodos chuvosos, principalmente em grandes centros urbanos onde ocorrem enchentes. Também são acometidos trabalhadores em limpeza e desentupimento de esgotos, garis, catadores de lixo, agricultores, veterinários, tratadores de animais, pescadores, militares, bombeiros e trabalhadores em laboratórios).

- Malária Endêmica na região amazônica. (Casos autóctones esporádicos em áreas cobertas por mata atlântica no município de São Paulo).

- Peste* (Duas áreas principais de focos naturais, o nordeste e Teresópolis - região da serra dos Órgãos).

- Poliomielite* / Paralisia Flácida Aguda* (Erradicada a transmissão autóctone do poliovírus selvagem no Brasil. Possibilidade de ocorrência de casos importados. Vigilância da Paralisia ou Paresia Flácida Aguda em extremidades de pessoas com menos de 15 anos de idade, e entre os casos suspeitos de poliomielite em qualquer idade).

- Raiva Humana* (Município de São Paulo é área controlada de raiva animal - cães e gatos. Especial atenção para regiões limítrofes com municípios sem controle de raiva animal, para acidentes com animais silvestres e morcegos).

- Rubéola (Maior ocorrência de casos na primavera).

- Sarampo* (Em climas temperados, maior incidência entre o final do inverno e o início da primavera. Em climas tropicais, a transmissão aumenta após a estação chuvosa).

- Sífilis congênita (DNC com compromisso internacional de eliminação enquanto problema de saúde pública).

- Sífilis em Gestante (Notificação dos casos confirmados).

- Síndrome da Rubéola Congênita – SRC (Evento relativamente raro na ausência de surtos, e com altas taxas de coberturas vacinais. Está estabelecida a meta de eliminação da rubéola e da SRC nas Américas até 2010).

- Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica Aguda* (Pode ser a apresentação das seguintes doenças: leptospirose, hepatites, meningites, dengue, hantavírus, febre amarela e rickettsioses - febre maculosa).

- Síndrome Respiratória Aguda Grave* (Pneumonia aguda grave de etiologia desconhecida e/ou doenças relacionadas à influenza - gripe, acrescidos de antecedentes de viagem aos locais de transmissão recente de SRAG e/ou contato com doente de SRAG-CoV. Relação com a falta de adesão aos procedimentos de biossegurança).

- Tétano acidental (O maior número de casos tem ocorrido em área urbana, e o sexo masculino tem sido o mais acometido).

- Tétano neonatal* (Principal forma de prevenção é vacinação de mulheres em idade fértil).

- Tracoma (Encontrado em todo o território nacional, inclusive em periferias de grandes metrópoles).

- Tuberculose (Não apresenta variações cíclicas ou sazonais).

- Tularemia* (Enfermidade bacteriana zoonótica com diversas manifestações clínicas que variam segundo a via de introdução e a virulência do agente etiológico. O modo mais comum de transmissão é pela picada de artrópodes - o carrapato da madeira; também há transmissão pela inoculação através da pele, saco conjuntival ou mucosa orofaríngea com água contaminada, sangue ou tecidos de animais mortos - com a doença; ingestão de água contaminada, carne mal cozida ou inalação de poeira contaminada - aerossóis, raramente por mordida de animais doentes. Não há relato de transmissão pessoa a pessoa. Possibilidade de utilização do agente como arma em bioterrorismo).

- Varíola* (Quando existia, a doença ocorria com maior frequência no verão e no outono. Possibilidade de uso do agente como arma em bioterrorismo).

- Agravos inusitados (Agravos de qualquer natureza, que pela sua ocorrência, gravidade, apresentação clínica e número de acometidos, fujam ao padrão de prevalência ou incidência habitual).

(*) – Doenças que precisam ser notificadas rapidamente aos órgãos de vigilância, à simples suspeição, inclusive nos finais de semana e feriados.

Para otimizar o seu trabalho, é importante a CCIH selecionar as fontes de informação e estabelecer uma rotina de busca de dados em cada unidade. No hospital, os dados podem ser procurados nas unidades de terapia intensiva e de internação, no laboratório e no pronto socorro (orientar os profissionais para colocar a hipótese diagnóstica na Ficha de Atendimento).

É fundamental que os profissionais do controle de infecção hospitalar conheçam as normas estabelecidas pelos órgãos oficiais, para a operacionalização do sistema de vigilância epidemiológica em todos os níveis.

Estão disponíveis na internet documentos técnicos e de instruções operacionais elaborados pelo município – COVISA (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo), pelo Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo) e pela Secretaria de Vigilância em Saúde (Ministério da Saúde). Também é possível o acesso a documentos da Organização Mundial de Saúde e do Centro de Prevenção e Controle de Doenças – CDC de Atlanta, EUA.

É também utilizada para a notificação negativa.

Notificação negativa – é a notificação da não-ocorrência de doenças de notificação compulsória na área de abrangência da unidade de saúde. Indica que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão alertas para a ocorrência de tais eventos.

A notificação de surtos também deve ser feita por esse instrumento, obedecendo os seguintes critérios:

- casos epidemiologicamente vinculados de agravos inusitados. Sua notificação deve estar consoante com a abordagem sindrômica, de acordo com as seguintes categorias: síndrome diarreica aguda, síndrome ictérica aguda, síndrome hemorrágica febril aguda, síndrome respiratória aguda, síndrome neurológica aguda e síndrome da insuficiência renal aguda, dentre outras;
- casos agregados, constituindo uma situação epidêmica de doenças não de notificações operacionalmente inviabiliza o seu registro individualizado.

Ficha Individual de Investigação (FII) – na maioria das vezes configura-se como roteiro de investigação, distinto para cada tipo de agravo, devendo ser utilizado, preferencialmente, pelos serviços municipais de vigilância ou unidades de saúde capacitadas para a realização da investigação epidemiológica. Esta ficha, como referido no tópico sobre investigação de surtos e epidemias, permite obter dados que possibilitam a identificação da fonte de infecção e mecanismos de transmissão da doença. Os dados, gerados nas áreas de abrangência dos respectivos estados e municípios, devem ser consolidados e analisados considerando aspectos relativos à organização, sensibilidade e cobertura do próprio sistema de notificação, bem como os das atividades de vigilância epidemiológica.

Além notificação compulsória;

- casos agregados das doenças constantes da lista de notificação compulsória, mas cujo volume.
- acompanhamento de surtos, reproduzidos pelos municípios, e os boletins de acompanhamento de hanseníase e tuberculose, emitidos pelo próprio sistema.

A impressão, distribuição e numeração desses formulários é de responsabilidade do estado ou município. O sistema conta, ainda, com dessas fichas, o sistema também possui planilha e boletim de constantes da lista de módulos para cadastramento de unidades notificadoras, população e logradouros, dentre outros.

Após o preenchimento dos referidos formulários, as fontes notificadoras deverão encaminhá-los para o primeiro nível informatizado. A partir daí, os dados serão enviados para os níveis hierárquicos superiores por meio magnético (arquivos de transferência gerados pelo Sistema).

Casos de hanseníase e tuberculose, além do preenchimento da ficha de notificação/investigação, devem constar do boletim de acompanhamento, visando a atualização de seu acompanhamento até o encerramento para avaliação da efetividade do tratamento, de acordo com as seguintes orientações:

- o primeiro nível informatizado deve emitir o Boletim de Acompanhamento de Hanseníase e Tuberculose, encaminhando-o às unidades para complementação dos dados;
- os meses propostos para a alimentação da informação são, no mínimo: janeiro, abril, julho e outubro, para a tuberculose; janeiro e julho, para a hanseníase.
- cabe ao 1º nível informatizado emitir o boletim de acompanhamento para os municípios não-informatizados;
- após retornar das unidades os boletins devem ser analisados criticamente e as correções devem ser solicitadas de imediato à unidade de saúde;
- a digitação das informações na tela de acompanhamento e arquivamento dos boletins deve ser realizada no 1º nível informatizado.

Preconiza-se que em todas as instâncias os dados aportados pelo Sinan sejam consolidados e analisados e que haja uma retroalimentação dos níveis que o precederam, além de sua redistribuição, segundo local de residência dos pacientes objetos das notificações. No nível federal, os dados do Sinan são processados, analisados juntamente com aqueles que chegam por outras vias e divulgados pelo Boletim Epidemiológico do SUS e informes epidemiológicos eletrônicos, disponibilizados no site www.saude.gov.br.

Ao contrário dos demais sistemas, em que as críticas de consistência são realizadas antes do seu envio a qualquer outra esfera de governo, a necessidade de desencadeamento imediato de uma ação faz com que, nesse caso, os dados sejam remetidos o mais rapidamente possível, ficando a sua crítica para um segundo momento – quando do encerramento do caso e, posteriormente, o da análise das informações para divulgação. No entanto, apesar desta peculiaridade, esta análise é fundamental para que se possa garantir uma base de dados com qualidade, não podendo ser relegada a segundo plano, tendo em vista que os dados já foram encaminhados para os níveis hierárquicos superiores.

A partir da alimentação do banco de dados do Sinan, pode-se calcular a incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, bem como realizar análises de acordo com as características de pessoa, tempo e lugar, particularmente no que tange às doenças transmissíveis de notificação obrigatória, além de outros indicadores epidemiológicos e operacionais utilizados para as avaliações local, municipal, estadual e nacional.

As informações da ficha de investigação possibilitam maior conhecimento acerca da situação epidemiológica do agravo investigado, fontes de infecção, modo de transmissão e identificação de áreas de risco, dentre outros importantes dados para o desencadeamento das atividades de controle. A manutenção periódica da atualização da base de dados do Sinan é fundamental para o acompanhamento da situação epidemiológica dos agravos incluídos no Sistema. Dados de má qualidade, oriundos de fichas de notificação ou investigação com a maioria dos campos em branco, inconsistências nas informações (casos com diagnóstico laboratorial positivo, porém encerrado como