

PLANO PARA MELHORAR O CONHECIMENTO DOS CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA °

NELSON L. DE A. MORAES *

e

JOSÉ A. ALVES DOS SANTOS **

O conhecimento do caso de uma determinada doença é necessário para a execução de medidas de proteção ao indivíduo, à sua família e à comunidade, de um modo geral, constituindo, além disso, o ponto de partida da investigação epidemiológica.

Dai o empenho das repartições sanitárias em tornar compulsória a notificação dos casos de determinadas doenças, por ela responsabilizando não só os médicos, como quaisquer outras pessoas. Qualquer indivíduo pode e deve, por conseguinte, notificar os casos de doenças, mesmo por simples suspeita de sua existência.

No Brasil, como em outros países, o preceito legal é apenas parcialmente obedecido. Numerosos estudos têm apontado a precariedade dos dados de morbidade, obtidos através da notificação.

A êsse respeito, podemos citar vários exemplos.

Na Tabela 1, damos alguns dados relativos ao Distrito Federal, estudados por Scorzelli °.

Encaminhado para publicação em dezembro de 1953.

° Trabalho apresentado ao 11º Congresso Brasileiro de Higiene. Curitiba, 1953.

* Docente livre da Cadeira de Epidemiologia e Profilaxia Gerais e Especiais (Prof. A. L. Ayrosa Galvão) da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

** Assistente da mesma Cadeira.

TABELA I

Número de casos e de óbitos e a respectiva razão de algumas doenças transmissíveis, no Distrito Federal (1949)

Meses	Tifóide e paratifóide		Difteria		Coqueluche		Tuberculose		Sarampo		Gripe							
	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C	O						
	$\frac{C}{O}$		$\frac{C}{O}$		$\frac{C}{O}$		$\frac{C}{O}$		$\frac{C}{O}$		$\frac{C}{O}$							
Janeiro	91	17	5,85	124	12	10,33	232	19	12,21	449	453	0,99	14	6	2,33	43	42	1,02
Fevereiro ..	85	18	4,72	80	9	8,89	179	13	13,77	434	395	1,10	14	5	2,80	42	42	1,00
Março	53	14	3,79	78	3	26,00	156	16	9,75	523	473	1,11	15	8	1,88	87	87	1,00
Abril	39	7	5,57	75	11	6,82	98	10	9,80	343	415	0,83	8	2	4,00	104	104	1,00
Maió	31	10	3,10	135	13	10,38	141	11	12,82	467	444	1,05	10	3	3,33	57	57	1,00
Junho	41	6	6,83	123	5	24,60	121	8	15,13	526	365	1,45	13	5	2,60	52	51	1,02
Julho	70	13	5,38	121	13	9,31	130	12	10,83	328	400	0,82	19	5	3,80	48	48	1,00
Agosto	82	10	8,20	151	5	30,20	235	11	21,45	344	378	0,91	31	1	31,00	46	43	1,07
Setembro ..	160	13	12,31	130	8	16,25	269	14	19,21	380	353	1,08	18	4	4,50	30	27	1,11
Outubro ...	143	21	6,81	168	7	24,00	330	23	14,76	308	308	0,77	27	4	6,75	34	34	1,00
Novembro ..	93	7	13,29	181	8	22,63	309	17	18,18	290	413	0,70	50	6	8,33	26	27	1,04
Dezembro ..	131	11	11,91	132	6	22,00	310	20	15,50	339	443	0,77	61	17	3,59	36	33	1,09
Total	1019	147	6,93	1498	100	14,98	2521	174	14,49	4733	4930	0,96	280	66	4,24	607	595	1,02

Fonte: Boletim Mensal do Serviço Federal de Bioestatística.

C = Casos
O = Óbitos

Um rápido exame da Tabela 1, já é suficiente para mostrar que os casos de tuberculose, de sarampo e de gripe são muito mal conhecidos pelas repartições sanitárias no Distrito Federal. Com efeito, no caso da tuberculose, por exemplo, em vários meses, a razão casos-óbitos foi menor do que 1, o que também se verificou para o ano de 1949. Ora, evidentemente, mesmo admitindo que apreciável número de óbitos ocorridos em 1949 sejam de casos notificados em anos anteriores, dificilmente poderíamos aceitar uma razão casos-óbitos menor que 1, pois, por outro lado, muitos casos notificados em 1949 morrerão, provavelmente, em anos subsequentes.

Para o sarampo, que é uma moléstia aguda, ao contrário da tuberculose, os óbitos ocorridos num ano devem ser, quase todos, de casos desse mesmo ano. A aceitação de uma razão casos-óbitos de 4,24, em 1949, no Distrito Federal, significaria admitir uma letalidade de cerca de 25%, evidentemente excessiva, principalmente depois do advento das sulfas e antibióticos.

Para a gripe, igualmente doença aguda, uma razão casos-óbitos em torno de 1, é inteiramente inaceitável, pois, para isso, essa doença precisaria apresentar uma gravidade que não observamos na prática.

Para as outras três doenças consideradas na Tabela 1, conquanto a razão casos-óbitos se mostre mais elevada, parece-nos muito pouco provável que ela reflita o que ocorre na realidade. Para as febres tifóide e paratifóides, por exemplo, aceitar a razão de 6,93 significaria admitir uma letalidade de cerca de 14%, mais do que a registrada por vários autores, há muitos anos passados.

Os dados da Tabela 1, revelam, pois, de maneira insofismável, a grande deficiência da notificação de casos de doenças transmissíveis, no Distrito Federal.

Na Tabela 2, apresentamos dados para outras capitais estaduais. Nela é possível observar que a deficiência assinalada para o Distrito Federal é problema de âmbito nacional.

CAUSAS DA DEFICIÊNCIA DA NOTIFICAÇÃO

Muitas causas têm sido apontadas como responsáveis pela deficiência da notificação entre nós. Entre elas, podem ser citadas: 1) o desinteresse dos médicos, de quem depende, basicamente a notificação; 2) precário aparelhamento das organizações sanitárias interessadas; 3) variabilidade do número de casos atendidos por médicos; 4) falta de assistência médica, etc..

A respeito da causa assinalada no item 3, existem alguns fatos interessantes. É do conhecimento geral que as famílias, habitualmente, só pro-

TABELA II

Número de casos e de óbitos e a respectiva razão de algumas doenças transmissíveis em capitais do país (1949)

Doenças	São Paulo *			Belém			Teresina			Fortaleza			Recife		
	C	O	C/O	C	O	C/O	C	O	C/O	C	O	C/O	C	O	C/O
Coqueluche	+	117	...	116	14	8,28	114	3	38,00	11	4	2,75	487	68	7,19
Difteria	899	80	11,28	39	16	2,48	75	5	15,00	78	42	1,85	91	22	4,13
Disenteria amebiana	+	30	...	49	42	1,16	—	—	...	91	50	0,80	41	27	1,51
Disenteria bacilar	53	51	1,08	13	12	1,08	1	1	1,00	31	63	2,38	4	9	0,44
Febres tifóides	210	41	5,12	33	19	1,73	53	12	4,41	54	12	0,22	77	39	1,97
Gripe	+	161	...	106	108	0,98	6	6	1,00	—	86	0,82	408	388	1,03
Meningite meningocócica	470	66	7,12	—	—	...	—	—	...	—	4	...	2	—	...
Poliomielite	29	7	4,14	5	1	5,00	—	—	...	9	2	4,50	5	1	5,00
Sarampo	36	41	0,88	309	49	6,30	11	1	11,00	23	87	0,52	273	50	5,46
Tuberculose pulmonar	1885	...	881	708	1,25	209	182	1,08	448	561	0,79	2618	1460	1,75
Varíola (inclusive alastrim) ...	144	5	36,00	—	—	...	11	—	...	8	—	...	25	1	25,00

* Dados referentes ao ano de 1947.

+ Não há notificação compulsória destas doenças.

curam assistência médica quando a doença apresenta gravidade ou não cedeu à automedicação.

Foi isso, por exemplo, que Sydenstricker ⁷ verificou, num estudo realizado na cidade de Hagerstown, nos anos de 1921-24.

Na Tabela 3, apresentamos os dados dêsse autor.

Na Tabela 3, podemos comprovar a afirmação que fizemos linhas atrás. Com efeito, a rubéla, a varicela e a cachumba apresentavam percentuais muito mais baixos de atendimento por médico do que a febre tifóide, a pneumonia e a difteria, por exemplo, naturalmente porque há, entre êsses dois grupos de doenças, nítida diferença quanto à gravidade.

Com os modernos recursos terapêuticos, é quase certo que não encontraríamos para a gripe, por exemplo, um percentual tão elevado quanto o assinalado por Sydenstricker.

Essa causa de deficiência da notificação deve ser ainda mais importante, atualmente.

A causa mencionada no item 4 é de importância óbvia. A inexistência de médico numa localidade significa, evidentemente, ausência de diagnóstico e, portanto, desconhecimento completo dos casos de doença.

TABELA III

Número de casos observados e percentual dos que foram atendidos por médico, em grupo geral da população de Hagerstown, entre 1-12-1921 e 31-3-1924

D o e n ç a s	Número de casos observados	Percentual de casos atendidos por médico
Febre tifóide	19	100,0
Meningite	1	100,0
Pneumonia (tôdas as formas)	144	97,9
Difteria	45	97,8
Escarlatina	34	97,1
Gripe	261	91,1
Sarampo	568	64,1
Sarna e impetigo	49	61,2
Coqueluche	374	48,8
Varicela	232	45,2
Rubela	18	38,9
Cachumba	9	33,3

MEIOS PARA MELHORAR O CONHECIMENTO DE CASOS

Para tornar mais completos os dados de morbidade, obtidos através da notificação, devemos recorrer a várias medidas.

É nosso propósito, neste trabalho, apresentar um plano geral de ação no sentido de melhorar o conhecimento dos casos, sem qualquer modificação importante das condições vigentes.

O plano por nós proposto assenta nos 3 grupos seguintes de medidas:

- I. Medidas destinadas a obter maior cooperação e interêsse por parte dos que, mais particularmente, lidam com a saúde da população;
- II. Medidas destinadas a promover melhor entrosamento entre as repartições médico-sanitárias interessadas;
- III. Medidas destinadas a maior aproveitamento das fontes vicariantes de informação.

Passemos, pois, em revista, cada um dêsses grupos.

- I. *Medidas destinadas a obter maior cooperação e interêsse por parte dos que, mais particularmente, lidam com a saúde da população.*

Entre os técnicos que tratam dos problemas de saúde, são os médicos os principais executores da notificação, não só porque podem fazer diagnóstico, como também pela natureza de suas atividades.

Entretanto, não é raro encontrar médicos que vêm tomar conhecimento da existência de uma relação de doenças de notificação compulsória e de que lhes cabe apreciável parcela da responsabilidade de providenciar essa notificação às autoridades sanitárias, alguns anos depois de formados.

Por isso, achamos que nossa atenção deve voltar-se primeiramente para os estudantes de medicina, os médicos de amanhã.

A XI Conferência Sanitária Panamericana, reunida no Rio de Janeiro, em setembro de 1942, recomendou que: "Constitua, nas Escolas de Medicina, o preenchimento de atestados de óbito, exercício obrigatório nas cadeiras de Higiene e de Medicina Legal". Em nossa opinião, essa recomendação deveria ser ampliada para incluir também o preenchimento dos boletins de notificação, de acôrdo com o código sanitário em vigor.

A finalidade de nossa sugestão é simplesmente fazer com que o futuro médico se familiarize com o boletim de notificação — que, digamos de passagem, nenhuma dificuldade apresenta quanto ao seu preenchimento — e com o texto dos regulamentos sanitários que dizem respeito ao assunto.

Esse exercício prático deveria ser precedido da aula sôbre a necessidade e as vantagens da notificação para o doente, a coletividade e o pró-

prio médico, além de salientar que o boletim é apenas um dos recursos com que o médico pode contar para efetuar-la.

Na Cadeira de Epidemiologia da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que tem dado uma parte do programa de higiene aos alunos da Faculdade de Medicina da mesma Universidade, incluímos também um exercício sobre notificação que consiste em: 1) comentar dados semelhantes aos incluídos na Tabela 1. Esta parte do exercício tem por fim fazer com que o estudante conclua, pela sua própria análise, que os dados de morbidade são deficientes; 2) apresentar sugestões no sentido de melhorar a deficiência comprovada no item 1. Com a segunda parte, pretendemos que os alunos raciocinem sobre os fatores que dificultam a notificação e sobre os meios de removê-los.

Exercícios semelhantes poderiam ser introduzidos nas cadeiras de higiene das escolas de enfermagem, farmácia e odontologia.

Para os médicos, algumas medidas se nos afiguram de valor para que dêles obtenhamos maior cooperação.

Em primeiro lugar, destaca-se a propaganda, que se deve basear em: a) demonstrar a necessidade e as vantagens da notificação; b) dar conhecimento do texto do regulamento sanitário relativo ao problema.

Para isso, é necessário distribuir literatura, a exemplo do que já se faz entre nós, no que se refere ao preenchimento do atestado médico da causa de morte^{1, 3 e 4}.

A distribuição dessa literatura poderia ser feita através das associações e sociedades médicas, dos hospitais e de outros lugares que congreguem número razoável de médicos, por ocasião dos congressos de medicina e pelo próprio correio.

Outra forma de distribuição que nos parece eficiente poderia consistir no envio dessa literatura juntamente com as revistas médicas, obtendo-se para isso a colaboração das mesmas.

Os laboratórios de produtos farmacêuticos também poderiam ser solicitados a participar dessa distribuição, e por intermédio de seus propagandistas, que teriam oportunidade de fazer a entrega pessoalmente, ao visitarem os consultórios médicos.

A Sociedade Brasileira de Higiene também deveria participar, de modo especial, dessa campanha de esclarecimento da classe médica, mobilizando para isso as centenas de sócios que possui espalhados pelo território nacional, os quais, pela melhor compreensão que têm dos problemas de saúde pública, poderiam servir de pontos de irradiação da propaganda.

Outros recursos de propaganda, como os cartazes, por exemplo, poderiam ser afixados em todos os pontos de reunião de médicos, como associações, e nos locais de trabalho (hospitais, dispensários, etc.).

Ainda com finalidade de propaganda, poderia ser solicitada a colaboração de tôdas as organizações estatais, como as forças armadas, e para-estatais, como institutos de previdência, caixas econômicas, Banco do Brasil, no sentido de interessar os médicos de seus quadros, através de circulares, cartas ou quaisquer outros meios, pela notificação das doenças transmissíveis.

As secções de epidemiologia poderiam ainda publicar na imprensa leiga e nas revistas médicas, periòdicamente, resumos da ocorrência de casos das principais doenças, aproveitando a oportunidade para assinalar que os casos só foram conhecidos porque os médicos (ou outras pessoas ou entidades) fizeram a notificação. Êsses resumos poderiam ser sistematicamente acompanhados de uma exortação aos médicos para que notifiquem os casos.

Em segundo lugar, em complementação à propaganda, deveríamos facilitar ao máximo os recursos materiais para a notificação.

A faculdade de notificar por telefone, telégrafo ou outro meio qualquer constitui um grande passo nesse sentido.

Outra medida que, em nossa opinião, viria ao encontro dêsse mesmo objetivo, seria colocar ao alcance dos médicos e dos farmacêuticos os boletins de notificação (naturalmente, isentos de sêlo postal).

Por maior que seja a compreensão quanto às vantagens da notificação, por parte dos médicos e farmacêuticos, êstes não procurarão, por livre iniciativa, obter os boletins. Torna-se, pois, necessário fazê-los chegar-lhes às mãos.

Para isso, poderíamos novamente recorrer aos meios de distribuição já referidos, quando tratamos da literatura elucidativa das vantagens da notificação, isto é, sociedades médicas, hospitais, laboratórios particulares de produtos farmacêuticos, revistas médicas, etc..

A ampla distribuição periòdica de boletins de notificação entre a classe médica, além de focalizar a atenção sôbre o problema, colocaria nas mãos dos clínicos o recurso material para executar essa medida. Ê muito sugestivo que, num rápido inquérito que fizemos entre cêrca de 50 médicos clínicos no Rio de Janeiro (D.F.) e em São Paulo, apenas 1 tenha informado estar de posse dos referidos boletins, alguns dêles desconhecendo mesmo sua existência.

Fizemos referência específica aos farmacêuticos porque êstes, no Brasil, têm contacto com os doentes, aos quais chêgam, muitas vêzes, a dar recei-

tas. Deveríamos, pois, utilizá-los como fontes de notificação, pois a lei permite que qualquer pessoa comunique um caso suspeito de doença transmissível à autoridade sanitária.

Tôdas as farmácias deveriam dispor de certo número de boletins de notificação, que os farmacêuticos poderiam utilizar pessoalmente ou ceder aos médicos que os solicitassem.

Uma terceira medida, para despertar maior interêsse por parte dos médicos quanto à notificação, consiste em rever periòdicamente a lista das doenças de notificação compulsória.

Essa revisão teria por finalidade acompanhar o progresso da ciência médica, que tornou o tratamento de certas doenças fácil e seguro, e, por outro lado, demonstrou a gravidade de outras, do ponto de vista coletivo.

Será, na realidade, muito difícil convencer o médico da necessidade ou conveniência de notificar, por exemplo, casos de ancilostomose e de gonorréia. Com os recursos terapêuticos disponíveis atualmente, essas doenças não apresentam gravidade, na quase totalidade dos casos, nem para o indivíduo nem para a coletividade. Além disso, quando casos dessas doenças são notificados, as repartições sanitárias nenhuma providência tomam a respeito.

O que dissemos para a ancilostomose e a gonorréia aplica-se, igualmente, para outras doenças, que até hoje figuram nas listas de doenças de notificação compulsória de diversos Estados do Brasil.

No Distrito Federal, por exemplo, o Decreto n.º 9.761, de 21-5-1949, ainda exige a notificação de doenças tais como a rubéla, a cachumba, a gripe e o linfgranuloma venéreo (doença de Nicolas Favre).

Ora, como já vimos na Tabela 3, muito menos da metade dos casos de cachumba e rubéla, por exemplo, foram atendidos por médicos, no estudo citado ⁷.

Com os melhores recursos terapêuticos com que contamos modernamente, não duvidamos de que, para as doenças mencionadas, os percentuais de casos atendidos por médicos, se mostrassem ainda menores. E nem se alegue que a falta de atendimento por parte dos médicos é motivo para que a notificação deixe de ser efetuada. Sabemos, perfeitamente, que é sobretudo com os médicos que devemos contar.

Poderíamos, no caso de certas doenças que já não apresentam gravidade do ponto de vista epidemiológico, proceder da seguinte maneira: 1) solicitar que os médicos façam a notificação dos casos dessas doenças no fim de cada mês, preenchendo, com êsse objetivo, um impresso apro-

priado, para o qual damos, na Fig. 1, uma sugestão; 2) pedir que a notificação seja feita imediatamente quando os casos dessas doenças ocorrerem em colégios, asilos e habitações coletivas, a exemplo do que já se faz em São Paulo. Neste Estado, os casos de coqueluche e parotidite epidêmica só devem ser notificados quando ocorrerem em colégios, asilos e habitações coletivas (Art. 231, Lei n.º 1.596).

Por outro lado, algumas moléstias, mal estudadas até recentemente, tem-se revelado de grande importância sanitária, merecendo por isso ser incluídas na relação de doenças notificáveis. Está nesse caso, por exemplo, a hepatite infecciosa, cuja notificação já é exigida pelo Decreto n.º 9.761, de 21-5-1949, relativo ao Distrito Federal, mas que não consta da relação em vigor em numerosos Estados.

Além disso, o êxito alcançado na luta contra certas doenças — a malária, por exemplo, — pode fazer com que a ocorrência de um único caso, numa região em que êles já não surgiam, tenha grande significação, donde a conveniência de sua notificação.

Acreditamos que os médicos poderão ser muito mais facilmente convencidos a notificar as doenças nas quais êles vejam um perigo real para o indivíduo, a família e a coletividade, como acontece com a varíola, a febre tifóide, a tuberculose, a peste, a difteria e outras moléstias graves.

A revisão periódica das listas de doenças de notificação compulsória, com a exclusão daquelas que não mais constituem problema grave e a possível inclusão de outras, impõe-se assim como uma medida fundamental para despertar maior interesse dos médicos por êsse recurso de profilaxia.

II. *Medidas destinadas a promover melhor entrosamento entre as repartições médico-sanitárias interessadas.*

Temos sempre defendido a idéia de que o conhecimento de casos de doenças através da notificação não tem somente em vista permitir que se tomem medidas de proteção ao doente e à comunidade. Êsse recurso de profilaxia, quando bem aplicado, nos revela a amplitude do problema em determinada área, além de fornecer um meio de avaliar nosso programa de controle.

Com efeito, se numerosos casos de difteria são notificados em dada região, fica patenteada a necessidade de um programa de vacinação. E, se após a execução desta medida profilática, os casos de difteria continuam a ser notificados, saberemos imediatamente que existe alguma falha no programa de combate à doença.

Eis por que é importante que as secções de epidemiologia tomem conhecimento dos casos de doenças, mesmo com atraso.

Por outro lado, a gravidade de certas doenças é de tal ordem que é de tôda conveniência instituir contra elas medidas profiláticas, embora tardiamente.

Apesar das evidentes vantagens que o conhecimento, tão completo quanto possível, dos casos de doenças, tem para a saúde pública, a experiência de cada dia nos indica que existe falta de entrosamento até entre secções do mesmo departamento de saúde.

A de mais fácil verificação é a que existe entre a secção de bioestatística e a de epidemiologia.

Em Belém, por exemplo, houve, em 1949, 108 óbitos atribuídos à gripe e apenas 106 casos conhecidos dessa doença. Como se trata de infecção aguda, deveríamos esperar que a secção de epidemiologia, embora através dos dados de mortalidade, tivesse tomado conhecimento de pelo menos 108 casos.

De um modo geral, se houvesse perfeito entrosamento entre as secções de bioestatística e epidemiologia, a relação casos-óbitos deveria ser no mínimo 1.

Recomendamos, por isso, que as secções de bioestatística, ao receberem as declarações de óbito de determinado mês, passem-nas em revista, preenchendo o mesmo impresso que sugerimos na Fig. 1, tôda vez que o médico atestante mencione qualquer doença de notificação compulsória. Esse impresso será então encaminhado a secção de epidemiologia.

Nas áreas em que as declarações de óbito passam pelas unidades sanitárias, não deve existir qualquer dificuldade na comunicação de óbitos por doenças de notificação compulsória à secção de epidemiologia.

A falta de entrosamento torna-se difícil de corrigir quando a apuração dos dados bioestatísticos é feita fora do departamento de saúde, como acontece atualmente no Estado de São Paulo.

Não é, porém, só entre as secções de bioestatística e epidemiologia que existe, em geral, falta de articulação.

Muitas vezes, os próprios laboratórios de saúde pública, encarregados de fazer os exames de confirmação de diagnóstico ou de libertação de doentes, não notificam os casos de que têm conhecimento.

Para o Município de São Paulo, por exemplo, apresentamos, na Tabela 4 alguns dados sugestivos.

Localidade: Distrito: Município: Semana ou mês Ano:

Nome	Sexo	Idade	Enderêço	Doente desde a data de	Diagnóstico	Médico responsável	Exame complementar que confirmou o diagnóstico

Organização ou pessoa notificante:

Fig. 1 — NOTIFICAÇÃO DE DOENÇA

Os próprios hospitais mantidos pelo Estado ou pertencentes às organizações para-estatais deixam, muitas vêzes, de notificar os casos de doenças às secções de epidemiologia.

TABELA IV

Casos de disenteria bacilar notificados em comparação com os positivados no Laboratório Central de Saúde Pública, Município de São Paulo

A n o s	Casos de disenteria bacilar	
	Notificados	Positivados por exames no Laboratório Central
1944	93	239
1945	72	196
1946	40	151
1947	53	132
1948	67	193
Total	325	911

Para corrigir essa falta de entrosamento, a medida que se nos afigura de importância consistiria em reuniões periódicas com os diretores e chefes de repartições interessadas, nas quais seriam discutidas os meios mais convenientes de fazer chegar as informações à secção de epidemiologia. Essas reuniões seriam, provavelmente, mais proveitosas se incluíssem, de cada vez, grupos mais reduzidos e homogêneos. Assim, por exemplo, poderiam ser convocados, inicialmente, os diretores e chefes dos serviços e secções do departamento de saúde; a seguir, os diretores de hospitais, etc.

Com essas reuniões, não só se tornaria possível a articulação das várias repartições, como seria dado destaque ao problema, aspecto que julgamos de grande importância.

Uma maneira prática de obter os dados necessários seria solicitar o preenchimento do modelo da Fig. 1, semanalmente, por exemplo, por parte dos hospitais, laboratórios de saúde pública, e outras repartições, quando estivessem em causa as doenças menos graves, como disenterias, sífilis, etc., e imediatamente, no caso de ocorrência de febre amarela, febre tifóide, peste, varíola, tifo, febre recorrente transmitida por piolho, etc.

A adoção desse modelo ou de qualquer outro sistema de notificação deveria, entretanto, ser decidida nas reuniões de diretores e chefes.

III. *Medidas destinadas a maior aproveitamento das fontes vicariantes de informação.*

Muitas são as fontes vicariantes de que podemos lançar mão para conhecer casos de doenças. Entretanto, apenas duas dentre elas têm, a nosso ver, possibilidade imediata de serem utilizadas na prática. A primeira é representada por tôdas as organizações particulares que prestam serviços de assistência médica ou fazem exames de saúde. Estão nesta categoria, os hospitais, as casas de saúde, as companhias de seguro, as clínicas, os serviços médicos das grandes emprêsas, etc. A segunda é constituída pelos laboratórios de análises clínicas.

A importância da primeira dessas duas fontes de conhecimento de casos pode ser avaliada pelos dados que apresentamos a seguir.

Num estudo sôbre a incidência da poliomielite aguda em São Paulo⁸ os autores apuraram que, de 1933 a 1947, o Departamento de Saúde teve conhecimento de 308 casos, enquanto que, nesse mesmo período, o Pavilhão Fernandinho, da Santa Casa de Misericórdia, tinha registrado mais de 807 casos que não haviam sido notificados à Secção de Epidemiologia.

Da mesma maneira que sugerimos que as repartições mantidas pelo Estado, as organizações assistenciais e os laboratórios particulares poderiam ser solicitados a preencher, semanalmente, por exemplo, o modelo da Fig. 1, para determinadas doenças, fazendo notificação imediata das que representassem perigo para a coletividade.

PUBLICAÇÃO DOS DADOS

Para que os dados de ocorrência de doenças possam ser úteis, não basta melhorar sua coleta. É necessário dar-lhes a mais ampla divulgação, no mais breve período de tempo.

Por isso não quisemos terminar êste trabalho sem dar o devido destaque a êste aspecto do problema, tanto mais que o Brasil, como país membro da Organização Mundial de Saúde, tem assumido compromissos no sentido de tornar disponíveis êsses dados.

Uma recente publicação² contém muitas informações úteis sôbre quais os dados que precisam ser divulgados, de acôrdo com o Regulamento Sanitário Internacional bem como sôbre a maneira de fazer a comunicação dos mesmos à Repartição Sanitária Panamericana.

CONCLUSÕES

1. Os dados de morbidade, obtidos através da notificação, são reconhecidamente deficientes.

2. Diversas medidas poderão, sem introduzir qualquer modificação importante na organização sanitária vigente, determinar melhora acentuada do conhecimento de casos de doenças.

3. Entre essas medidas, destacamos, pela sua importância:

- a) Campanha elucidativa da necessidade e vantagens da notificação, principalmente entre os estudantes de medicina e os médicos;
- b) revisão periódica da lista de doenças de notificação compulsória;
- c) melhor entrosamento entre as repartições médico sanitárias interessadas;
- d) melhor aproveitamento das fontes vicariantes de informação.

4. O melhor conhecimento dos casos de doenças deve ser acompanhado de uma imediata e mais ampla divulgação dos dados de morbidade.

RESUMO

1 — Os dados de morbidade, obtidos através da notificação, são reconhecidamente deficientes.

2 — Diversas medidas poderão, sem trazer qualquer modificação importante na organização sanitária vigente, determinar melhora acentuada do conhecimento de casos de doenças de notificação compulsória.

3 — Entre tais medidas destacamos, pela sua importância, as seguintes:

- a) campanha elucidativa da necessidade e das vantagens da notificação, principalmente entre os estudantes de medicina e os médicos;
- b) revisão periódica da lista de doenças de notificação compulsória;
- c) melhor entrosamento entre as Repartições médico-sanitárias interessadas;
- d) melhor aproveitamento das fontes vicariantes de informação.

4 — O melhor conhecimento dos casos de doenças deve ser acompanhado de uma imediata e mais ampla divulgação dos dados de morbidade.

SUMMARY

- 1 — Morbidity data, obtained through official reporting, are known to be quite deficient.
- 2 — Several measures may be taken which will determine marked increase in the knowledge of cases of notifiable diseases without introducing any important change in the sanitary laws and regulations in force.
- 3 — Important among these measures are:
 - a) educational campaign about the necessity and advantages of knowing cases chiefly among medical students and medical doctors;
 - b) periodic revision of the list of notifiable diseases;
 - c) better cooperation among all the medical and sanitary agencies concerned with the problem;
 - d) better use of all other sources of information.
- 4 — Better knowledge of cases should be followed by an immediate publication of morbidity data.

BIBLIOGRAFIA

1. Freitas, L. de F. (Filho): O clínico e a bioestatística. Rio de Janeiro, SPES, 1940
2. Guia para la notificación de las enfermedades cuarentenables y de otras enfermedades transmisibles de las Américas a la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, O. S. P., 1953.
3. Moraes, N. L. de A.: A importância clínica dos dados de mortalidade. Rio de Janeiro, SESP, 1952.
4. Nomenclatura internacional de doenças e causas de morte. Rio de Janeiro, Serviço Federal de Bioestatística, 1950.
5. Scorzelli (Junior), A.: Dados de ocorrência de doenças. Coleta e crítica. Rev. Serv. Espec. Saúde Pública 5:1, 5-78, 1952.
6. Serviço Federal de Bioestatística: Anuário de Bioestatística, 1947-1949. Rio de Janeiro, 1951.
7. Sydenstricker, E.: The reporting of notifiable diseases in a typical small city. Hagerstown morbidity studies, n. II. Publ. Health Rep. 41:41, 2186-2191, 1926.
8. Vieira, F. B.; Santos, J. A. dos & Silva, H. L.: Poliomielite aguda. Sua incidência em São Paulo. Arq. Fac. Hig. Saúde Pú. 2:2, 217-252, 1948.