



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

KAREN GIANINI MOUTINHO ALVES

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DENGUE E
LEPTOSPIROSE NA PERSPECTIVA DA
CONSTRUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE**

ARIQUEMES - RO
2015

Karen Gianini Moutinho Alves

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DENGUE E
LEPTOSPIROSE NA PERSPECTIVA DA
CONSTRUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação
em Enfermagem da Faculdade de
Educação e Meio Ambiente – FAEMA,
como requisito parcial a obtenção do
grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Rosani
Aparecida Alves Ribeiro de Souza

Ariquemes - RO

2015

Ficha Catalográfica
Biblioteca Júlio Bordignon
FAEMA

K15d ALVES, Karen Gianini Moutinho.

Diagnóstico diferencial de dengue e leptospirose na perspectiva da construção social da saúde./ Karen Gianini Moutinho Alves: FAEMA, 2015.
56;il.

Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza.

1. Planejamento em saúde. 2. Dengue 3. Leptospirose 4. Diagnóstico diferencial I. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza. II. Título. III. FAEMA.

CDD 610.73

Karen Gianini Moutinho Alves

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DENGUE E
LEPTOSPIROSE NA PERSPECTIVA DA
CONSTRUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação
em Enfermagem da Faculdade de
Educação e Meio Ambiente – FAEMA,
como requisito parcial a obtenção do
grau de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Profa. Dra. Rosieli Alves Chiaratto
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Profa. Esp. Vilma Maria Galdino Souto
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes, 03 de Dezembro de 2015

A minha mãe (Ester)
Aos meus pais (Jocemilton e Ozorio),
A meu esposo (Chumacher)
Aos meus queridos avós (Clausa e Pedro)
Por estarem ao meu lado sempre, desde o início.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por sempre ser fiel comigo e ter me ajudado a não desistir, e chegar ao meu objetivo.

A minha amada mãe pelo exemplo, amor, carinho, paciência e força, por não medir esforços para que mais esta etapa da minha vida fosse cumprida, e por ter feito desse momento em minha vida uma prioridade da sua, e claro por torcer incansavelmente pelo meu sucesso. Obrigado!

Ao meu esposo Chumacher pelo amor, companheirismo, empatia, carinho, e compreensão nos momentos em que estive ausente. Sou imensamente grata a Deus por você estar ao meu lado!

A minha Orientadora Profa. Dr^a. Rosani Aparecida. Alves Ribeiro de Souza, pelo acolhimento, paciência, carinho, motivação e sua amizade. Professora querida, muito, muito obrigada por ter contribuído ativamente, para que esse dia chegasse. Dr^a Rosani, você é um exemplo para mim em sua totalidade!

Não poderia deixar de agradecer também a Jeanne Silva da Costa e Eliane Ramos de Almeida da IV Regional de Saúde pela ajuda nas pesquisas, ideias compartilhadas, vocês me ajudaram muito.

A Profa. Dr^a Rosieli Alves Chiaratto e Prof^a Vilma Maria Galdino Souto, por terem aceitado o convite para fazerem parte da banca examinadora.

As minhas amigas de longas datas: Tania, Cassia, Elisangela e Katia pela amizade, companheirismo e momentos de alegrias juntas vividas.

Agradeço também a minha amiga Priscila Tabosa, por me conceder sua casa quando precisei, ao seu Pai, por me acolher. Agradeço a Deus por ter conhecido uma pessoa maravilhosa como você, obrigada por tudo.

A minha queridíssima Amiga Angélica Bonissi por ter sido mais que amiga, uma verdadeira irmã, agradeço pela amizade sincera, por me acolher durante um ano, e também agradeço ao seu Esposo Adão Ferraz pela compreensão e paciência.

Agradeço a todos meus professores da vida acadêmica sem exceções pelos ensinamentos e conselhos dados, em especial Denise Chocair, Silvia Rossetto, Thays Dutra Chiaratto Veríssimo, Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza e Sonia Carvalho, vocês são nota mil.

Não poderia deixar de agradecer também a Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

**“As ideias e estratégias são importantes,
Mas o verdadeiro desafio é a sua execução”.**

Percy Barnevick

RESUMO

Doenças febris agudas são constantemente relacionadas com agentes infecciosos que possuem manifestações clínicas inespecíficas, a exemplo da Dengue e da Leptospirose. Diante da possibilidade de erros no diagnóstico, devido a sintomas semelhantes, torna-se necessário conscientizar os profissionais e gestores de saúde, quanto à adesão da Leptospirose no diagnóstico diferencial de pacientes com febre, cefaléia e exantema. Este estudo é do tipo documental, de caráter descritivo, de abordagem quantitativa, mediante buscas realizadas na base de dados do DATASUS, a fim de levantar informações de municípios pertencentes à Região de Saúde do Vale do Jamari, do Estado de Rondônia, entre os anos de 2010 a 2014, no tocante à prevalência de Dengue e Leptospirose, com ênfase no diagnóstico diferencial. Os resultados apontam para o ano de 2010 como sendo o de maior número de casos notificados, enquanto que o ano de 2012, o de menor registro. Pode-se inferir que, em alguns municípios, houve casos subnotificados ou até mesmo, notificados em município diferente ao de residência. Parece salutar concluir que a área da informação em saúde clama pela geração de um significativo processo político em torno da produção, divulgação e utilização das informações, seja pela gestão da saúde, seja como via para a efetivação do controle social sobre as ações e serviços de saúde e políticas públicas em desenvolvimento. Nessa dimensão, faz-se necessário cultivar a valorização da informação em saúde, bem como conhecer sua real importância para o planejamento adequado, de maneira a sintonizar a prática sanitária com a diversidade do processo saúde-doença.

Palavras-chave: Planejamento em saúde; Dengue; Leptospirose; Diagnóstico Diferencial.

ABSTRACT

Acute febrile diseases are constantly related with infectious agents that have nonspecific clinical manifestations, such as Dengue fever and Leptospirosis. Faced with the possibility of errors in diagnosis, due to similar symptoms, it is necessary to raise the awareness of professionals and health managers, regarding the accession of Leptospirosis in the differential diagnosis of patients with fever, headache, and rash. This study is documentary-type of descriptive character, quantitative approach, by searches in the database of the DATASUS, in order to lift information from municipalities belonging to the region of Jamari, Valley Health State of Rondônia, between the years 2010 to 2014, with regard to the prevalence of Dengue and Leptospirosis, with emphasis on differential diagnosis. The results point to the year of 2010 as the largest number of reported cases, while the year of 2012, the lower register. One can infer that, in some municipalities, there were underreported crime cases or even notified in the municipality of residence. It seems beneficial to conclude that the area of health information calls for generating a meaningful political process surrounding the production, dissemination and use of information, whether for health management, either as a means for effective social control over the actions and health services and public policy development. In this dimension, it is necessary to cultivate appreciation of health information, as well as meet its real importance to proper planning, so tune in to health practice with the diversity of the health-disease process.

Keywords: health planning; Dengue fever; Leptospirosis; Differential Diagnosis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido Acetil Salicílico
AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AINEs	Anti-inflamatórios não-esteróides
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretárias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DEN-1	Vírus Dengue Sorotipo 1
DEN-2	Vírus Dengue Sorotipo 2
DEN -3	Vírus Dengue Sorotipo 3
DEN-4	Vírus Dengue Sorotipo 4
DENV	Vírus da Dengue
ELISA	Enzyme Linked Immunono Sorbent Assay
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
FII	Ficha Individual de Investigação
FIN	Ficha Individual de Notificação
IgM	Imunoglobulina M

IgG	Imunoglobulina G
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PL	Prova do Laço
RNA	Ácido Ribonucleico
RAPS	Redes de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Redes de Atenção de Urgência e Emergência
SAM	Soro Aglutinação Microscópica
SAT	Soro Aglutinação Macroscópica
SCIELO	Scientific Eletronic Library
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica
ST	Saúde do Trabalhador
VA	Vigilância Ambiental
VS	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE: O INVERSO DA IMPROVISAÇÃO	16
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ORDENADORA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	20
2.3 PATOLOGIAS EM FOCO.....	22
2.3.1 Dados Epidemiológicos da Dengue.....	22
2.3.2 Aspectos clínicos da Dengue.....	23
2.3.3 Vetor da Dengue	23
2.3.4 Classificação	24
2.3.5 Prova do laço (PL).....	24
2.3.6 Diagnóstico laboratorial	25
2.3.7 Diagnóstico diferencial da Dengue.....	25
2.3.8 Tratamento	26
2.4 Dados epidemiológicos da Leptospirose.....	27
2.4.1 Aspectos Clínicos	27
2.4.1.1 Fase Precoce	28
2.4.1.2 Fase Tardia	28
2.4.1.3 Fase da Convalescença	29
2.4.2 Diagnóstico Laboratorial	29
2.4.3 Tratamento.....	29
3 OBJETIVOS.....	31
3.1 OBJETIVO GERAL.....	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4 METODOLOGIA	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	33
CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS.....	42
ANEXOS	49

INTRODUÇÃO

Reconhece-se a epidemiologia como sendo de fundamental importância ao processo de elaboração das estratégias públicas direcionadas ao combate e prevenção de patologias que acometem a sociedade brasileira, permitindo identificar fatores de risco na população e com ações planejadas pelos profissionais de saúde, combatê-los de maneira eficiente.

Em conformidade com Barreto (2002), a epidemiologia se desenvolveu como parte de um movimento maior, como o da Saúde Coletiva, assumindo um compromisso de transformar as condições insatisfatórias de saúde da população construindo um sistema de saúde que compreende o processo saúde-doença-cuidado como dever da organização social.

Sendo assim, como forma de garantir a saúde a todos, tem-se a necessidade de planejar as ações e serviços com base em ações descentralizadas dirigidas para cada realidade, sendo a descentralização um dos principais organizativos que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, ressalta-se o planejamento como importante ferramenta para oferta em saúde de maneira eficaz, efetiva e eficiente.

De acordo com Matus (1991), o planejamento é a não improvisação de atitudes, mas propriedade do homem desde que ele passou a pensar antes de agir, assim, planejar é o cálculo que antecede e prevê a ação. É quase o mesmo que ter um roteiro a ser seguido, não havendo improvisos, mesmo tendo imprevistos. Considera-se que a forma mais inteligente de se promover saúde de qualidade, é desenvolvendo o planejamento em saúde.

Entende-se que para o SUS, resgatar ou construir planejamento é um avanço e ao mesmo tempo, um desafio. Avanço porque a cada dia, é mais reconhecido e valorizado no SUS, e um desafio porque envolve a consolidação de uma cultura que exige união de forças dos gestores e profissionais de saúde.

O SUS é uma conquista da sociedade brasileira, pois ele concretizou os anseios de uma saúde para todos, além de trazer no seu conceito um novo jeito de fazer e entender saúde, de forma a se colocar em prática os princípios doutrinários como a universalidade, integralidade, e equidade. Dessa forma, vale reforçar que o

SUS é para todos, sem discriminação do início ao fim da vida, sendo a atenção integral à saúde um direito.

Ocorrendo no "local mais próximo das pessoas", a Atenção Básica (AB) deve ser o primeiro contato do usuário para o recebimento das ações de atenção e assistência à saúde. Sendo assim, é vista como a principal porta de entrada ao sistema e ainda, como elemento central da dimensão total da Rede de Atenção à Saúde (RAS). (BRASIL, 2012a).

Vale mencionar que as RAS surgem como estruturas de organizações do conjunto de saúde, interligadas entre si, com objetivos e metas comuns, sendo de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de uma cooperação técnica e interdependente, com a finalidade de prestar uma atenção integral e contínua, em tempo certo, de forma humanizada, de características eficientes, efetivas e eficazes, tendo como pressupostos comuns a responsabilidade sanitária e econômica de dada população. (MENDES, 2010).

De modo a reorganizar os serviços de saúde em nível de AB, com base nas propostas do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, surge como forma de aumento, melhoria da qualidade e consolidação da AB, por meio da reorientação do processo de trabalho, com força centrada para colocar em prática os princípios, diretrizes e fundamentos da AB. (BRASIL, 2014c).

Somando-se a isto, cabe aqui registrar que a lógica de operacionalização da ESF se volta para a promoção, prevenção e reabilitação envolvendo a comunidade no planejamento e execução das ações em saúde.

Dengue e Leptospirose são dois dos principais problemas de saúde pública associados a altas taxas de mortalidade, sendo doenças infecciosas e causadoras de doença febril indiferenciada, tendo manifestação clínica semelhante, com privilégios de ocorrência nas regiões tropical e subtropical. (MEGUINS; MEDEIRO JUNIOR, 2010). Os testes laboratoriais são considerados importantes instrumentos de diagnóstico, devendo ser realizados em tempo muito breve, diante da suspeita clínica das duas doenças.

O registro dessas doenças em sistemas de informações vem colaborar para com o planejamento das ações e serviços de saúde, dentro dos pressupostos da Promoção de Saúde, e ainda, para além do âmbito da ESF.

Com base no exposto, justifica-se a realização do presente estudo, uma vez que poderá servir de estímulo à implementação de práticas de planejamento em

saúde, mais especificamente, do planejamento das ações e serviços de saúde dos municípios pertencentes à Região de Saúde do Vale do Jamari, do Estado de Rondônia, de forma a favorecer um planejamento para a adequação das irregularidades presentes ou não na gestão dos mesmos, com conseqüente melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das respectivas populações.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE: O INVERSO DA IMPROVISACÃO

Sob a ótica do entendimento tecnológico, a epidemiologia, é estudada em sua operacionalização como instrumento para a formulação e estabelecimento de políticas, sendo ainda, direcionada ao planejamento, compreendido aqui como o ato de elaborar plano de ação e avaliar as ações e serviços de saúde.

Vale dizer que se faz necessária a aplicação de conceitos e de suas possíveis utilizações, de forma racional, para que por meio de um bom planejamento tornar-se possível, a estruturação das ações totalmente direcionadas para suas realidades correspondentes e assim, obter-se uma maior resolutividade no campo da saúde.

Na concepção de Paim (2003, p. 558-559), nesse sentido, pode-se identificar os seguintes direcionamentos da disciplina, no espaço de desenvolvimento dos serviços de saúde, a saber:

a) estudos da situação de saúde em diferentes grupos da população, seus determinantes e tendências; b) vigilância epidemiológica de doenças e de outros problemas de saúde; c) investigação causal e explicativa sobre problemas prioritários de saúde; d) avaliação do impacto em saúde dos serviços, de tecnologias e de outras ações.

O mesmo autor, na página 559, citando Dussault (1995), apresenta dentro do contexto dos processos de tomada de decisão, no tocante à correspondência entre epidemiologia e gestão, tem-se como possíveis utilizações:

a) nas políticas públicas de saúde, apoiando a definição de prioridades, objetivos e estratégias; b) na configuração dos serviços, especialmente na descentralização e integração dos serviços nos programas; c) nas práticas dos profissionais, sobretudo na avaliação da eficiência e eficácia; d) nas práticas de gestão; e) nas prioridades de investigação.

Dentro dessa perspectiva, por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas. Pode-se considerar que o ato de planejar consiste em

desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vista à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. (TEIXEIRA, 2010).

Para Campos, Faria e Santos (2010, p. 20)

Podemos nos perguntar: o planejamento é um pensar ou um agir? Muitos dirão que é um pensar. Mas, na verdade, são as duas coisas. Ou seja, é uma ação pensada. É um pensar antes de agir. O contrário de planejar é improvisar. A ação improvisada é aquela sobre a qual não tivemos tempo de pensar previamente, pois fomos pegos de surpresa. Ou seja, são as ações voltadas para os imprevistos. É o famoso “apagar incêndios”. Pode-se dizer de um modo bastante simplificado, que planejar é “simplesmente” pensar antes e durante a ação.

Os mesmos autores, ainda comentam que, o planejamento deve ser considerado como uma necessidade diária, um elemento permanente de gestão que tem por alvo principal a garantia da direção das ações desenvolvidas, de forma a corrigir os rumos, enfrentando imprevistos e direcionando as ações e atitudes para os objetivos que se pretende alcançar.

Em reforço, vale citar que Mendes (2010, p.180), considera:

Um plano estratégico é um sistema de planejamento que, a partir das necessidades de saúde da população, contidas numa análise de situação de saúde, fixa grandes objetivos e procura alcançá-los a partir de um plano de longo prazo, de um plano de médio prazo e de um plano de curto prazo que guardam, entre si, profunda coerência.

Nessa mesma dimensão reconhece-se a Vigilância em Saúde como sendo um campo de real importância ao Planejamento em Saúde, a qual integra as áreas da “Vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos; Vigilância da situação de saúde; Vigilância ambiental em saúde; Vigilância da saúde do trabalhador; Vigilância sanitária e Promoção da saúde”. (VIGILÂNCIA, 2013).

A Vigilância Epidemiológica (VE) tem o objetivo de prevenir e controlar as doenças transmissíveis por meio da imunização ativa, reduzindo dessa maneira o número de pessoas expostas à doença (COSTA, 2009).

Em publicação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, se encontra que:

[...] a vigilância epidemiológica deve fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. Subsidiariamente, a vigilância epidemiológica constitui-se importante instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, bem como a normatização das atividades técnicas correlatas. (BRASIL, 2005, p.20).

A VE tem suas ações descentralizadas e a maior parte delas, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no âmbito da ESF. Dentre essas ações, destacam-se, a saber: a Notificação dos Agravos de Notificações Compulsórias; Busca ativa de casos; Controle de comunicantes; Busca por portadores; Diagnóstico e Tratamento; Quimioprofilaxia; Educação em saúde e Imunização.

Rouquayrol e Goldbaun (2003) mencionam que a epidemiologia estuda o processo saúde e doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

A epidemiologia é de grande importância no planejamento e organização de ações e serviços de saúde para Soares, Andrade e Campos (2001), e ainda, os mesmos consideram que dados são necessários para estudo da situação da saúde, como para o estabelecimento das ações de VE. Esses casos podem ser registrados de forma contínua (como no caso de óbitos, nascimentos), de forma periódica ou ainda, de forma ocasional. Após observar a qualidade e cobertura dos dados de saúde é preciso transformar esses dados em indicadores, que possam servir para comparar dados em diferentes locais, em diferentes tempos. Dessa forma, tem-se que os indicadores de saúde são necessários para a elaboração da análise da situação atual de saúde; para a realização de comparações e para a avaliação de mudanças ao longo do tempo.

Ao que concerne ao cumprimento das funções de VE reconhece-se que a mesma depende diretamente da disponibilidade de dados para que os mesmos possam servir para auxiliar no “processo de produção de informação para a ação” (BRASIL, 2005, p.21). Ainda, nessa publicação, os mesmos autores enfatizam que a qualidade da informação está totalmente relacionada com uma correta coleta de

dados no local onde se dá o evento sanitário. Tais dados devem ser coletados adequadamente para se constituírem em uma poderosa ferramenta com capacidade de “subsidiar um processo de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações”.

Vale lembrar que ainda que o peso ou valor da informação se relaciona diretamente com a capacitação dos responsáveis pela coleta de dados, como no caso de doenças transmissíveis, a exemplo do processo de diagnóstico e levantamentos epidemiológicos afins.

É de extrema importância que os indicadores possam ser avaliados, interpretados e compreendidos com facilidade, pelos usuários, profissionais, gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde. (WEINGELT; MANCIO; PETRY, 2012).

Dentro dessa lógica de participação e controle social Alves-Souza; Koyashiki e Almeida (2007, p.26) registram que.

[...] para a construção de novos sentidos e significados sobre o processo saúde-doença, torna-se necessário a elevação da consciência social sobre os problemas de saúde, seus determinantes, bem como a elaboração de alternativas de organização de serviços e de reestruturação das práticas de saúde. Dentro da lógica da potencialização em saúde, considera-se que esta assertiva traz embutida a noção de que o acesso à informação possibilita a instrumentalização de grupos sociais, acabando assim, por ampliar a capacidade de vocalização dos mesmos diante do processo de construção social da saúde.

Vale valorizar tanto a participação social quanto o controle social no âmbito das políticas públicas, uma vez que são direitos adquiridos, estando os mesmos contemplados na Constituição Federal. Abre-se dessa forma, um importante espaço para que a população verifique, se o poder público, está de fato comprometido com as necessidades em saúde de dada população.

Entende-se que o incentivo ao controle social deva ser uma "bandeira – escopo" a ser fomentado e valorizado nos diversos espaços permitidos ao planejamento em saúde. (ALVES-SOUZA; SALIBA, 2003).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ORDENADORA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Para descrever sobre o conteúdo inicial dessa seção, utilizar-se-á a obra de Andrade; Soares; Cordoni Junior, (2001) a qual sintetiza o princípio da organização do sistema de saúde em nível local e primário. Sendo assim, tem-se que em tempos atrás, os postos de saúde surgiram para realizar, além de consultas médicas, as chamadas ações de promoção e prevenção, ações de controle e de educação a saúde a grupos da população como, puericultura, pré-natal, controle de hipertensos, programa de imunização, e outros. Os autores acima complementam a noção, citando Duncan et al., (1996) esclarecendo que, mais tarde com os princípios do SUS, ficou garantido o direito à saúde, com base no princípio da universalidade, sendo em todas as instâncias do sistema de saúde, indo dos serviços mais básicos até os mais complexos, ou seja, do nível primário ao nível terciário.

Nesse sentido, priorizou-se organizar uma rede de Atenção Primária à Saúde (APS), que diminuísse a distância do serviço de saúde para com a população, que na época, era ofertado por hospitais localizados nos centros urbanos das cidades. Para tanto, partiu-se do pressuposto que, a proximidade com a população permite identificar melhor suas reais necessidades.

A proposta seria então, organizar o sistema de saúde a partir da AB à saúde, por meio principalmente, da rede de Unidade Básica de Saúde (UBS).

A UBS não deve ser vista como um lugar para atendimento de baixa complexidade. Ela deve atender uma demanda universal, resolvendo 80% dos casos e encaminhando para serviços especializados apenas os casos de alta complexidade. (BRASIL, 2014 b)

Diversos programas governamentais ligados a AB, como por exemplo, a ESF, leva ao usuário, serviços multidisciplinares por meio das UBS como, por exemplo, consultas, vacinas, exames, acompanhamento de pré-natal, controle de doenças transmissíveis, diabetes e hipertensão, saúde bucal, nutrição entre outros. A ESF é tida como estratégia primordial para o fortalecimento da AB, através do acompanhamento das famílias de uma determinada área geográfica pelas equipes. Tais equipes são compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar

em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2012b).

A ESF surge como uma forma de reorganização do modelo de atenção à saúde, substituindo do modo vigente, sintonizada com os princípios do SUS, com novas práticas de atenção à saúde.

Para Wagner (2012), o maior problema hoje no Brasil é que se tem um sistema de saúde obsoleto e desarticulado, porque conversa com uma demanda da população de fase aguda, e ainda, sendo que a condição crônica das doenças é o que mais pesa nos recursos da gestão em saúde. O mesmo autor, continua sua exposição apresentando que a AB não consegue mais atender a demanda preventiva das doenças, devido ao aumento da demanda de casos em que a medicina curativa precisa agir, ou seja, a AB está se tornando aos poucos um “hospital” (grifo nosso) de média complexidade.

Somando-se a isto, em 2010 um acordo com o Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) foi criado a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro, estabelecendo diretrizes para organização das RAS, no âmbito do SUS. A RAS está definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Segundo publicação do MS ao que concerne ao processo de implantação das RAS, considera-se importante que sejam observados os seguintes aspectos:

Definição clara da população e território; Diagnóstico situacional; Criação de uma imagem objetivo para a superação dos vazios assistenciais; Articulação do público privado; Planejamento pela efetiva necessidade; Criação de um sistema logístico e de suporte; Investimento nas pessoas/equipes; Criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede; e Financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados. (BRASIL, 2014c, p.10).

As redes temáticas priorizadas com pactuação tripartite são: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção

à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas A RAS veio como modo de contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e na humanização destas ações. Portanto, reforça-se que, a Regulação é compreendida como facilitadora de acesso e garantia de equidade e, para assim se efetivar, deve ser operada como macro função da gestão nas instâncias de pactuação constituídas. (BRASIL, 2014c).

Dentro desse contexto parece salutar destacar que os programas de saúde buscam, tendo por base prioridades, selecionar a partir de critérios clínico-epidemiológicos atender às demandas da saúde, orientados por medidas de eficácia, efetividade, eficiência e impacto comprovados.

2.3 PATOLOGIAS EM FOCO

2.3.1 Dados epidemiológicos da Dengue

Em recente publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a), encontra-se que no Brasil 340 municípios, estão em situação de risco para Dengue, evidenciando ainda que, outros 877, estão em situação de alerta. No total, são 1844 municípios que participaram do levantamento entre janeiro e fevereiro de 2015, onde houve 224,1 mil casos de Dengue no país, um aumento de 162% comparado ao mesmo período do ano 2014, quando registrados 85,4 mil casos. No entanto, os números de óbitos reduziram em 76 mortes em 2014 para 52 em 2015. Em Rondônia, até 10 de março de 2015 foram notificados 893 casos, e na região norte já são 12.0001 casos notificados no mesmo período.

Cerca de 100 milhões de infecções por Dengue ocorrem por ano. Nos anos de 2001 a 2011, a Dengue foi um dos maiores desafios de saúde pública no Brasil. O crescimento nos casos, também pode ser observado, pelo aumento em relação às hospitalizações, cerca de 560 mil pacientes nos dez últimos anos, e entre 2006 a 2011 foram registrados 2.797 óbitos (BRASIL, 2014a).

2.3.2 Aspectos clínicos da Dengue

O vírus da Dengue tem ampla manifestação clínica, incluindo desde formas oligossintomáticas a quadros graves, com febre abrupta com média de duração de 2 a 7 dias, seguidos de dores musculares, prurido, cefaléia, vômitos entre outros sintomas que podem ser assemelhados a outros agravos. (BRASIL, 2015 d).

Segundo Brito (2007) citado em Manual do Ministério da Saúde intitulado Dengue: diagnóstico e manejo clínico adulto e criança, que a frequência de evacuações por dia, o que evidencia diarreia, está presente em 48% dos casos. A diminuição dos sintomas de febre ocorre entre 3 a 7 dias. Podem surgir dores abdominais intensas, êmese, dispnéia, sonolência, irritabilidade excessiva, hipotensão, entre outros. Esses pacientes com sinais de alarme devem ser orientados a procurar assistência diante dos sinais acima citados. (BRASIL, 2011a).

2.3.3 Vetor da Dengue

O principal vetor é o *Aedes aegypti*, tendo também o *Aedes albopictus*, a Dengue é uma doença infecciosa febril, aguda podendo apresentar-se na forma clássica, hemorrágica, choque e até evoluir para óbito. (AGUIAR; SOARES-RIBEIRO, 2006; BRASIL, 2008). Existem quatro tipos de sorotipos da Dengue: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4. A infecção por um deles da proteção permanente para o mesmo sorotipo, mas imunidade parcial e temporária contra os outros três. Os quatro sorotipos apresentam as mesmas manifestações clínicas. (FOCCACIA, 2005).

Antes da fase adulta o *Aedes aegypti* apresenta-se em ovo, larva e pupa, vivendo pouco mais de 30 dias. A fêmea durante sua vida põe em torno de 100 ovos, até 6 vezes, sempre em água parada e limpa. Mesmo que o local fique seco, ainda assim, pode viver por até 450 dias. Apenas a fêmea do mosquito pode transmitir a doença, de maneira a facilitar a maturação dos ovos, costuma picar durante o dia, e o período de incubação é em média de 5 a 6 dias. (BRASIL, 2008).

2.3.4 Classificação

A Dengue apresenta uma nova classificação a partir de janeiro de 2014 de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), passando então, a ser definida como Dengue; Dengue com sinais de alarme e Dengue Grave (Ver ANEXO I).

Vale esclarecer que a notificação passou a ser exclusivamente *online* e que a Dengue é uma das doenças de notificação compulsória, devendo todo caso suspeito ou confirmado ser verificado pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica, por meio do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) nas fichas de notificação e investigação. (BRASIL, 2013a).

2.3.5 Prova do laço (PL)

A PL deve ser realizada em todo caso suspeito de dengue, o resultado positivo é mais uma forma de diagnóstico da dengue, principalmente na forma grave da doença, servindo de alerta, para monitoramento mais intenso com pacientes que apresente esse resultado.

A seguir, apresenta-se a sequência de realização da PL, a saber:

- Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula $(PAS + PAD)/2$; por exemplo, PA de 100 x 60 mmHg, então $100+60=160$, $160/2=80$; então, a média de pressão arterial é de 80 mmHg.
- Insuflar o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos e três minutos em crianças.
- Desenhar um quadrado com 2,5 cm de lado no antebraço e contar o número de petéquias formadas dentro dele; a prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e dez ou mais em crianças; atenção para o surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.
- Se a prova do laço apresentar-se positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, a mesma pode ser interrompida.
- A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque. (BRASIL, 2013b, p. 18).

2.3.6 Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico da dengue pode ser realizado em dois momentos, durante período febril, quando há presença de vírus no sangue e logo após fase febril, até algumas semanas, quando se encontra anticorpos em grande quantidade, detectando através de isolamento viral ou testes sorológicos. Porém, o diagnóstico definitivo só é feito laboratorialmente. (POLONI, 2013).

2.3.7 Diagnóstico diferencial da Dengue

As doenças febris agudas são frequentemente associadas com agentes infecciosos em países tropicais como o Brasil, geralmente com sinais e sintomas inespecíficos, dificultando um diagnóstico fidedigno. Isso se dá, sobretudo, devido a ocorrência de doenças endêmicas como Dengue, Leptospirose, Malária, Rubéola, Influenza entre outros. (MONTEIRO; ROZENTAL; LEMOS, 2014; BRASIL, 2008).

Tanto a Leptospirose como a Dengue, ocorrem durante as estações chuvosas e possuem semelhança nos sintomas. Estudos têm demonstrado a confusão do diagnóstico entre a Dengue e a Leptospirose e vice-versa, o que causa dificuldades no tratamento dos pacientes. (SOUZA; NOGUEIRA; PEREIRA, 2007; BRASIL, 2002).

Além da dificuldade no diagnóstico clínico existe ainda, a dificuldade da confirmação laboratorial, devido à ausência de testes específicos para os diversos agentes infecciosos, pela escassez de insumos e falta de medidas de sensibilização dos profissionais quanto à importância do diagnóstico diferencial, impedindo neste contexto, a detecção de outros agravos que acometem a região. A ausência de dados da real incidência de agravos como a Leptospirose, doença infecciosa com grande taxa de letalidade que não determina impacto quantitativo do ponto de vista da saúde pública, sendo, portanto negligenciada. (MONTEIRO; ROZENTAL; LEMOS 2014).

A Dengue apresenta significativos aspectos clínicos, sendo difícil, em alguns casos, diferenciá-la de outras infecções utilizando somente critérios epidemiológicos, portanto, é necessário o uso de técnicas laboratoriais específicas. Devido esse fato o Ministério da Saúde recomenda a realização do diagnóstico diferencial para as seguintes infecções: influenza, sarampo, rubéola, malária, citomegalovírus, hepatites

virais, hantavirose, febre amarela, oropouche, Leptospirose, dentre outras, dependendo da situação epidemiológica da região (BRASIL, 2002, SINGHI; KISSOON; BANSAL, 2007; DIAS et al., 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, são necessários apenas dois sintomas de Dengue associados à febre para considerar um caso suspeito de Dengue, e quando esses sintomas são relatados pelos pacientes, o caso deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica. Durante epidemias de Dengue, o diagnóstico é realizado apenas por critério clínico-epidemiológico. (BRASIL, 2010). Devido a Dengue apresentar sintomas inespecíficos, é provável que muitos casos de Dengue confirmados não o sejam e sim, infecções causadas por outros agentes etiológicos como bactérias do gênero *Leptospira*.

Estudos indicam que 50% dos casos de Dengue podem ser diagnosticados com um resultado incorreto das avaliações dos sinais e sintomas de apresentação da doença. Esta imprecisão pode levar ao aumento no custo do tratamento tais como internações desnecessárias, bem como o possível aumento de morbidade e mortalidade devido à sobrecarga do volume de fluídos intravenosos. (SHEPHERD, 2015).

2.3.8 Tratamento

Não existe tratamento específico contra o vírus da Dengue, é possível tratar os sintomas decorrentes da doença, ou seja, fazer um tratamento sintomático. É importante tomar muito líquido para evitar a desidratação. Caso haja dores e febre, pode ser receitado algum medicamento antitérmico, como o paracetamol, aspirina, sendo que outros salicílatos e antiinflamatórios não-esteróides (AINEs) devem ser evitados. Em alguns casos, é necessária internação para hidratação endovenosa e, nos casos graves, tratamento em unidade de terapia intensiva. (FOGACCIA, 2005; SINGHI; KISSOON; BANSAL, 2007; BRASIL, 2008; BRASIL, 2015b; DIAS et al., 2010; SHEPHERD, 2015).

2.4 Dados epidemiológicos de Leptospirose

A ocorrência da Leptospirose é maior em países de clima quente, devido à longa sobrevivência da *Leptospira* em ambientes quentes e úmidos. A doença ocorre com maior incidência no verão ou outono nas regiões de clima temperado e durante as estações chuvosas nas regiões quentes. (RIBEIRO, 2003).

Até fevereiro de 2014, foram notificados na Bahia, 21 casos de leptospirose, sem registro de óbito. Em Salvador, foram notificados 18 casos, sem óbitos. No ano passado, foram confirmados 171 casos, com 20 óbitos no Estado da Bahia, sendo que em Salvador, foram 121 casos confirmados e 14 evoluíram para óbito. (BAHIA, 2014).

A Leptospirose é uma zoonose de elevada incidência no país, com uma média de 13.000 casos notificados por ano, sendo 3500 confirmados e letalidade média de 10,8%. Atinge, em sua maioria, pessoas na faixa etária produtiva, dos 20 aos 49 anos. A média de internações de pacientes chega a 75%, mostrando a gravidade da maioria dos casos detectados pelo sistema de vigilância. Isto destaca a importância para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno, como forma de reduzir a gravidade da doença. (BRASIL, 2014c).

2.4.1 Aspectos Clínicos

A Leptospirose é uma doença infecciosa aguda, febril causada por espiroquetas patogênicas do gênero *Leptospira*, transmitida principalmente pela urina de roedores infectados e classificada como uma zoonose. (RIBEIRO, 2003; FOCACCIA, 2005; AGUIAR; SOARES-RIBEIRO, 2006; MORIKAWA, 2009; SETÚBAL, 2014). O período de incubação da doença varia de 1 a 30 dias, sendo mais frequente entre 5 e 14 dias. A doença apresenta manifestações clínicas variáveis, desde formas assintomáticas e oligossintomáticas até quadros clínicos graves associados a manifestações fulminantes. (BRASIL, 2009).

Didaticamente, as apresentações clínicas da Leptospirose foram divididas dentro das fases evolutivas da doença, sendo as mesmas: a fase precoce (leptospiremica) e a fase tardia (fase imune). A fase precoce da doença é caracterizada pela instalação abrupta de febre, comumente acompanhada de

cefaléia e mialgia e, frequentemente, não pode ser diferenciada de outras causas de doenças febris agudas. Em aproximadamente 15% dos pacientes, a Leptospirose progride para a fase tardia da doença, que é associada a manifestações graves e potencialmente letais. (AGUIAR; SOARES-RIBEIRO, 2006; SETÚBAL, 2014; BRASIL, 2015c).

2.4.1.1 Fase Precoce

Os sinais e sintomas acometidos nessa fase, a saber: febre, cefaléia, mialgia, anorexia, náuseas e vômitos. Pode apresentar também diarreia, artralgia, hiperemia ou hemorragia conjuntival, fotofobia, dor ocular e tosse. Em uma pequena parcela dos casos, chegam a apresentar eritema macular, papular, urticariforme, distúrbios no tronco ou região pré-tibial. Como achados menos comuns (menor que 20%) podem ocorrer hepatomegalia, esplenomegalia e linfadenopatia. Essa fase tende a ser autolimitada e regride em 3 a 7 dias sem deixar sequelas. Doença de extrema semelhança, chegando a ser confundida frequentemente com gripe, virose, influenza e outros. (BRASIL, 2009; BRASIL. 2015c).

2.4.1.2 Fase Tardia

Em 10% a 15% dos pacientes com Leptospirose ocorre a evolução para manifestações clínicas graves, que tipicamente se iniciam após a primeira semana de doença, mas que podem ocorrer mais cedo, especialmente em pacientes com apresentações fulminantes. A manifestação clássica da Leptospirose grave é a síndrome de Weil, caracterizada pela tríade de icterícia, insuficiência renal e hemorragias, mais comumente pulmonar. (BRASIL, 2009; SETUBAL, 2014; BRASIL, 2015c)

2.4.1.3 Fase da Convalescença

A eliminação de *leptospiras* pela urina (leptospiúria) pode continuar por uma semana ou, mais raramente, por vários meses após o desaparecimento dos sintomas. A icterícia, e anticorpos diminuem progressivamente, porém em alguns casos continuam alterados por vários meses. Esse fato não deve ser interpretado como uma infecção prolongada, pois essa situação não é descrita para a Leptospirose humana, exceto em casos raros, com comprometimento imunológico, uveíte unilateral ou bilateral, caracterizada por irite, iridociclite e coriorretinite, podem ocorrer até 18 meses após à infecção, podendo persistir por anos. (BRASIL, 2009).

2.4.2 Diagnóstico Laboratorial

Pelos critérios do Ministério da Saúde, para confirmação de casos suspeitos são os seguintes: isolamento da bactéria em material biológico (sangue, urina ou liquor); prova de soro aglutinação microscópica (SAM) com soroconversão em 2 ou 3 amostras séricas coletadas com intervalos de 15 dias e o aumento dos títulos de 4 ou mais vezes. Quando não houver disponibilidade de duas ou mais amostras, um título igual ou superior a 1:800 na SAM confirma um diagnóstico. Títulos menores, entre 1:100 e 1:800, devem ser considerados de acordo com a situação epidemiológica local. (RIBEIRO, 2003) A prova de soro aglutinação macroscópica (SAT) ou teste de *Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay* (ELISA) para a detecção de imunoglobulinas da classe M (ELISA- IgM) positivos confirmam o caso, quando não for possível a realização da SAM. (MORIKAWA, 2009).

2.4.3 Tratamento

O medicamento de escolha para o tratamento da Leptospirose continua sendo a penicilina. Outras opções terapêutica é a ampicilina, a doxiciclina e tetraciclina Nas formas benignas, o controle da dor pode ser feito com paracetamol. O emprego de ácido acetilsalicílico deve ser evitado, pelo seu poder inibidor da agregação das plaquetas. (RIBEIRO, 2003, MORIKAWA, 2009; SETÚBAL, 2014).

A leptospiremia termina como resultado do surgimento de anticorpos específicos e subsequente fagocitose das *leptospiras* da circulação, que passam a se albergar nos túbulos renais, iniciando a fase de leptospirúria. A excreção urinária de *leptospiras* vivas apresenta-se de forma intermitente, variando de acordo com a espécie animal e o sorovar envolvido, podendo persistir por meses ou anos. O ser humano pode apresentar mal estar, febre de início súbito, cefaléia, dores musculares, náuseas ou êmese, enterite, e nos casos graves complicações hepática, renais e vasculares. (MORIKAWA, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a prevalência dos casos de Dengue e Leptospirose, na região do Vale do Jamari, entre os anos de 2010 a 2014, com ênfase na realização do diagnóstico diferencial no contexto da construção social da saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evidenciar o planejamento em saúde como prática de gestão em saúde;
- Enfatizar o sistema de informação em saúde como ferramenta do planejamento em saúde;
- Discorrer sobre a importância da realização do diagnóstico diferencial diante de casos suspeitos de Dengue e Leptospirose.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, de caráter descritivo e quantitativo. Teve como metodologia a busca de informações na base de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS, mais especificamente, no SINAN (SINANNET E SINAN DENGUE) e em base de dados do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), MEDLINE, LILACS, além da biblioteca virtual SciELO. Vale mencionar que os dados a serem analisados são secundários, os quais segundo Furquin (2015) são aqueles produzidos por outros pesquisadores ou trabalhadores da saúde, estando normalmente, disponíveis em sistemas de informação, inquéritos populacionais em saúde, etc.

Realizou-se a pesquisa bibliográfica entre os meses de fevereiro a outubro de 2015, com base em temas centrais do estudo: Dengue, Leptospirose e Diagnóstico Diferencial. E ainda, como questão norteadora elaborada para a seleção das publicações, a saber: Conhecer a prevalência dos casos de Dengue e Leptospirose, dos 9 (nove) municípios pertencentes à Região de Saúde do Vale do Jamari, sendo eles: Alto Paraíso, Ariquemes, Buritis, Cacaulândia, Campo Novo Rondônia, Cujubim, Machadinho D'Oeste, Monte Negro e Rio Crespo, entre os anos de 2010 a 2014, com ênfase na realização do diagnóstico diferencial.

Salienta-se que, para a localização das publicações para o alcance pleno dos objetivos sobre os assuntos, Dengue, Leptospirose e Diagnóstico Diferencial, realizou-se um agrupamento dos seguintes descritores: Planejamento; Planejamento em Saúde; Atenção Primária em Saúde; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família; Vigilância em Saúde; Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Epidemiologia.

A seleção primou pela conformidade dos limites dos assuntos aos objetivos desse estudo, publicados na língua portuguesa e inglesa, em periódicos nacionais e internacionais, sendo desconsiderados aqueles que, não mantinham associação com a temática central.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em conformidade com Meguins e Medeiro Junior (2010), Dengue e Leptospirose são dois dos principais problemas de saúde pública associados a altas taxas de mortalidade. Além disso, são tidas como doenças infecciosas e causadoras de doença febril indiferenciada, tendo manifestação clínica semelhante, com privilégios de ocorrência nas regiões tropical e subtropical.

Vale aqui salientar que os testes laboratoriais são considerados importantes instrumentos de diagnóstico, devendo ser realizados em tempo muito breve, diante da suspeita clínica das duas doenças.

O SINAN é o sistema que recebe dados das doenças de notificação obrigatória e outros agravos, e tem a função de processar e registrar dados sobre os agravos em todo o Brasil, bem como fornece informação para verificação do perfil da morbidade. Vale reiterar que tais registros, auxiliam ainda, no processo decisório e de planejamento dos três níveis de governo.

O SINAN possui alguns formulários, entre eles se destacam a Ficha Individual de Investigação (FII) e a Ficha Individual de Notificação (FIN) (Ver Anexos II e III). A FII é utilizada pelos serviços municipais de vigilância ou unidades de saúde capacitadas, permitindo através dos dados do SUS localizar foco das infecções e os meios de contágio das doenças. A FIN é preenchida pelas unidades assistenciais quando ocorrem suspeitas de problemas de saúde de notificação obrigatória ou de interesse público. O correto preenchimento faz toda diferença para garantir uma base de dados de qualidade e por meio da adequada alimentação do banco de dados do SINAN pode-se calcular a incidência, prevalência, letalidade e mortalidade. (RASIA; ROSA; REDISS, 2012).

Em publicação do Ministério do Desenvolvimento Agrário, a saúde da Região do Vale do Jamari (Ver Figura 1) é registrada como sendo complexa e com sua capacidade instalada fragilizada, em especial nos municípios menos populosos, como é o caso de Rio Crespo, Cacaúlândia e Campo Novo de Rondônia. (BRASIL, 2013c). Considera-se que aos municípios integrantes da Região de Saúde do Vale do Jamari cabe uma busca constante de melhorias e fortalecimento da AB.

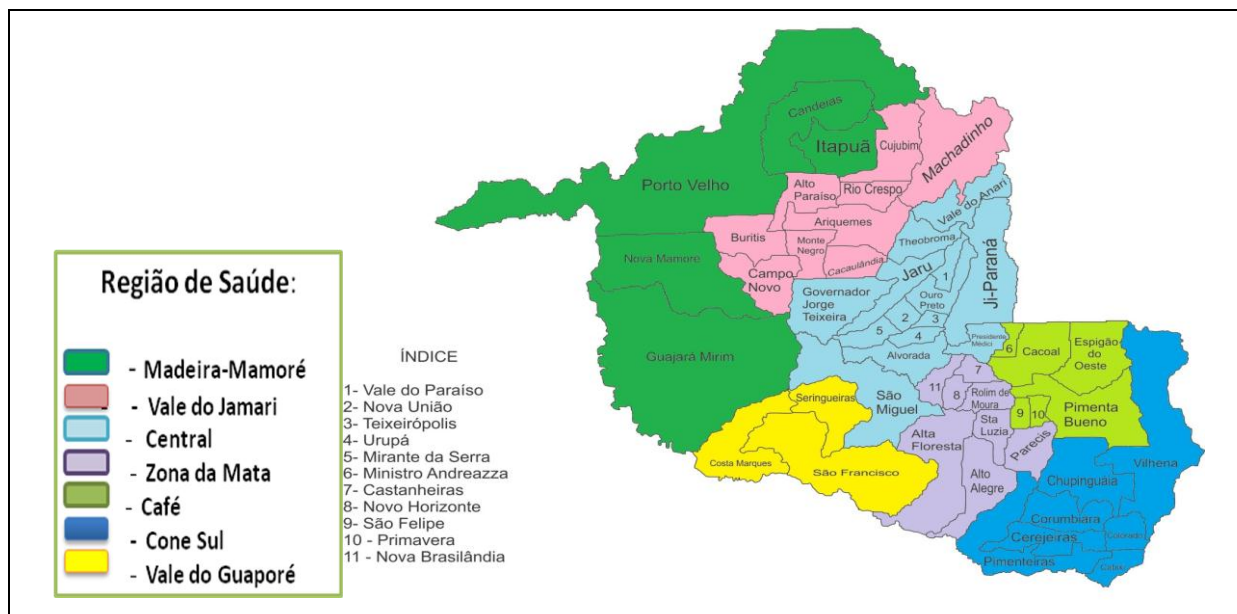


Figura 1 – Apresentação das Regiões de Saúde do Estado de Rondônia. Região de Saúde do Vale do Jamari. Rondônia. 2015.

Fonte: CARVALHO (2015).

Com base nos objetivos propostos, enfocando a grande similaridade dos sinais e sintomas das patologias estudadas tem-se a apresentação dos dados referentes às mesmas, hospedados em sistemas de informação em saúde, sendo denominado de Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN):

O Quadro 1 apresenta um condensado dos casos de Dengue notificados, excluídos e confirmados dos 9 municípios da Região de Saúde do Vale do Jamari, demonstrando assim, a prevalência entre os anos de 2010 a 2014.

NOTIFICAÇÕES DE DENGUE DE 2010 A 2014										
Município Residência	CN/ CC 2010	CE 2010	CN/ CC 2011	CE 2011	CN/ CC 2012	CE 2012	CN/ CC 2013	CE 2013	CN/ CC 2014	CE 2014
ALTO PARAISO	106 / 104	2	164/161	3	89/ 83	6	127/125	2	44/ 44	0
ARIQUEMES	731/591	140	154/153	1	75/ 74	1	228/ 226	2	217/ 179	38
BURITIS	1113/633	480	334/311	23	218/ 217	1	591/ 586	5	432/ 423	9
CACAULANDIA	5/5	0	5/5	0	1/1	0	3/3	0	9/9	0
CAMPO NOVO DE RONDONIA	112/93	19	70/ 70	0	12/ 12	0	77/ 77	0	320/ 302	18
CUJUBIM	149/48	101	25/ 23	2	20/ 19	1	14/ 14	0	5/5	2
MACHADINHO D'OESTE	1196/1064	132	161/ 160	1	56/ 56	0	362/ 354	8	179/ 67	112
MONTE NEGRO	451/387	64	173/ 172	1	6/6	0	76/ 73	3	26/ 25	1
RIO CRESPO	65/56	9	36/ 34	2	2/2	0	2/2	0	1/1	1
Total	3928/ 2981	947	1122/ 1089	33	479/ 470	9	1480/ 1460	20	1233/ 1052	181
TOTAL CC	2981		1089		470		1460		1052	

Legenda: CN= Casos Notificados, CE= Casos Excluídos, CC= Casos Confirmados

Fonte: Sinan/SVS/MS – 2010 a 2014

Quadro 1- Distribuição dos casos de Dengue notificados, excluídos e confirmados pertencentes aos municípios da Região do Vale do Jamari, entre os anos de 2010 a 2014. Ariquemes-RO. 2015.

Os resultados apontam para o ano de 2010 como sendo o de maior número de casos notificados, enquanto que o ano de 2012, o de menor registro. Pode-se inferir que, em alguns municípios, houve casos subnotificados ou até mesmo, notificados em município diferente ao de residência.

Nesse contexto, infere-se ainda, que as ações de vigilância em saúde estão sendo implementadas, porém não é possível, serem qualificadas como eficazes ou ineficazes, uma vez que seria necessária a complementação por meio do estudo de outras variáveis.

Vale a pena citar a importância das práticas de Educação em Saúde como itens importantes no processo de busca de mudança comportamental, sendo esta inerente ao processo saúde-doença.

Nesse sentido, destaca-se o comentário Stotz (2007, p.6), o qual considera que o campo da educação em saúde é muito amplo.

[...] desde técnicas destinadas a assegurar a adesão às terapêuticas – lidar com o abandono do tratamento, com a “negociação” da prescrição médica pelos pacientes – até aquelas outras, orientadas para a prevenção de comportamentos “de risco”, a exemplo da gravidez precoce, o consumo de drogas legais (álcool, tabaco) e ilegais (maconha, cocaína), a falta de higiene corporal, o sedentarismo e a falta de exercício físico. As condições e as razões que levam as pessoas a adotar estes comportamentos ou atitudes ficam à margem das preocupações da maioria dos profissionais dos serviços e dos técnicos com responsabilidade gerencial. São dimensões que estão “fora” do setor saúde. Aplica-se simplesmente a norma: você tem isso, deve fazer aquilo. A solução consiste em seguir a norma, no caso, consumir medicamentos, cumprir prescrições. O raciocínio vale igualmente para situações epidêmicas, como podemos observar a partir da primeira epidemia de dengue ocorrida na cidade do Rio de Janeiro, em 1987: o problema é o vizinho descuidado (geralmente uma pessoa pobre), porque não tampa os reservatórios de água para evitar a entrada e deposição dos ovos do mosquito *Aedes Aegypti*. A falta de água corrente não entra neste raciocínio, bem como não se consideram os grandes criadouros do mosquito, a saber, os terrenos baldios, as piscinas sem tratamento, os cemitérios, os depósitos de automóveis e ferros-velhos abandonados. Compensar, no nível individual, problemas de caráter social – eis o papel fundamental a que os serviços de saúde são chamados a desempenhar.

No Quadro 2, tem-se a apresentação dos casos de Leptospirose confirmados, os quais levam ao entendimento de que os municípios de Ariquemes e Machadinho D'Oeste são os que mais realizam o diagnóstico diferencial quando em comparação com os outros, mesmo considerando a população dos municípios em questão.

Ressalta-se que os municípios de Alto Paraíso, Cacaúlândia e Rio Crespo não providenciaram o registro.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CASOS CONFIRMADOS
110002 Ariquemes	15
110045 Buritis	3
110070 Campo Novo de Rondônia	1
110094 Cujubim	1
110013 Machadinho D'Oeste	47
110140 Monte Negro	3
Total	70

Fonte: Sinan net/SVS/MS – 2010 a 2014.

Quadro 2- Distribuição dos casos de Leptospirose confirmados em municípios pertencentes aos municípios da Região do Vale do Jamari, entre os anos de 2010 a 2014. Ariquemes-RO. 2015.

Assim, vale aqui inferir que dos 9 municípios pertencentes à Região de Saúde do Vale do Jamari, somente os municípios de Ariquemes e Machadinho D'Oeste estão realizando rotineiramente o diagnóstico diferencial da Dengue, devido aos números de notificação confirmadas nesses municípios. Os municípios de Cacaulândia, Rio Crespo e Alto Paraíso não tiveram nenhuma notificação de Leptospirose no período.

O diagnóstico diferencial é uma importante ferramenta quando se tem um caso com suspeita de doença febril aguda, a exemplo da Dengue, e outras doenças, como já citado anteriormente. Como conduta de escolha, solicitando exames sorológicos para a confirmação do diagnóstico, e por ser um agravo com sinais e sintomas inespecíficos, solicitam-se, então, exames sorológicos para Leptospirose, entre outros agravos com sintomatologia parecidos. Essa prática é importante devido ao número de casos que recebem tratamento inadequado devido ao diagnóstico impreciso, e quando se consegue detectar a real situação já não há como reverter o quadro de saúde, podendo levar à morte.

Muitas vezes, as informações em saúde são pouco valorizadas no processo de tomada de decisão e de planejamento no cotidiano dos serviços. Nesse contexto, faz-se importante mencionar sobre o processo de descentralização, o qual permitiu um aumento de responsabilidades ao gestor municipal.

A partir de 1988 com o processo de descentralização dos serviços de saúde, o gestor passou a possuir grande responsabilidade de gerir o sistema de saúde em seu território. Percebe-se que no país, ainda existem empecilhos, tanto para coleta

adequada dos dados como na utilização das informações para a construção de indicadores de saúde. Tal fato pode se dar por diversos fatores como a falta de treinamento, rotatividade dos profissionais, noção essa complementada por Moraes e Santos (2001, p.3), a saber:

- baixo comprometimento em atender, de forma equânime, as reais demandas da população nos seus problemas de saúde, independente do poder aquisitivo do usuário;
- o processo de gestão em saúde ainda se dá sob uma lógica fragmentadora e vertical, pouco sintonizada com a diversidade que caracteriza a situação de saúde da população brasileira, acarretando uma resistência ao uso na gestão da saúde de tecnologias integradoras e flexíveis que instrumentalizam uma abordagem mais globalizante e próxima da realidade sanitária, como propiciam as novas tecnologias de informação;
- esta fragmentação interna ao setor saúde também pode ser observada no quantitativo ainda baixo de experiências concretas orientadas por uma abordagem intersetorial nas ações de saúde [...].

Nessa mesma lógica, Rosia; Rosa e Rediss (2012), mencionando a respeito das dificuldades no processo de gestão, citam como fatores inerentes a desarticulação das práticas institucionais de planejamento, programação e avaliação; fragmentação dos sistemas de informação em saúde; financiamento e organização, focados na oferta e na dimensão assistencial dos serviços; a execução da notificação pelos profissionais e equipe, falta do conhecimento da real importância de se realizar a notificação, necessidade de adequação da gestão de políticas de saúde no âmbito regional, falta de fiscalização dos gestores em relação, entre outros.

Como por exemplo, na notificação das doenças compulsórias é de extrema importância o preenchimento dos dados de forma correta e fidedigna, bem como a realização de uma anamnese precisa. Considera-se aqui, que o que ocorre na prática dos serviços é que não são preenchidos todos os devidos campos. Pode também ocorrer o preenchimento por outra pessoa, diferente da acometida, produzindo assim, um falso resultado. Muitas vezes, a especificidade exigida para o correto preenchimento não é efetivada, quer por falta de qualificação do profissional ou até mesmo, desinteresse em corresponder às reais necessidades laborais em

saúde. Ou seja, sem dados, sem alimentação do sistema não há recursos financeiros, não tendo assim, meios de prevenção e tratamento dos agravos.

Na região pesquisada, considera-se que as ações de vigilância devem ser privilegiadas quando diante de meses chuvosos e enchentes. Importante salientar que há de se associar a vigilância aos casos de suspeita clínica, com realização de diagnóstico diferencial e tratamento indicado, seguidos de notificação e por sua vez, de investigações com vistas a um estudo dos dados, de forma a planejar as ações e serviços destinados ao controle da doença. (BRASIL, 2011b).

E para que os objetivos já citados sejam efetivados no programa é necessário usufruir da educação em saúde em conjunto com profissionais que visam à integralidade, desenvolvendo ações no individual e coletivo. No entanto, parece existir um despreparo qualificativo para atuar no planejamento e gestão dos sistemas e serviços de saúde, diante da ausência de uma política que priorize a formação, capacitação e valorização da carreira política-gerencial do sistema. Soma-se a isso, a baixa adesão da comunidade no planejamento das ações e serviços, e muitas vezes, a falta de recursos humanos e seu pouco comprometimento no processo de desenvolvimento das ações, bem como de recursos materiais e até financeiros e o possível desconhecimento por parte dos gestores, no que tange ao gerenciamento dos bens e serviços públicos.

CONCLUSÃO

São muitos os dados existentes, capazes de produzirem informações direcionadas ao interesse do gestor, bem como da população, tomando por base ainda, as inúmeras e importantes transformações que ocorrem no campo das tecnologias da informação. Entretanto, pode-se observar que muitos desses avanços não estão sendo suficientes para a garantia da qualificação dessas informações resultantes do processo de operacionalização das ações de saúde, bem como para a sua utilização efetiva no processo, quer na tomada de decisão do SUS, nas três dimensões do governo, quer no processo de efetivação da democratização, de maneira que seja entendida pela população, com resultados na vida cotidiana dos usuários e na legitimação do controle social.

Diante desse quadro, entende-se como um grande desafio, próprio da área de informação em saúde, a geração de um significativo processo político em torno da produção, divulgação e utilização das informações, seja pela gestão da saúde, seja como via para a efetivação do controle social sobre as ações e serviços de saúde e políticas públicas em desenvolvimento.

Os resultados registram o ano de 2010 como sendo o de maior número de casos notificados de Dengue, enquanto que o ano de 2012, o de menor notificação. Sob a mesma lógica, infere-se ainda, que ações de vigilância em saúde podem estar sendo implementadas, porém não é possível, qualifica-las como eficazes ou ineficazes, uma vez que seria necessária a complementação desse estudo por meio de outras variáveis.

Assim, dos 9 municípios pertencentes à Região de Saúde do Vale do Jamari, somente os municípios de Ariquemes e Machadinho D'Oeste estão realizando rotineiramente o diagnóstico diferencial da Dengue, devido aos números de notificação confirmadas nesses municípios.

Conclui-se como de imensa importância a inclusão do diagnóstico diferencial de Leptospirose em caso suspeito de Dengue, não somente em áreas endêmicas, mas em qualquer lugar que houver caso febril agudo e não confirmado laboratorialmente.

Frente a um caso de etiologia indefinida, tem-se o alerta para a necessidade de incluir a Leptospirose no diagnóstico diferencial, para que outros agravos sejam

investigados com a finalidade de se conhecer a incidência, letalidade, assim como, a instituição de medidas de controle e prevenção, sobretudo nas doenças infecciosas que, caracteristicamente, não determinam um impacto quantitativo na saúde pública.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z.N; SOARES-RIBEIRO, M.C. **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**. São Paulo: Martinari, 2006.

ALVES-SOUZA, R. A.; SALIBA, O. A saúde bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17a Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 19 (5):1381-1388, set-out, 2003.

ALVES-SOUZA, R. A.; KOYASHIKI, G. A. K.; ALMEIDA, M. J. Um olhar sobre a informação no espaço de fortalecimento da cidadania. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.2, p.26-32, jun.2007. Disponível em: <http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v8n2/Art%204%20_v8%20n2_.pdf>. Acesso em: 04 novembro 2015.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Ed. UEL. Londrina. 2001.

BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Secretaria Estadual de Saúde. **I Simpósio Baiano de Dengue e Leptospirose: Diagnóstico e Tratamento**. Bahia, 2014. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8431:comeca-hoje-o-i-simposio-baiano-de-dengue-e-leptospirose-diagnostico-e-tratamento&catid=13:noticias&Itemid=25> Acesso em: 17 novembro 2015.

BARRETO, M.L. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Bahia, v.5, p. 4-17, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. v. 2, Influenza e Varíola. Brasília. 2002. 842 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_II.pdf>. Acesso em: 16 setembro 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3463ca004745920f9a61de3fbc4c6735/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 24 outubro 2015.

_____. Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 195 p. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/tbehansen%20Copy%20(1).pdf>. Acesso em: 17 novembro 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Leptospirose: Diagnóstico e Manejo Clínico**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.hra.famema.br/nucleo_vigilancia/leptospirose/LEPTO09_GUIA_MANEJO> Acesso em: 17 novembro 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. 2010. Disponível em: <<http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/Diretrizes%20para%20organizacao%20redes%20de%20ateno%20SUS21210.pdf>>. Acesso em: 12 setembro 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue : diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. – 4 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://www.vilavelha.es.gov.br/midia/paginas/dengue_manejo_adulto_crianca.pdf>. Acesso em: 18 novembro 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório da Situação Rio de Janeiro**. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_rj_5ed.pdf>. Acesso em: 19 outubro 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 9 outubro 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 9 outubro 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Nova classificação de caso de Dengue** – OMS. 2013a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Download/Nova_classificacao_de_caso_de_Dengue_OMS.pdf>. Acesso em: 10 outubro 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Dengue** diagnóstico e manejo clínico adulto e criança. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 2013b. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/Dengue_diagnostico_manejo_clinico_2013.pdf>. Acesso em: 03 outubro 2015.

_____. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Programa Desenvolvimento Sustentável dos Territórios Rurais. **Plano territorial de desenvolvimento rural sustentável. Territórios de Rondônia. Território Vale do Jamari.** 2013c. Disponível em: <http://rioterra.org.br/wp-content/uploads/ptdrs/PTDRS_Territorio_Vale_Jamari.pdf>. Acesso em: 20 novembro 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde.** Volume Único. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2014a Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Mostra nacional de atenção básica.** Portal Brasil, 2014b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/comeca-mostra-nacional-de-atencao-basica>>. Acesso em: 21 setembro 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS.** Brasília, 2014c Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 21 setembro 2015.

_____. Ministério da Saúde **Dengue: LIRAA aponta 340 municípios em situação de risco.** Brasília, 2015a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/17036-Dengue-liraa-aponta-340-municipios-em-situacao-de-risco>>. Acesso em: 16 setembro 2015.

_____. Ministério da Saúde **Tratamento dengue.** Portal Educação. 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/tratamento-dengue>> . Acesso em: 16 novembro 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Informações Técnicas**. Leptospirose. Brasília. 2015c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/informacoes-tecnicas>>. Acesso em: 17 novembro 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Informações Técnicas** Dengue. Brasília. 2015d. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/informacoes-tecnicas-dengue>> Acesso em: 17 novembro 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2a ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Coopmed, 2010. 114p. Disponível em: <file:///C:/Users/ep03/Downloads/aval_planeja.pdf>. Acesso em: 24 outubro 2015.

CARVALHO, J. Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia. Oficina de Descentralização do Monitoramento das Ações de Atenção Básica e sua participação nas redes de Atenção à Saúde. **Estrutura Operacional da Rede**. Porto Velho. 2015.

COSTA, E. M. A. et al. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. 2a. ed. Rio de Janeiro, Rubio, 2009.

DIAS, L. B A, et al.. **Dengue**: transmissão, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. Simpósio de Medicina Ribeirão Preto 2010;43(2): 143-52. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2010/vol43n2/Simp6_Dengue.pdf>. Acesso em: 16 novembro 2015.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: Condutas clínicas em atenção primária. 2a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 3a. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

FURQUIM, M. **Características dos dados em epidemiologia**. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/marciafurquim/dadoepid.pdf>>. Acesso em: 2 novembro 2015.

MATUS, C. **O Plano como Aposta**. São Paulo em Perspectiva. 5 (4): 28-42 out/dez. 1991. Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0Bxlq-EuCzSofd1pPV0xqXzA0UDg/edit?pli=1>>. Acesso em: 10 outubro 2015.

MEGUINS, L. C.; MEDEIRO JUNIOR, H. O. Coinfecção por Leptospirose e Dengue em um paciente da Amazônia brasileira. **Rev. Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 1, n. 4, dez. 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 outubro 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde coletiva**. v. 15, n. 5. 2010. p. 2297-2305. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 09 outubro 2015.

MONTEIRO, K. J. L; ROZENTAL, T; LEMOS, E. R. S. Diagnóstico diferencial entre a febre maculosa brasileira e o dengue no contexto das doenças febris agudas. **Rev Patol Trop**. Vol. 43 (3): 241-250. jul.-set. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Desktop/32220-136114-1-PB.pdf>>. Acesso em: 08 novembro 2015.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. **Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas**. *Inf. Epidemiol. Sus*. 2001, vol.10, n.1, p. 49-56. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 novembro 2015.

MORIKAWA, V. M. **Leptospirose**. In: Conselhos Regionais de Medicina Veterinária do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. (Org.). Manual de Zoonoses. Programa de Zoonoses Região Sul. 1ed. 2009, v. 1, p. 91-99. Disponível em: <http://www.zoonoses.org.br/absoluto/midia/imagens/zoonoses/arquivos_1258562903/1629_crmv-pr_manual-zoonoses_leptospirose.pdf>. Acesso em: 20 setembro 2015.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.8, n. 2. p. 557-567. 2003 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a17v08n2.pdf>>. Acesso em: 9 outubro 2015.

POLONI, T. R. R. S. Estudo das características clínicas e laboratoriais da infecção pelo vírus da dengue em crianças atendidas em uma unidade de saúde no município de Ribeirão Preto - São Paulo. 2013. Disponível em: <[file:///C:/Users/user/Downloads/Tese_Simplificada_Corrigida%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Tese_Simplificada_Corrigida%20(2).pdf)>. Acesso em: 17 novembro 2015.

RASIA, I. C. R. B; ROSA, A. C; REDISS, A. N. A utilização dos sistemas de informação em uma instituição de saúde de Pelotas/RS. **Saúde.Com**. v.8 (2) 32-42. 2012 Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v8/v8n2a04.pdf>>. Acesso em: 28 outubro 2015.

RIBEIRO, M. A. **Contribuição ao imunodiagnóstico da leptospirose humana: ênfase ao uso de anticorpos monoclonais**. São Paulo, 2003. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/Ribeiro_Maricy%20(3).pdf>. Acesso em: 15 setembro 2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6a. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.15-30.

SETUBAL, S. **Leptospirose** Fundamentação Teórica. Departamento de Medicina Clínica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense. 2014. Disponível em: < <http://www.professores.uff.br/dip-8p/lepto/lepto.html>> Acesso em: 17 novembro 2015.

SHEPHERD, A. M. **Dengue Differential Diagnoses**. 2015. Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/215840-differential>>. Acesso em: 18 setembro 2015.

SINGHI; S.; KISSOON N.; BANSAL, A. Dengue and dengue hemorrhagic fever: management issues in an intensive care unit. **J Pediatr**, 83(2 Suppl):S22-35. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2s0/a04v83n2s0.pdf>> Acesso: em 16 novembro 2015.

SOARES, D. A; ANDRADE, S. M.; CAMPOS, J. J. B. Epidemiologia e Indicadores de Saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Ed. UEL. Londrina. 2001.

SOUZA, A. I; NOGUEIRA, J. M. R; PEREIRA, M. M. Anticorpos anti-Leptospira em pacientes de Mato Grosso do Sul com suspeita clínica de Dengue ou hepatite viral. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 40(4):431-435, jul-ago, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v40n4/a12v40n4.pdf>>. Acesso em: 16 setembro 2015.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: Abigail Reis et al.. (Org.). **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2007, v. 1, p. 46-57. Disponível em: <<http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/Enfoque%20EduSaude.pdf>>. Acesso em: 20 novembro 2015.

TEXEIRA, C. **Planejamento em Saúde.** Conceitos, Métodos e Experiências. Salvador, 2010.p 161. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/livro_planejamento_em_saude_carmem_teixeira.pdf> Acesso em: 27 maio 2015.

VIGILÂNCIA em Saúde Conceitos. Superintendência de Vigilância em Saúde Centro de Informações Estratégicas e Respostas às Emergências em Saúde Pública. Setembro /2013. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APRESENTAcao_A_VIGILaNCIA_EMSAUDE.pdf>. Acesso em: 02 agosto 2015.

WAGNER, G. Atenção Básica. VI seminário internacional de atenção básica. Mesa 1. 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=GSkRRgQ1ijg>>. Acesso em: 27 agosto 2015.

WEINGELT, I. D.; MANCIO, J. G.; PETRY, E. L. S. **Indicadores de saúde na visão dos gestores dos municípios no âmbito da 13ª coordenadoria regional de saúde – RS.** Rio Grande do Sul. n.36, p.191-205, 2012. Disponível: em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/2103-11317-3-PB.pdf>> Acesso em: 15 setembro 2012.

ANEXOS

ANEXO I

Assunto: Nova classificação de caso de dengue – OMS

1. A partir de janeiro de 2014 o Brasil adotará a nova classificação de caso de dengue revisada da Organização Mundial de Saúde (detalhamento anexo I):

- dengue,
- dengue com sinais de alarme, e
- dengue grave.

2. Para a entrada dos casos de dengue com a nova classificação o Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) disponibilizará exclusivamente a versão online.

3. Tendo em vista a possibilidade da ocorrência de casos de dengue que tiveram início dos sintomas no final de 2013, o sistema de informação irá conviver com a classificação antiga e a nova, seguindo as recomendações descritas a seguir:

3.1 Municípios que só utilizam o Sinan Net: a vigilância epidemiológica do município deve procurar o interlocutor estadual do Sinan para cadastrar os usuários no Sinan Online, viabilizando a entrada de dados das notificações cujos casos tenham início de sintomas em 2014.

Os casos com início de sintomas em 2013 ainda poderão sofrer alteração (inclusão e atualização) dentro do Sinan Net até o prazo limite de 28/02/2014. **Após este período será liberada a versão 5.0 na qual o botão “salvar” da ficha de dengue será desabilitado.**

3.2 Municípios que já utilizam o Sinan Online ou que passarão a utilizá-lo em 2014: a classificação antiga (1- Dengue clássico, 2-Dengue com complicações, 3- Febre Hemorrágica da Dengue, 4- Síndrome do Choque da Dengue e 5-Descartado) e a nova (5- Descartado, 10- Dengue, 11- Dengue com sinais de alarme e 12- Dengue grave) estarão visíveis para o digitador durante o período de 29/12/2013 até 28/02/2014. Isto permitirá inclusão e alteração dos casos de dengue cujo início de sintomas for 2013, e a inclusão de casos com início de sintomas em 2014.

Atenção: a partir de 28 de fevereiro de 2014 a notificação e análises epidemiológicas dos casos de dengue cujo início de sintomas for 2014 serão feitas somente pela nova classificação da OMS e notificados exclusivamente por intermédio do Sinan Dengue Online.

4.3 A partir do dia 28/02/2014 será possível visualizar no Sinan Online **apenas** as opções da nova classificação (5- Descartado, 10- Dengue, 11- Dengue com sinais de alarme e 12- Dengue grave).

5. Destaca-se que a convivência da nova e antiga classificação dentro do Sinan Online foi a melhor forma encontrada para viabilizar que os casos de 2013 possam ser encerrados dentro dos primeiros dois meses do ano.

6. A ficha de investigação de dengue (anexo II) sofreu as alterações descritas a seguir:

6.1 Alteração da descrição de caso suspeito:

Pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Ae. Aegypti*, que apresenta febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos, exantema, mialgias, artralgia, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

6.2 Alteração das categorias da variável “classificação final” que passará a ter as seguintes denominações:

- 5- Descartado;
- 10- Dengue;
- 11- Dengue com sinais de alarme e
- 12- Dengue grave.

6.3 Exclusão das variáveis:

- 56- Manifestações hemorrágicas;
- 57- Se sim, quais?;
- 58- Houve extravasamento plasmático?;
- 59- Se sim, evidenciado por;
- 60- Plaquetas (menor);
- 61- No caso de FHD/SCD especificar; e
- 62- No caso de dengue com complicações, que tipo de complicações?

7. Toda a documentação (ficha de investigação, dicionário de dados e def e cnv para o Tabwin) necessária estará disponível no site do Sinan do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/sinanweb e do Sinan Online (www.saude.gov.br/sinan).

8. Esclarecimentos adicionais podem ser obtidos na Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue (CGPNCD) com os técnicos: Isabela Ornelas Pereira, Jaqueline Martins, Lívia Carla Vinhal Frutuoso, Matheus de Paula Cerroni, Priscila Leal Leite e Sulamita Barbiratto, pelos telefones: (061) 3315-2755/3818/3321/2835/3872.

Anexo I

Nova classificação de casos de dengue**Suspeito**

Pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Ae. Aegypti*, que apresenta febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações:

- Náusea, vômitos;
- Exantema;
- Mialgias, artralgia;
- Cefaleia, dor retroorbital;
- Petéquias ou prova do laço positiva;
- Leucopenia

Também pode ser considerado caso suspeito toda criança proveniente ou residente em área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7 dias, e sem foco de infecção aparente.

Caso suspeito de dengue com sinais de alarme

É todo caso de dengue que, no período de defervescência da febre apresenta **um ou mais** dos seguintes sinais de alarme:

- Dor abdominal intensa e contínua, ou dor a palpação do abdomen;
- Vômitos persistentes;
- Acumulação de líquidos (ascites, derrame pleural, pericárdico);
- Sangramento de mucosas;
- Letargia ou irritabilidade;
- Hipotensão postural (lipotímia);
- Hepatomegalia maior do que 2 cm;
- Aumento progressivo do hematócrito

Caso suspeito de dengue grave

É todo caso de dengue que apresenta **um ou mais** dos seguintes resultados:

- **Choque** devido ao extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de enchimento capilar igual ou maior a três segundos, pulso débil ou indetectável, pressão diferencial convergente ≤ 20 mm Hg; hipotensão arterial em fase tardia, acumulação de líquidos com insuficiência respiratória.
- **Sangramento grave**, segundo a avaliação do médico (exemplos: hematêmese, melena, metrorragia volumosa, sangramento do sistema nervoso central);
- **Comprometimento grave de órgãos** tais como: dano hepático importante (AST o ALT > 1000), sistema nervoso central (alteração da consciência), coração (miocardite) ou outros órgãos.

Confirmado

É todo caso suspeito de dengue confirmado laboratorialmente (sorologia IgM, NS1 teste rápido ou ELISA, isolamento viral, PCR, Imunohistoquímica).

Notas:

- No curso de uma epidemia, a confirmação pode ser feita através de critério clínico-epidemiológico, exceto nos primeiros casos da área, que deverão ter confirmação laboratorial.
- Os casos graves devem ser preferencialmente confirmados por laboratório (sorologia IgM, NS1 teste rápido ou ELISA, isolamento viral, PCR, Imunohistoquímica). Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica, considerar confirmação por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente.
- Durante surtos, também se considera caso confirmado de dengue aqueles casos notificados que não puderam ser investigados, pois se considera que todos possuem vínculo clínico-epidemiológico.

Óbito

Todo paciente que cumpra os critérios da definição de caso suspeito ou confirmado que morreu como consequência da dengue. Pacientes com dengue e comorbidades que evoluírem para óbito durante o curso da doença, a causa principal do óbito deve ser considerada a dengue.

Nota:

Recomenda-se que os óbitos por dengue sejam revisados por uma comissão interdisciplinar e deve ter estudos laboratoriais específicos para dengue. Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica, considerar confirmação por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente.

Descartado

Todo caso suspeito de dengue que possui um ou mais dos seguintes critérios:

- Diagnóstico laboratorial negativo. Deve-se confirmar se as amostras foram coletadas no período adequado;
- Não tenha critério de vínculo clínico-epidemiológico;
- Tenha diagnóstico laboratorial de outra entidade clínica;
- Seja um caso sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica são compatíveis com outras patologias.

ANEXO II

SINAN

República Federativa do Brasil SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
Ministério da Saúde FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE

N°

CASO SUSPEITO: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresenta febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, artralgia, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual								
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação							
	DENGUE		A 90									
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)							
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data dos Primeiros Sintomas						
	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento						
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado			
	14	Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica										
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe							
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito					
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)	Código						
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1						
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	27	CEP					
	28	(DDD) Telefone	29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	País (se residente fora do Brasil)						
	Dados laboratoriais e conclusão											
Dados laboratoriais	Inv.	31	Data da Investigação		32	Ocupação						
	Exame Sorológico (IgM)	33	Data da Coleta		34	Resultado 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado	Exame NS1	35	Data da Coleta	36	Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado	
		Isolamento Viral		37	Data da coleta	38	Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado	RT-PCR	39	Data da Coleta	40	Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado
		Histopatologia		41	Sorotipo 1 - DEN 1 2 - DEN 2 3 - DEN 3 4 - DEN 4	42	Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado	Imunohistoquímica		43	Resultado 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado	
	44		Classificação 5 - Descartado 11 - Dengue com sinais de alarme 10 - Dengue 12 - Dengue Grave		45		Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 3 - Em Investigação 2 - Clínico-Epidemiológico					
	Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)										
		46			O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado			47	UF	48	País	
49		Município		Código (IBGE)		50		Distrito				
51		Bairro		52		Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		53		Evolução do Caso 1-Cura 2- Óbito por dengue 3- Óbito por outras causas 4- Óbito em investigação 9- Ignorado		
54		Data do Óbito		55		Data do Encerramento						

Dados do Laboratório	Sorologia IgM - Elisa				
	43 Data da Coleta - 1ª amostra		44 Resultado 1ª Amostra		45 Data da Coleta - 2ª amostra
			1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado		46 Resultado 2ª Amostra
					1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado
	Microaglutinação				
	47 Data da Coleta - Micro 1ª amostra		48 Micro 1ª Amostra		49 Micro 1ª Amostra
			1º sorovar título		2º sorovar título
			1 :		1 :
	50 Resultado MICRO-aglutinação 1ª Amostra				
	1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não realizada 9 - Ignorado				
Conclusão	51 Data da Coleta - Micro 2ª amostra		52 Micro 2ª Amostra		53 Micro 2ª Amostra
			1º sorovar título		2º sorovar título
			1 :		1 :
	54 Resultado MICRO-aglutinação 2ª Amostra				
	1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não realizada 9 - Ignorado				
	Isolamento				
	55 Data da Coleta		56 Resultado		
			1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado		
	Imunohistoquímica				
	57 Data da Coleta		58 Resultado		
		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado			
RT-PCR					
59 Data da Coleta		60 Resultado			
		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado			
61 Classificação Final		62 Critério de Confirmação ou Descarte			
1 - Confirmado 2 - Descartado		1 - Clínico-Laboratorial 2 - Clínico- Epidemiológico			
Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 30 dias)					
63 O caso é autóctone do município de residência?				64 UF	
1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado				65 País	
66 Município		Código (IBGE)	67 Distrito	68 Bairro	
Característica do Local Provável de Infecção					
69 Área provável de Infecção				70 Ambiente da Infecção	
1 - Urbana 2 - Rural 3 - Peri-Urbana 9 - Ignorado				1 - Domiciliar 2 - Trabalho 3 - Lazer 4 - Outro 9 - Ignorado	
71 Doença Relacionada ao Trabalho		72 Evolução do Caso			
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Cura 2 - Óbito por leptospirose 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			
73 Data do Óbito		74 Data do Encerramento			
Informações complementares e observações					
Data e Endereço se esteve em Situação de Risco Ocorrida nos 30 dias que Antecederam os Primeiros Sintomas					
Data	UF	Município	Endereço	Localidade	
Observações:					
Município/Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde	
Nome		Função	Assinatura		
Leptospirose		Sinan NET	SVS 02/02/2007		

ANEXO III

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **LEPTOSPIROSE**

Nº

CASO SUSPEITO: Indivíduo com febre de início súbito, mialgias, cefaleia, mal estar e/ou prostração, associados a um ou mais dos seguintes sinais e/ou sintomas: sufusão conjuntival ou conjuntivite, náuseas e/ou vômitos, calafrios, alterações do volume urinário, icterícia, fenômeno hemorrágico e/ou alterações hepáticas, renais e vasculares compatíveis com leptospirose icterica (Síndrome de Weil) ou anictérica grave.
Indivíduo que apresente sinais e sintomas de processo infeccioso inespecífico com antecedentes epidemiológicos sugestivos nos últimos trinta dias anteriores à data de início dos primeiros sintomas.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	LEPTOSPIROSE		A 27.9	
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	14 Escolaridade		13 Raça/Cor	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
Dados Complementares do Caso	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
			30 País (se residente fora do Brasil)	
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Situação de Risco Ocorrida nos 30 dias que Antecederam os Primeiros Sintomas - Contato/ limpeza de:			
	34 Casos Anteriores de Leptospirose no Local Provável de Infecção nos últimos dois meses			
Dados Clínicos	35 Data de Atendimento		36 Sinais e Sintomas	
	37 Ocorreu Hospitalização			
Atendimento	40 UF		41 Município do Hospital	
	42 Nome do Hospital		43 Data da Internação	
		39 Data de Alta		

Leptospirose

Sinan NET

SVS 02/02/2007

ANEXO IV

Resultado da análise

Arquivo: TCC-KAREN-18-11-15-ok.docx

Estatísticas

Expressões suspeitas na Internet: 0%

Percentual de expressões localizadas na internet

Suspeitas validadas: 0%

Confirmada existência dos trechos nos endereços encontrados

Sucesso da análise: 2,7%

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Endereços mais relevantes encontrados:

Endereço (URL) Ocorrências Semelhança

Texto analisado:

2299335142875

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

KAREN GIANINI MOUTINHO ALVES

DENGUE E LEPTOSPIROSE NA PERSPECTIVA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL