

# REGISTRO DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM ENSAIO ANALÍTICO

LUCIANA MELO RIBEIRO ROSSITER PINHEIRO  
ALINE CRISTIANE DE MOURA MATIAS  
DÉBORAH RAQUEL CARVALHO DE OLIVEIRA  
REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES  
BERTHA CRUZ ENDERS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL/RN – BRASIL  
lurossiter@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, na área da saúde, grandes esforços políticos, técnicos e organizacionais das esferas federal, estadual e municipal da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido empreendidos na busca de conhecimento que embase a análise da situação da saúde no Brasil. Esses esforços vêm se consolidando, dentre outros aspectos, através da própria legislação do SUS quando define Vigilância Epidemiológica (VE) como

“um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 2005a, p. 20).

As ações de VE possibilitam o conhecimento do comportamento epidemiológico das doenças consideradas indicadores insubstituíveis para a provisão de serviços e recursos, seja em termos de pessoal, de equipamentos, medicamentos e demais insumos usados em atividades de natureza preventiva, diagnóstica, terapêutica e de reabilitação (PEREIRA, 1995). Atribui-se ainda ao conhecimento gerado pelas ações de VE, a oportunidade para a efetividade das intervenções de saúde (BRASIL, 2007).

Os serviços de vigilância epidemiológica desenvolvem ações de controle das Doenças de Notificação Compulsória (DNC), realizando atividades de notificação, investigação e interrupção da cadeia de transmissão, principalmente daqueles agravos que apresentam elevado potencial de disseminação, pelo poder de causar surtos e epidemias, assim como constituírem riscos para a saúde da população.

A “notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fim de adoção de medidas de intervenção pertinentes” (BRASIL, 2005b, p. 19). Apesar da obrigatoriedade da notificação das DNC a VE enfrenta o problema do sub-registro desses agravos, constituindo-se em uma das principais dificuldades para essa vigilância (TEIXEIRA; PENNA; RIZI, 1998). É problema porque a subnotificação de eventos adversos à saúde pode determinar conseqüências atribuladas quanto à eficácia das ações de controle de doenças (FERNANDES, 2000).

Neste sentido, percebe-se a grande importância dos registros nos prontuários dos pacientes das unidades de saúde, quanto a sua clareza, autenticidade e qualidade, em casos suspeitos ou confirmados de doença sob vigilância, pois a VE desencadeia suas atividades a partir dos dados coletados nesses prontuários, assim como também através de comunicação verbal dos profissionais de saúde, laboratórios de análises clínicas e membros de instituições de ensino.

No âmbito das práticas desenvolvidas pela vigilância epidemiológica hospitalar destacam-se as ações que irão proporcionar o conhecimento do perfil epidemiológico, considerado de fundamental importância para a vigilância, sobretudo quando se trata de surgimento de novas doenças e reemergência de outras como vem ocorrendo em nosso país, nos últimos anos (BRASIL, 2008). Mediante o valor dessas funções e considerando a acuidade

das competências de VE da gestão municipal do SUS, destaca-se a necessidade de se obter dados, legítimos e verdadeiros nas unidades de saúde (centro, postos de saúde, consultórios, clínicas privadas, hospitais, laboratórios, entre outras), ou ainda em domicílio, rua, bairro – ambos locais fontes de informação para as DNC.

Algumas dificuldades técnicas e operacionais obstaculizam o cumprimento dos registros das DNC, sobretudo no âmbito hospitalar. Assim, a discussão e busca de alternativas para o enfrentamento dos problemas de subnotificação das DNC têm se constituído pauta permanente nos serviços da área de saúde que desenvolvem ações de VE destes agravos. Nesse sentido os enfermeiros enquanto componentes da equipe de saúde não podem ficar omissos nessa discussão, especialmente porque este profissional vem tornando parte das equipes que compõem os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, serviço responsável pelas ações de VE no hospital.

O enfermeiro, assim como os demais profissionais, deve buscar novas formas de organização dos serviços e reorientação na formação acadêmica para uma atuação mais comprometida, reflexiva e ciente do seu papel perante as atividades da VE, face aos ideais do atual Sistema de Saúde. Vale ressaltar também a relevância desse profissional nas discussões que versam sobre a prática da VE no ambiente hospitalar, especialmente pelas conquistas desse profissional nos espaços acadêmicos no campo da epistemologia e pela sua produção de conhecimento científico (AZEVEDO, 2008).

Dessa forma, este ensaio se propõe a uma análise das influências que refletem no descumprimento das ações de notificação das DNC pelos profissionais de saúde no âmbito hospitalar, através da apreciação dos contextos onde esses profissionais estão inseridos.

O estudo utiliza o referencial teórico de Hinds, Chaves e Cypress (1992) que caracteriza o contexto em quatro etapas diferentes, porém interativas – o imediato, o específico, o geral e o metacontexto. Estas camadas de significado diferem entre si e abrangem o significado totalmente individualizado até universal.

Ao utilizar esse referencial, o pesquisador descreve e analisa os aspectos conceituais dos níveis contidos no objeto de estudo e os interpreta. O contexto imediato se refere à descrição do fenômeno conforme percebido pelo analista; o específico retrata como o fenômeno ocorre, os aspectos envolvidos na ocorrência, de tempo, espaço e pessoas relacionadas; o geral indica a situação cultural e institucional que pode ser relacionada ao objeto da análise; e por último, o meta contexto envolve as questões mais abrangentes que permeiam a ocorrência. O propósito desse processo de análise é compreender melhor o fenômeno a que se referem.

## **METODOLOGIA**

O estudo foi elaborado com desenho de ensaio analítico, que utilizou o processo reflexivo de análise para cada nível de contexto, auxiliado pela literatura. O procedimento incluiu uma revisão de literatura realizada durante os meses de maio a junho 2009 para a identificação de material bibliográfico que discutisse o fenômeno de vigilância epidemiológica e a notificação de doenças compulsória em nível hospitalar.

As fontes da revisão foram originárias da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente a literatura contida na base de dados do LILACS. Foram incluídos teses, dissertações, estudos, artigos e documentos relacionados, os quais foram analisados e discutidos em suporte às reflexões realizadas acerca dos contextos. As análises foram agrupadas e sintetizadas em temáticas que indicam os fatores envolvidos nos vários contextos de ocorrência da situação de subregistro e subnotificação de doenças de notificação compulsória no ambiente hospitalar. Estes temas foram organizados conforme o referencial teórico.

## **RESULTADOS**

As temáticas que representam os níveis contextuais analisados foram:

## **Sub registro das doenças de notificação compulsória no hospital (contexto imediato)**

No âmbito das ações de vigilância epidemiológica evidencia-se o descumprimento dos registros de notificação das DNC pelos profissionais de saúde, levando a uma situação de não informação aos serviços responsáveis por essa vigilância. A participação dos profissionais de saúde nessa atividade é considerada um ponto crítico na qualidade da coleta de dados epidemiológicos (FERNANDES, 2005).

Este descumprimento refere-se à falta de informações relativas às DNC nos prontuários dos pacientes e a falta de cooperação da equipe de saúde quanto ao repasse dos casos suspeitos e/ou confirmados com doença contida na Lista de Agravos de Notificação Compulsória aos responsáveis pelos serviços de vigilância epidemiológica. Estas falhas afetam o real conhecimento do perfil epidemiológico construído pelos serviços de vigilância epidemiológica, pois sabe-se que a subnotificação, aliada à baixa qualidade das informações, acabam não revelando o real perfil de morbidade das unidades de saúde, incluindo as unidades hospitalares, foco principal de discussão desse ensaio.

## **Aspectos do processo de sub notificação (contexto específico)**

Percebe-se que nas últimas décadas o perfil de morbidade da população vem passando por alterações decorrentes de transformações demográficas, ambientais e sociais, gerando novas formas de expressão de doenças já conhecidas anteriormente, bem como identificando doenças emergentes. Essa realidade exige o permanente fortalecimento de uma rede de vigilância epidemiológica que incorpore as unidades hospitalares voltadas para o atendimento de DNC e ambulatorios, com capacidade de monitorar esses perfis e suas alterações, detectando prontamente, investigando e adotando medidas eficazes de prevenção e controle (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, percebe-se o grande valor da colaboração dos profissionais de saúde no que se refere às informações relativas às DNC no âmbito hospitalar, pois os Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiologia, serviços responsáveis pela informação epidemiológica do hospital, deve estar alerta a qualquer mudança no comportamento epidemiológico e de forma precoce identificar e controlar possíveis epidemias, assim percebendo novas formas de doenças e agravos supostamente controlados que possam reemergir na população (SCHETTER, 2008).

## **Considerações do sistema de saúde associados à subnotificação (contexto geral)**

Sabe-se que na redefinição de papéis dos profissionais de saúde proposta pelo SUS, busca-se indivíduos que fortaleçam articulações de práticas integradas respondendo às necessidades concretas da população brasileira. Assim, evidencia-se que o alvo de atenção da centralidade dos trabalhadores de saúde é o desenvolvimento de práticas direcionadas para promoção, proteção e recuperação da saúde. Isto constitui um dos eixos centrais do atual sistema de saúde. Ressalta-se a necessidade de se ter cidadãos-profissionais críticos e reflexivos, com conhecimentos, habilidades e atitudes que os tornem aptos a atuarem em um sistema de saúde qualificado e integrado (BRASIL, 2007).

Algumas razões técnicas e operacionais vêm impedindo que os profissionais de saúde demonstrem maior interesse em colaborar com as ações de VE. Dentre essas razões destaca-se a própria incerteza do diagnóstico, a falta de tempo para trâmites burocráticos e a indiferença resultante da descrença na utilidade do Sistema de Vigilância Epidemiológico (PEREIRA, 1995).

## **Perspectivas sociais e paradigmáticas da atenção à saúde (meta contexto)**

Percebe-se que alcançar uma responsabilidade do profissional de saúde, ética, moral e legal direcionada para o compromisso com a informação das DNC, capaz de articular saberes e práticas científicas de modo contextualizado, a luz dos princípios do SUS, tem sido um grande desafio. O ambiente hospitalar por sua vez enfrenta um desafio ainda maior, sobretudo quando há evidência de práticas fundamentadas no modelo biomédico, onde as ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais se concentram nos aspectos biológicos das doenças, com intervenção fragmentada e com adoção de intervenção para corrigir um mecanismo biológico específico numa determinada parte do corpo, com partes diferentes tratadas por especialistas diferentes (CAPRA, 1996).

É importante pontuar que essas ações voltadas para o pensamento fragmentado, fruto do racionalismo da era moderna (MORIN, 2000) necessitam de superação para a consolidação do SUS, tendo por base os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2008).

Sendo assim, há necessidade de superar o modelo que está na raiz da crise da saúde provocada pelas influências do paradigma flexneriano, consolidado desde 1910 e caracterizado pelo mecanicismo, biologismo, individualismo, pela especialização, pela tecnificação e pelo curativismo, elementos que valorizam relativamente a atenção clínica individual, e que se remete à epidemiologia a uma situação de subordinação complementar (MENDES, 1999). Isto é evidenciado pela falta de envolvimento dos profissionais na coleta de dados epidemiológicos para o sistema.

Sobre a subnotificação no contexto hospitalar, Griep (2003) infere que há dificuldades para operacionalizar as funções de VE das DNC e aponta o apoio da institucional hospitalar, como determinante de muitos dos parâmetros de qualidade esperados pelo serviço de vigilância. O referido autor expõe ainda que a existência ou não das subnotificações deva-se às concepções filosóficas intrínsecas dos profissionais de saúde, não havendo o compromisso de notificação por parte dos profissionais envolvidos em todas as etapas de atendimento ao paciente portador de doença transmissível.

Para a superação desse modelo, propõe-se a transição do paradigma flexneriano para outro, denominado de paradigma da produção social da saúde, o qual tem seus fundamentos calcados na teoria da produção social. A construção social desse novo paradigma está fundada na concepção do processo saúde doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária, Essas três categorias, que se interinfluenciam, estão num dado momento e numa determinada sociedade, socialmente acumuladas (MENDES, 1994).

A prática sanitária, na concepção do paradigma da produção social da saúde, possibilita conhecimento da diversidade do quadro epidemiológico da população brasileira e sua agregação aos vários determinantes e às várias formas de intervenção. Procura superar os serviços médicos, ofertados individualmente e destinados a tratar enfermidades ou reabilitar pacientes portadores de seqüelas, por meio da clínica e com intermediação crescente da tecnologia, ocasionando tentativas que impeçam a dissociação da clínica com a epidemiologia (MENDES, 1994).

No caminho percorrido por essa análise, percebeu-se a necessidade de priorizar ações de educação profissional, programas de treinamento e formação de recursos humanos no campo da vigilância (FERNANDES, 2000), para uma participação mais efetiva dos profissionais de saúde que possibilite o cumprimento dos registros de notificação das DNC mais eficientes e a obtenção de coleta de informações epidemiológicas com maior qualidade e oportunidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No caminho percorrido por essa análise identificou-se que os profissionais de saúde no âmbito hospitalar descumprem muitas vezes a obrigatoriedade do registro das DNC pela falta de tempo para trâmites burocráticos relativos ao preenchimento das fichas de notificação e investigação das referidas doenças padronizadas pelo Ministério da Saúde; pela indiferença resultante da descrença na utilidade do Sistema de Vigilância Epidemiológico; e muitas vezes

pela própria incerteza do diagnóstico. As práticas desenvolvidas no ambiente hospitalar estão direcionadas para ações curativistas, que valorizam relativamente a atenção clínica individual, ações influenciadas pelo paradigma flexneriano.

Diante da análise realizada sob diversos contextos, percebe-se que há muito que se fazer com relação aos aspectos que influenciam a situação identificada nos diversos níveis contextuais. Por exemplo, no contexto imediato pode-se trabalhar na facilitação de preenchimento das fichas de notificação. Já nos contextos mais amplos, geral e de meta contexto, pode-se valorizar o profissional como membro ativo do SUS ao desenvolver discussões e oficinas acerca de novas formas de visualizar a VE hospitalar e a contribuição que estes podem ter na programação em saúde derivada da sua contribuição ao sistema.

O desafio está, portanto, em consolidar socialmente um novo sistema de saúde, a partir de uma nova prática sanitária, com redefinições de papéis dos profissionais da área de saúde através do estabelecimento de laços de compromisso, responsabilidade e co-responsabilidades, obtidos com a sistematização das ações de identificação dos casos passíveis de notificação.

Essa estratégia certamente irá contribuir para superação da subnotificação das DNC no ambiente hospitalar, principalmente porque traria mudanças no sistema de formação dos profissionais de saúde, por meio de projetos curriculares integrados. Desse modo, o princípio da responsabilidade social em cada profissional de saúde será discutido durante o processo de formação do profissional, contribuindo para uma prática fundamentada nos conceitos de equidade, acesso universal e qualidade do atendimento.

A proposta de desenvolvimento de práticas de vigilância epidemiológica fundamentada no paradigma da produção social da saúde fortalece a capacidade de resposta a velhos e novos desafios operacionais, técnicos e comportamentais, acerca de uma compreensão mais ampliada da necessidade de cumprimento das ações de notificação compulsória pelos profissionais de saúde no âmbito hospitalar. Entende-se que os profissionais atuando nessa perspectiva compreenderão amplamente a determinação do processo saúde-doença e estarão munidos de saberes que conduzirá uma visão integrada dos problemas de saúde, sobretudo aos relacionados à notificação das DNC e dos recursos necessários ao seu enfrentamento.

A proposta de desenvolvimento de práticas de vigilância epidemiológica fundamentada no paradigma da produção social da saúde fortalece a capacidade de resposta a velhos e novos desafios operacionais, técnicos e comportamentais acerca de uma compreensão mais ampliada da necessidade de cumprimento das ações de notificação compulsória pelos profissionais de saúde no âmbito hospitalar. Os profissionais atuando nessa perspectiva compreenderão amplamente a determinação do processo saúde-doença e estarão munidos de saberes que conduzirá uma visão integrada dos problemas de saúde, sobretudo aos relacionados à notificação das DNC e dos recursos necessários ao seu enfrentamento.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M. D. et al. Paradigmas emergentes: um ensaio analítico. **Rev. Eletr. de Enf.**, v. 10, n. 3, p. 835-42, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde-Pró Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: ciência, sociedade e cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1996.

FERNANDES, A. T. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. (volume 1)

GRIEP, R. **Subnotificação das doenças de notificação compulsória no contexto hospitalar**. 2003.122 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

HINDS, P. S.; CHAVES, D. E.; CYPRESS, S. M. Context as a source of meaning and understanding. **Qual. health rev.** v. 2, n. 1, p. 61-74, 1992.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

SCHETTERT, P. A. **Vigilância Hospitalar**: possibilidade e obstáculos de uma prática integrada. 2008.223f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

TEIXEIRA, M. G.; PENNA, G. O.; RIZI, J. B. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Inf. Epidemiol. SUS**, v. 7, n. 1, p. 7-28, 1998.

**Autor Principal:** Luciana Melo Ribeiro Rossiter Pinheiro  
Endereço: Rua Algarobas, s/n, Cidade Verde, Cond. Parque Itatiaia, BL Azul Claro, Apto 902.  
Parnamirim/RN. Brasil. CEP 59150-000.  
E-mail: lutossiter@yahoo.com.br  
**Co-autora:** ALINE CRISTIANE DE MOURA MATIAS  
DÉBORAH RAQUEL CARVALHO DE OLIVEIRA  
REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES  
**Orientadora:** BERTHA CRUZ ENDERS  
E-mail: bertha@ufrnet.br