

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Bianca Pozza dos Santos

**O PROCESSO DE REALIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS EM UM
SERVIÇO DE SAÚDE DE PELOTAS (RS)**

**Porto Alegre
2021**

Bianca Pozza dos Santos

**O PROCESSO DE REALIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS EM UM
SERVIÇO DE SAÚDE DE PELOTAS (RS)**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Porto Alegre
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)



Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: gestaoemsaude@ufrgs.br

Bianca Pozza dos Santos

**O PROCESSO DE REALIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS EM UM
SERVIÇO DE SAÚDE DE PELOTAS (RS)**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em ____ de _____ de 2021.

Banca Examinadora

Examinador(a): Rita Nagem

Examinador(a): Janiele Cristine Peres Borges

Orientador(a): Guilherme Dornelas Camara

RESUMO

A realização das notificações compulsórias de doenças/agravos/eventos é necessária para as autoridades de saúde, pois possui a finalidade de identificar acontecimentos de importância na saúde pública, auxiliando na tomada de ações para a prevenção e para o controle das futuras ocorrências. Assim, este estudo teve como objetivo geral conhecer a organização do processo de realização das notificações compulsórias em um serviço de saúde de Pelotas (RS). Também teve como objetivos específicos: apresentar a descrição do serviço de saúde de Pelotas (RS) elegido; identificar as notificações compulsórias de doenças/agravos/eventos frequentes no serviço de saúde de Pelotas (RS) elegido; descrever as facilidades e as dificuldades dos profissionais no serviço de saúde de Pelotas (RS) em realizar as notificações compulsórias de doenças/agravos/eventos. Tratou-se de um estudo descritivo-exploratório a partir de dados secundários provenientes das notificações compulsórias instituídas pela Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde. O local do estudo foi desenvolvido em um serviço de saúde localizado no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Foi utilizada abordagem qualitativa para a análise dos dados. Observou-se que o processo de notificação das doenças/agravos/eventos possui aspectos positivos relacionados ao apoio recebido pela coordenação do serviço de saúde, ao feedback das notificações pela Vigilância Epidemiológica do Município e às orientações educacionais por meio de manuais de procedimento operacional padrão. Já os aspectos negativos observados foram a necessidade de os profissionais possuírem maior conhecimento para a realização das notificações compulsórias de doenças/agravos/eventos e a sobrecarga de atividade assistencial às pessoas, o que propiciam a subnotificação. Como a notificação é uma forma de comunicar a ocorrência de determinada doença/agravo/evento à saúde pelos profissionais às autoridades da Vigilância Epidemiológica, ela auxilia na formação de um serviço de qualidade e de um cuidado integral à população, podendo contribuir com estratégias para melhorar a assistência prestada, bem como a produção do conhecimento científico.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde Pública. Sistemas de Informação em Saúde. Notificação de Doenças.

ABSTRACT

The carrying out of compulsory notifications of diseases/disorders/events is necessary for health authorities, as it has the purpose of identifying events of importance in public health, helping to take actions for the prevention and control of future occurrences. Thus, this study had as a general objective to know the organization of the process of carrying out compulsory notifications in a health service in Pelotas (RS). It also had as specific objectives: to present the description of the chosen health service in Pelotas (RS); to identify the compulsory notifications of diseases/disorders/events frequent in the chosen health service in Pelotas (RS); to describe the facilities and difficulties of professionals in the health service in Pelotas (RS) in carrying out compulsory notifications of diseases/disorders/events. This was a descriptive-exploratory study based on secondary data from the compulsory notifications instituted by the Epidemiological Surveillance of the Unified Health System. The study site was developed in a health service located in the Municipality of Pelotas, State of Rio Grande do Sul, Brazil. A qualitative approach was used for data analysis. It was observed that the disease/disease/event notification process has positive aspects related to the support received by the coordination of the health service, the feedback of notifications by the Epidemiological Surveillance of the Municipality and educational guidelines through standard operating procedure manuals. The negative aspects observed were the need for professionals to have greater knowledge to carry out compulsory notifications of diseases/diseases/events and the overload of care activities for people, which lead to underreporting. As the notification is a way to communicate the occurrence of a certain disease/disease/health event by professionals to the Epidemiological Surveillance authorities, it helps in the formation of a quality service and comprehensive care to the population, and can contribute with strategies to improve the assistance provided, as well as the production of scientific knowledge.

Keywords: Public Health Surveillance. Health Information Systems. Disease Notification.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia
CPF – Cadastro de Pessoas Físicas
CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica
ESP – Evento de Saúde Pública
FII – Ficha Individual de Investigação
FIN – Ficha Individual de Notificação
GM – Gabinete do Ministro
MS – Ministério da Saúde
POP – Procedimento Operacional Padrão
RS – Rio Grande do Sul
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIS – Sistema de Informação em Saúde
SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1	VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS POLÍTICO, HISTÓRICO, ORGANIZACIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	12
2.2	SISTEMA DE INFORMAÇÃO NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO: ASPECTOS GERAIS	16
3	OBJETIVOS	25
3.1	OBJETIVO GERAL	25
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4	METODOLOGIA	26
4.1	TIPO DE ESTUDO	26
4.2	LOCAL DO ESTUDO	26
4.3	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	26
4.4	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	26
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	27
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
6	CONCLUSÃO	35
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICE	43
	ANEXO	45

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, durante muitos anos, o país estava restrito a ações de controle de epidemias infectocontagiosas. O crescimento desorganizado das cidades, a dificuldade de acesso ao tratamento de doenças infectocontagiosas e a inexistência de medidas eficazes de prevenção fizeram com que sofresse com a alta frequência de doenças infectocontagiosas. No período de 1900 a 1980, os movimentos sociais se tornaram mais articulados, intensos e organizados, assim, a luta pela saúde passou a ser objetivo comum de diferentes atores nesse contexto histórico pela busca de direitos fundamentais e pela restituição da democracia (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

Dentre os movimentos sociais que se fortaleceram a partir da década de 1970, destaca-se a Reforma Sanitária, em que a partir dos seus ideais, nasceu legitimamente de uma conquista popular o Sistema Único de Saúde (SUS), mudando assim, a concepção da saúde pública no Brasil. Nesse contexto, a consagração do Movimento da Reforma Sanitária veio com a Constituição de 1988, quando a saúde se tornou um direito social de todos os cidadãos, como está registrado na Carta Magna. O objetivo principal do Movimento da Reforma Sanitária era garantir a inclusão social por meio de um sistema universal que atendesse todos os cidadãos sem distinção, tendo a saúde como direito fundamental de cidadania (CARNUT; MENDES; MARQUES, 2019; SALES et al., 2019; SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

Em 1986 ocorreu o principal marco da reivindicação desses movimentos sociais, que foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ao compreender a saúde como um direito fundamental para a garantia da cidadania, essa Conferência possibilitou que a discussão de saúde ultrapassasse as questões técnicas, e ao envolver estudantes, pesquisadores, sindicatos e entidades comunitárias durante o debate, a saúde foi definida como um direito fundamental para a garantia da cidadania. Assim, a 8ª Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada um dos principais marcos de organização da sociedade para a instituição de Políticas Públicas, uma vez que as discussões apresentadas foram a base do texto constitucional da saúde descritos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, na qual permeou com a criação do SUS. Desde então, a saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

A partir da implantação da reforma no setor saúde, o SUS foi criado em meio à luta organizada e articulada da sociedade civil, moldada pelos acontecimentos históricos do Brasil. A saúde foi definida como um direito fundamental para a garantia da cidadania e o dever do Estado foi assegurado pela primeira vez em uma Constituição, sendo representado pela

responsabilidade para com a organização de um sistema de saúde único, nacional, público e universal (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017; SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

Quanto aos princípios que permeiam o SUS, tem-se os princípios doutrinários e os princípios organizativos. Os princípios doutrinários incluem a universalidade (a saúde é um direito de todos), a equidade (diminuição das desigualdades) e a integralidade (atender a todas as necessidades). Os princípios organizativos são a regionalização e a hierarquização (os serviços de saúde são organizados em ordem crescente, dos menos complexos aos mais complexos e disponibilizados em uma área geográfica delimitada), a descentralização e o comando único (a responsabilidade cabe à União, aos Estados e aos Municípios) e a participação popular (conselhos e conferências de saúde) (GONZAGA; FERREIRA, 2017; SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

Com a criação do SUS, muitos foram os avanços no sistema de saúde. Especialmente no que se refere aos princípios de universalização e de descentralização dos serviços, levando à diminuição das desigualdades sociais. Também houve notáveis avanços relativos à alteração dos padrões de mortalidade e de morbidade, bem como a ampliação do acesso ao sistema de saúde e da oferta de seus serviços, tais como a extensa rede de atenção básica e de atenção hospitalar, os programas de acesso a medicamentos, as unidades de pronto-atendimento (UPA), os centros de atenção psicossociais (CAPS), entre outras estratégias assistenciais que não existiam antes, nem logo no início da implementação do SUS (BAHIA, 2018; SALES et al., 2019).

Em toda essa conjuntura, as atividades de responsabilidade do SUS são: Atenção Primária, Média e de Alta Complexidade, Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, além da Assistência Farmacêutica (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020). Dessa forma, com a criação de um sistema de atenção à saúde público, universal e de qualidade, almejou-se ainda o estabelecimento de um modelo descentralizado com protagonismo do nível local, principalmente no que se referia à vigilância para o controle de doenças e de riscos epidemiológicos (TEIXEIRA et al., 2018), destacando-se assim, a Vigilância Epidemiológica.

Com o aumento das doenças infectocontagiosas e dos agravos não transmissíveis, a rotina das atividades da Vigilância Epidemiológica passou a ser de monitoramento dos estilos de vida, dos fatores de risco e das suas prevalências, tais como, obesidade, tabagismo, violência, uso de drogas, entre outros, com a finalidade de proporcionar ações de saúde, além do controle de epidemias. Desse modo, o papel da Vigilância Epidemiológica passou a de realizar coleta contínua e sistemática, análise, interpretação e disseminação de dados relativos

a eventos da saúde, com o objetivo de reduzir a mortalidade e a morbidade, melhorando as condições de saúde (GUIMARÃES et al., 2017).

Importante salientar que nos serviços de saúde que demandam a condução de atividades de rotina assistenciais, a Vigilância Epidemiológica é acionada quando da ocorrência de situações inusitadas, principalmente nos surtos e nas epidemias que se constituem emergências em saúde pública. Nessas ocasiões, a rede de serviços se organiza de modo especial para dar respostas rápidas e adequadas, objetivando à proteção da população e à diminuição de danos à saúde (TEIXEIRA et al., 2018).

Como as prioridades das políticas de saúde no Brasil se baseiam no perfil de morbidade e de mortalidade dos diversos Estados e Municípios do país, apresentando ampla variação de região para região, a Vigilância Epidemiológica pode oferecer informações que são fundamentais para o planejamento de ações de promoção à saúde, de detecção e de diagnóstico precoces em todos os níveis de atenção à saúde. Nesse sentido, reconhecer as desigualdades regionais provocadas por diferenças no desenvolvimento é fundamental para descentralizar as ações de forma que elas se tornem mais efetivas para a promoção da saúde (GUIMARÃES et al., 2017).

No contexto da Vigilância Epidemiológica no SUS, a realização das notificações compulsórias de doenças/agravos/eventos é necessária para as autoridades de saúde, pois possui a finalidade de identificar acontecimentos de importância na saúde pública, auxiliando assim, na tomada de ações para a prevenção e para o controle das futuras ocorrências. Tal importância reflete na instalação da Portaria nº 204 do Ministério da Saúde, lançada no ano de 2016 (BRASIL, 2016), em que defini a Lista Nacional de Notificação Compulsória, apresentando as principais doenças, agravos e eventos de saúde que necessitam serem notificados pelos serviços de saúde públicos ou privados em todo o território brasileiro, com a finalidade de prestar promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, o processo de notificação compulsória é uma forma de comunicação sobre a ocorrência de determinada doença/agravo/evento de importância à saúde pública, sendo realizado pelos profissionais de saúde às autoridades da Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2016). No entanto, o ato de notificar pode estar cercado de dificuldades vivenciadas no cotidiano laboral, contribuindo assim, para as subnotificações.

A subnotificação de uma doença/agravo/evento de notificação compulsória se refere àquele caso que, tendo preenchido os critérios estabelecidos pela Vigilância Epidemiológica e tendo sido identificado pelo profissional de saúde, não foi notificado ao serviço de saúde,

refletindo a incapacidade de captação desse evento pelo serviço de saúde (OLIVEIRA et al., 2012a). Situação essa que leva para a importância dos profissionais de saúde reconhecerem o processo de realização de uma notificação compulsória e o papel exercido pela Vigilância Epidemiológica.

Nesse contexto, a escolha do tema partiu das vivências realizadas no local de atuação profissional em um serviço de saúde que presta pronto-atendimento médico-assistencial às pessoas e que realiza a notificação compulsória dos casos necessários de acordo com a Vigilância Epidemiológica do SUS. Ademais, acredita-se que o processo de notificar pode auxiliar na formação de um serviço de qualidade, prestando um cuidado integral à população, assim como contribuir para a produção do conhecimento científico.

Como a notificação compulsória realizada pelos serviços de saúde é ferramenta importante para a Vigilância Epidemiológica do SUS, para que esta possa monitorar de forma eficiente e efetiva as doenças/agravos/eventos ocorridos, a questão que norteou este estudo foi: Como está organizado o processo de realização das notificações compulsórias em um serviço de saúde de Pelotas (RS)?

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, serão apresentados temas referentes ao objeto do estudo. Na primeira temática, apresentam-se os aspectos político, histórico e organizacional da Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde. Já na segunda temática, abordar-se-á os aspectos gerais do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação.

2.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS POLÍTICO, HISTÓRICO E ORGANIZACIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

País predominantemente rural até meados da década de 1960 do século XX, o Brasil viveu intensa urbanização, sobretudo, com o novo ciclo de industrialização iniciado a partir de 1970, fazendo emergir as transições epidemiológica e demográfica, resultando no envelhecimento progressivo da população. Os saberes e as práticas de promoção e de proteção da saúde e de prevenção de doenças desenvolvidos ao longo do século XX prestaram importante contribuição para a melhoria da saúde da população brasileira, notadamente observada pelo aumento da expectativa de vida, pela queda da desnutrição e pelo declínio da mortalidade infantil, tendo culminado no advento do SUS, com a Constituição de 1988 (FRANCO NETTO et al., 2017).

No final do século XX, a Vigilância em Saúde foi se tornando parte integrante da responsabilidade sanitária dos sistemas nacionais de saúde. Progressivamente, a escala sem precedentes do movimento entre países de pessoas, de bens e de mercadorias, amplificada pelo fenômeno da globalização, resultou na constituição de plataformas globais de vigilância (FRANCO NETTO et al., 2017). Esse movimento inicial, fundamental para estabelecer as bases para a construção da atual Vigilância em Saúde no SUS, culminou em uma reunião nacional que envolveu dirigentes de epidemiologia das três esferas de governo, profissionais da rede de serviços de saúde com reconhecido saber na área, epidemiologistas de instituições acadêmicas, dentre outros (TEIXEIRA et al., 2018). Assim, a Constituição de 1988 definiu a responsabilidade do Estado brasileiro quanto a Vigilância em Saúde (FRANCO NETTO et al., 2017).

Na legislação brasileira vigente, a Vigilância em Saúde é definida como um processo contínuo e sistemático de coleta, de consolidação, de análise e de disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de políticas públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos,

agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013). A Vigilância em Saúde que abrange a Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e de Saúde do Trabalhador ainda tem muito que progredir, até dar direito pleno de notificação epidemiológica a todos os cidadãos, e não apenas aos profissionais de saúde (CORRÊA FILHO, 2019).

De acordo com a Literatura, o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde tem suas origens no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), formalizado em meados dos anos 1970, e no Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), criado em 1990, no âmbito da Fundação Nacional de Saúde, e transformado em Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), em 2003. O CENEPI passou, a partir de 2000, a ser também responsável pelo sistema de Vigilância em Saúde Ambiental (SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017).

Com relação às ferramentas computacionais, o CENEPI reuniu esforços para a construção de novos sistemas de informações epidemiológicas, tendo como base, o Município. Assim, foram criados os Sistemas de Base Epidemiológica, o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e foi aperfeiçoado o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Por meio de convênios com as Universidades e com outras Instituições Públicas, foram sendo realizadas capacitações para os profissionais de saúde de todo o território brasileiro. Os conteúdos dos cursos eram realizados ao campo da vigilância, tais como epidemiologia voltada aos serviços de saúde, uso de software para análises epidemiológicas, implantação e manuseio dos novos sistemas de informação de base epidemiológica nas Secretarias Estaduais de Saúde e nas Secretarias Municipais de Saúde, Vigilância Epidemiológica, análises de situação de saúde, dentre outros (TEIXEIRA et al., 2018).

Nesse contexto, a Vigilância em Saúde é responsável pela informação para a ação e a intervenção que reduzam riscos e promovam a saúde nos territórios, integrada às Redes de Atenção à Saúde. Essa função importante do SUS tem sido chamada a orientar sua ação, considerando os complexos fenômenos econômicos, ambientais, sociais e biológicos que determinam o nível e a qualidade da saúde da população brasileira, em todas as idades. Nesse contexto, é imperativo que a Vigilância em Saúde se reconheça na agenda da determinação social da saúde, trazendo para si a construção de conhecimentos e práticas transdisciplinares e transsetoriais (FRANCO NETTO et al., 2017).

Ainda, a Vigilância em Saúde reflete as proposições do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, voltado para a transformação do modelo de atenção à saúde nas décadas

de 1970 e 1980, quando foram elaborados princípios e diretrizes que nortearam a mudança desejada no campo da vigilância. Com suas diferentes qualificações (médica, sanitária, epidemiológica, do trabalhador, ambiental, em Saúde Pública, entre outros) que foram sendo ressignificados em um rico e acalorado debate, nem sempre consensual (TEIXEIRA et al., 2018). Ademais, as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica foram inscritas entre as competências do sistema de saúde brasileiro, dois anos antes da sanção da lei que instituiu o SUS, na Constituição Federal de 1988, ao lado da Saúde do Trabalhador, uma construção mais recente do Movimento da Reforma Sanitária (SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017).

No Brasil, a Secretaria de Vigilância em Saúde assumiu a integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde, no qual a Vigilância Epidemiológica faz parte como prioridade institucional no seu Plano Anual de Trabalho desde 2008 (PINHEIRO; NOGUEIRA, 2019). A Vigilância Epidemiológica representa um instrumento relevante ao apresentar o caráter e os riscos epidemiológicos, além de expor os dados sobre a presença das doenças em cada região (PEREIRA; OLIVEIRA, 2020). A elaboração e a divulgação de informes epidemiológicos permitem o conhecimento da situação de saúde local, o que agrega valor à capacidade de gestão (SANTOS et al., 2018).

A complexidade do cenário epidemiológico brasileiro, caracterizado pela tripla carga de doenças na população, havendo a permanência de doenças agudas, o aumento do peso relativo às condições crônicas e às causas externas, é decorrente da forma de gestão das práticas sanitárias. Essa constatação faz necessitar de uma maior organicidade para desencadear ações oportunas que auxiliem na redução ou na eliminação dos riscos à saúde e ampliem a capacidade de resposta do sistema de saúde (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Nesse sentido, a Secretaria de Vigilância em Saúde passou a ser responsável pela coordenação nacional de todas as ações executadas pelo SUS nas áreas de Vigilância Epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis, dos programas de prevenção e de controle de doenças, de informações epidemiológicas, de análise da situação de saúde e de vigilância em saúde ambiental. Estabeleceu-se como marco estrutural para potencializar o processo de descentralização da Vigilância em Saúde, apoiando as instâncias estaduais e municipais de modo a se habilitarem a desenvolver, progressivamente, suas atribuições e competências na área, segundo a Portaria de número 1.172/2004, na qual também foi destacado o mesmo grau de importância para o funcionamento de cada esfera de gestão (BRASIL, 2004; OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Como a Vigilância em Saúde engloba a Vigilância Epidemiológica, nesse aspecto, a V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, propôs a criação de um sistema de

Vigilância Epidemiológica no Brasil. Essa recomendação foi operacionalizada com a estruturação do SNVE, o qual instituiu a notificação compulsória de casos e/ou óbitos de 14 doenças em todo o território nacional, que entrou em vigor no ano de 1976. O SNVE representou o primeiro passo de descentralização das ações de Vigilância em Saúde às Secretarias Estaduais de Saúde, pois até então, os programas de vigilância, de prevenção e de controle de doenças eram coordenados e executados exclusivamente pelo Governo Federal (FRANCO NETO et al., 2017).

As Secretarias Estaduais de Saúde assumiram o papel de supervisão e de assessoria aos municípios, estimulando o processo de descentralização e de qualificação das ações de Vigilância em Saúde, mas ainda sob a forte coordenação da esfera federal, com base em regulamentação e transferências financeiras. Com relação às Secretarias Municipais de Saúde, estas se responsabilizaram, gradativamente, pela gestão e pela execução das ações básicas das Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental e Sanitária, incluindo o desenvolvimento de recursos humanos, com a perspectiva de contribuir para um novo modelo voltado à consolidação da Vigilância em Saúde (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Cabe destacar também, que o marco da Vigilância veio a ocorrer em 1968, quando a 21ª Assembleia Mundial da Saúde adotou o conceito de Vigilância Populacional, definida como a coleta sistemática e o uso de informação epidemiológica para o planejamento, para a implementação e para a avaliação do controle de doenças. A Assembleia definiu os três principais aspectos da Vigilância: a coleta sistemática de dados pertinentes; a consolidação e a avaliação ordenada desses dados; e a rápida disseminação dos resultados àqueles que necessitam de conhecê-los para a tomada de decisão. Definiu-se, assim, que vigilância é informação para ação (FRANCO NETTO et al., 2017).

Importante salientar que a Saúde Pública deve investir em ações de articulação entre vigilância e assistência à saúde. As estatísticas não bastam por si, pois é recomendada uma análise cuidadosa para a conversão dos dados em práticas de transformação e resultados efetivos na promoção, na prevenção e no tratamento de saúde (ROHLING; CIESCA; LIEBL, 2018). Na prática do SUS no Brasil, há uma ideologia consentida pelos órgãos de saúde pública que atribui a Vigilância Epidemiológica apenas aos serviços públicos, embora a lei destine igual responsabilidade aos serviços de saúde privados (CORRÊA FILHO, 2019).

Dessa forma, o registro de dados de interesse sanitário e de casos de morbimortalidade, integrantes da base de dados da Vigilância em Saúde, possuindo graus variados de utilidade, seja pela sua qualidade e/ou cobertura, representam um patrimônio social e técnico do SUS. A necessária e adequada investigação dos casos, das ameaças e dos

problemas correlacionados com outras fontes de informação, incluindo necessariamente percepção, práticas e saberes da sociedade, possibilita definir um cenário sanitário contextualizado à dinâmica dos respectivos territórios. A integração destas informações é o elemento fundamental da organização de uma intervenção em favor da promoção e da proteção à saúde e da prevenção de agravos. A informação da Vigilância em Saúde é um bem público que necessita ser livremente disponibilizado e ser de fácil acesso a toda a sociedade (FRANCO NETTO et al., 2017).

Por isso, se faz tão importante a realização de notificações para a identificação das doenças/agravos/eventos, bem como a correção de possíveis falhas decorrentes do processo, uma vez que o ato de notificar é fundamental para promover segurança para o paciente. Todavia, a subnotificação e a não correção das falhas podem colocar em risco a segurança do paciente, com condição associada a danos e até a morte (MASCARENHAS et al., 2019).

2.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO: ASPECTOS GERAIS

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são instrumentos essenciais para o planejamento de saúde e para a gestão dos serviços de saúde. A utilização de indicadores de saúde é uma ferramenta importante para o diagnóstico de saúde, para o planejamento de ações em saúde, bem como, para o monitoramento do impacto das políticas de saúde na população. Nesse contexto, o Ministério da Saúde do Brasil mantém sistemas importantes de informação em saúde, tais como, Sistema de Informação sobre Mortalidade, Sistema de Informação de Hospitalização e Sistema de Informação de Agravos de Notificação, entre outros. Os gestores e os profissionais de saúde têm a oportunidade de acessar os dados, de construir indicadores e de analisá-los, além de definir estratégias e de implementar ações de saúde para a redução da morbimortalidade por doenças e/ou agravos relevantes na população (RIBEIRO, 2017).

Ao se tratar do termo informação, essa representa um instrumento primordial para a tomada de decisões, razão pela qual, os sistemas de informações de morbidade e de mortalidade que alimentam a Vigilância Epidemiológica devem ser abrangentes, incluindo o maior número possível de unidades geradoras de dados, estando condicionados ao conhecimento das notificações universais das doenças sob vigilância (TEIXEIRA; COSTA, 2012). Assim, a importância do SIS está na capacidade da gestão do SUS em transformar informações na difusão de saberes. Tal fato, remete ao desenvolvimento da inteligência da informação em saúde, resultado do tratamento desta, por meio da coleta de dados organizados

e transformados em conhecimento para subsídio ao planejamento, de acordo com as necessidades da população, em cumprimento ao proposto pela Reforma Sanitária Brasileira (SILVA; MOREIRA; ABREU, 2020).

Sobre o SINAN, como citado no final do primeiro parágrafo, o CENEPI do Ministério da Saúde do Brasil iniciou a construção do SINAN no começo da década de 1990, com a finalidade de subsidiar as atividades de Vigilância Epidemiológica. O objetivo do SINAN é de padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre as doenças e/ou agravos de notificação no país, contribuindo para a gestão em todos os níveis, a partir da análise do perfil da morbidade (RIBEIRO, 2017).

A utilização do SINAN possibilita a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um agravo de notificação compulsória na população e pode fornecer subsídios para o planejamento de ações na área da saúde, assim como, definir prioridades de intervenção e contribuir para a avaliação do impacto das intervenções em determinadas áreas geográficas. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, coopera para a democratização da informação, permitindo que o profissional de saúde tenha acesso à informação (ESCOSTEGUY; PEREIRA; MEDRONHO, 2017).

Para as informações serem geradas pelo SINAN, os instrumentos na maioria das vezes compostos são: 1) Ficha Individual de Notificação (FIN), na qual são registrados os dados de identificação de cada caso e a suspeita diagnóstica, assim, os instrumentos são preenchidos pelas unidades assistenciais para cada pessoa quando da suspeita da ocorrência de um problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal; 2) Ficha Individual de Investigação (FII), preenchida nos casos de doenças de investigação obrigatória e/ou situações de surtos ou epidemias, isto é, trata-se de um roteiro de investigação que possibilita a identificação da fonte de infecção/agravo e os mecanismos de sua transmissão (TEIXEIRA; COSTA, 2012).

A Figura 1 representa um exemplo de uma Ficha de Notificação Compulsória individual:

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **DOENÇA DE CHAGAS AGUDA** Nº

CASO SUSPEITO: Dados epidemiológicos compatíveis quando clínico sugestivo, com exame parasitológico direto negativo ou não realizado

CASO CONFIRMADO: Paciente com exame parasitológico direto positivo com ou sem sintomas OU achados necroscópicos positivos OU Presença de anticorpos anti *T. cruzi* classe IgM no sangue periférico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		3 Data da Notificação		
	2 Agravado/doença	DOENÇA DE CHAGAS AGUDA		Código (CID10)	3 B 57.1	
	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	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor		
Dados de Residência	14 Escolaridade	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		
Dados Complementares do Caso	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	30 País (se residente fora do Brasil)			
Antecedentes epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação		33 Presença de Vestígios de Triatomídeos Intra-Domicílio		
	Deslocamento (viagens para áreas infestadas com triatomídeos nos últimos 120 dias)		Município			
	34 Data do encontro do parasito	35 História de Uso de Sangue ou Hemoderivados nos Últimos 120 Dias		36 Existência de Controle Sorológico na Unidade de Hemoterapia		
Dados Clínicos	37 Manipulação/Contato de Material com <i>T. cruzi</i>	38 Menor ou igual a 9 meses de idade: Mãe com Infecção Chagásica		39 Possibilidade de transmissão por via oral		
	40 Sinais e Sintomas	41 Edema		42 Sinais de Meningoencefalite		
	43 Febre Persistente	44 Hepatomegalia		45 Sinais de ICC		
Doença de Chagas Aguda Sinan NET SVS 01/06/2006						
Dados de Laboratório	41 Data da coleta	42 Parasitológico Direto		43 Exame a Fresco/Gota espessa/Esfregaço		
	43 Data da coleta	44 Parasitológico Indireto		45 Xenodiagnóstico		
	45 Data da coleta S1	47 Resultado da Sorologia para ELISA		48 Resultado da Hemoaglutinação		
Tratamento	46 Data da coleta S2	49 Resultado da Imunofluorescência Indireta - IFI		50 Data da coleta do Histopatológico		
	51 Resultado do Histopatológico (biópsia/necrópsia)		52 Tipo de Tratamento		53 Droga Utilizada no Tratamento Específico	
	54 Tempo de tratamento (em dias)		55 Medidas Tomadas		56 Classificação Final	
Conclusão	57 Critério de Confirmação/Descarte		58 Evolução do Caso		59 Data do Óbito	
	60 Modo/Local Provável da Fonte de Infecção		61 Local Provável da Infecção (no período de 120 dias)		62 O caso é autóctone do município de residência?	
	63 UF		64 País		65 Município	
Observações	66 Distrito		67 Bairro		68 Doença Relacionada ao Trabalho	
	69 Data do Encerramento		Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Investigador		Nome		Função	
Assinatura						

Figura 1 – Ficha de Notificação Compulsória individual.

É importante destacar que a notificação é sigilosa e que não se deve aguardar a confirmação do caso para efetuar a sua comunicação ao serviço e/ou ao nível do sistema que irá adotar as medidas de controle. Sobre a participação dos serviços de saúde, é preconizada a inclusão de todas as unidades, sejam elas públicas, privadas ou filantrópicas, no sistema de notificação, como também, de todos os profissionais da saúde envolvidos (TEIXEIRA; COSTA, 2012).

Para tomar conhecimento sobre as doenças e/ou agravos que necessitam ser comunicados ao SINAN, foi a partir da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações. Essa Lei estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, além de outras providências, publicando-se também, a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória (BRASIL, 1975; TEIXEIRA; COSTA, 2012), sendo constantemente atualizada.

Nesse contexto, destaca-se a implantação da Portaria Ministerial n° 204, de 17 de fevereiro de 2016, que defini a Lista Nacional de Notificação Compulsória e apresenta as doenças, os agravos e os eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos ou privados em todo o território brasileiro, levando em consideração a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. O documento também considera a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à Notificação Compulsória no âmbito do SUS e torna-a obrigatória para os profissionais de saúde (BRASIL, 2016).

O Quadro 1 apresenta em ordem alfabética a Lista Nacional de Notificação Compulsória preconizada pela Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016:

Nº	Doença ou Agravo (ordem alfabética)
1.	Acidente de trabalho com exposição a material biológico
2.	Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes
3.	Acidente por animal peçonhento
4.	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva
5.	Botulismo
6.	Cólera
7.	Coqueluche
8.	Dengue – casos
9.	Dengue – óbitos
10.	Difteria

11.	Doença de Chagas Aguda
12.	Doença de Creutzfeldt-Jakob
13.	Doença invasiva por Haemophilus Influenza
14.	Doença meningocócica e outras meningites
15.	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Varíola
16.	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: a. Arenavírus b. Ebola c. Marburg d. Lassa e. Febre purpúrica brasileira
	a. Doença aguda pelo vírus Zika
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika
17.	Esquistossomose
18.	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (definição no Artigo 2º da Portaria 204)*
19.	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação
20.	Febre Amarela
21.	Febre de Chikungunya
	a. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão
	b. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya
22.	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública
23.	Febre Maculosa e outras Riquetisioses
24.	Febre Tifoide
25.	Hanseníase
26.	Hantavirose
27.	Hepatites virais
28.	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
29.	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV
30.	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)
31.	Influenza humana produzida por novo subtipo viral
32.	Intoxicação exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)

33.	Leishmaniose tegumentar americana
34.	Leishmaniose visceral
35.	Leptospirose
36.	Malária na região amazônica
37.	Malária na região extra-amazônica
38.	Óbito: a. Infantil b. Materno
39.	Poliomielite por poliovírus selvagem
40.	Peste
41.	Raiva humana
42.	Síndrome da rubéola congênita
43.	Doenças exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola
44.	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante
45.	Síndrome da paralisia flácida aguda
46.	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS- CoV
47.	Tétano: a. Acidental b. Neonatal
48.	Toxoplasmose gestacional e congênita
49.	Tuberculose
50.	Varicela - caso grave internado ou óbito
51.	Violência doméstica e/ou outras violências
52.	Violência sexual e tentativa de suicídio

Quadro 1 – Lista Nacional de Notificação Compulsória.

* Artigo 2º da Portaria 204: V - Evento de Saúde Pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravamento de causa desconhecida, alteração no padrão clínico-epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravamentos decorrentes de desastres ou acidentes.

Destaca-se que a notificação compulsória é entendida como uma ferramenta importante na Vigilância Epidemiológica (RODRIGUES et al., 2019). Ainda, o sistema de notificação compulsória é essencial para o monitoramento da situação de saúde do país, dos estados e dos municípios. Com tais informações sobre a situação das doenças de notificação compulsória, fica mais acessível a elaboração de estratégias que propõem a minimização e o controle de tais doenças. Assim, essas doenças que estão presentes no dia a dia podem ser controladas pelos órgãos reguladores (SIQUEIRA; CASTRO, 2020).

A transmissão de dados, entre os níveis do sistema, além da capacidade de consolidação e análise de cada um desses níveis podem variar de uma região para outra no Brasil. Por isso, ressalta-se que o SINAN incorporou a lista de doenças de notificação compulsória para o nível Federal, admitindo inclusão de doenças específicas de interesse dos Estados e dos Municípios, consolidando-se como referência para as atividades da Vigilância Epidemiológica. A Portaria MS/GM nº1.882, de 18 de dezembro de 1997, regulamentou o uso do SINAN, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, sendo o Ministério da Saúde gestor nacional do sistema (RIBEIRO, 2017). Ainda, as notificações podem ser realizadas ao Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) dos Distritos Sanitários, que tem o objetivo de alimentar os sistemas de informações, como o SINAN (RODRIGUES et al., 2019).

O uso do sistema de notificação compulsória também visa identificar processos de saúde aprimorados através da sua análise de dados. Isto é, esse processo envolve sua seleção e definição para pesquisas, a descrição da população a ser analisada, a coleta e a análise de dados de vigilância (identificação de fatores causais) e a utilização dos achados para desenvolver intervenções (OTTOBONI; DIAS; MOURA, 2018). Dessa forma, a notificação compulsória consiste no registro sobre a ocorrência de determinada doença e/ou agravo, que deve ser designada às autoridades sanitárias por profissionais da saúde ou qualquer cidadão, para que medidas de intervenção pertinentes sejam tomadas (SIQUEIRA; CASTRO, 2020).

Nesse aspecto todo, a notificação compulsória é ferramenta fundamental para subsidiar intervenções (MARQUES; SIQUEIRA; PORTUGAL, 2020). Ademais, a notificação compulsória é importante para a população em geral, pois pode trazer informações essenciais para a prevenção de surtos e de epidemias de determinadas doenças e é por meio dos dados coletados que é possível analisar quando determinados agravos fazem tornar necessários a integração de práticas e a monitorização com finalidade de simplificar a prevenção e o controle das doenças notificadas, garantindo desenvoltura no fluxo de informações de doenças de interesse à saúde pública (SIQUEIRA; CASTRO, 2020).

A qualidade das informações é condição essencial para o conhecimento do real perfil epidemiológico e para a análise da situação de saúde, subsidiando conseqüentemente, as tomadas de decisão para o controle do agravo, tanto a nível Municipal, Estadual, quanto Federal. Além do mais, a qualidade dos dados inseridos nos sistemas de informação é importante não somente para o planejamento das ações de saúde, mas também, pelo investimento contínuo do Ministério da Saúde em garantir sua operacionalização. Todo o esforço e o custo são perdidos quando o profissional de saúde deixa de fornecer as

informações corretas e completas nos formulários padronizados que devem ser preenchidos (MARQUES; SIQUEIRA; PORTUGAL, 2020).

Com essa possível realidade constatada sobre o não preenchimento de informações nos formulários pelos profissionais de saúde para a realização da notificação de uma doença e/ou agravo, faz-se necessário um rastreamento das falhas ocorridas de modo a proporcionar ações que possam melhorar a assistência ao paciente. Também, é importante observar o compromisso dos profissionais de saúde em notificar as doenças, os agravos e/ou os eventos adversos imediatamente após a sua identificação ou tão logo consigam realizar (MASCARENHAS et al., 2019).

Embora seja primordial a qualidade das informações registradas, é importante averiguar, no contexto do trabalho dos profissionais de saúde, as dificuldades vivenciadas no cotidiano do atendimento aos pacientes, que contribuem para a não notificação de doenças, de agravos e/ou de eventos adversos de notificação compulsória no SINAN (MELO et al., 2018). Tanto que um estudo quantitativo e descritivo realizado no Município de Fortaleza, Ceará, observou que a ausência de protocolos nos serviços de saúde se reflete na má qualidade da notificação, sendo apontado como dificuldade pelos profissionais. Também, alguns entrevistados afirmaram a ausência de material como as fichas de notificação do SINAN, impossibilitando assim, a realização da notificação (LIMA et al., 2018).

Com relação aos fatores que contribuem para a subnotificação no SINAN, outro estudo realizado com profissionais e gestores dos serviços das unidades de Vigilância em Saúde Municipais do Estado de Goiás averiguou à conduta do médico ou do enfermeiro, às dificuldades no processo de notificação, às características complexas do paciente e/ou dos familiares e o diagnóstico da doença. Constatou-se que o principal problema das subnotificações foi dos médicos terem dificuldades para diagnosticar os casos, ou seja, eles não notificam, não repassam para outros profissionais notificar, e quando ocorre a notificação, ela é conduzida sob a responsabilidade exclusiva da equipe de enfermagem, estando distante do paciente (MELO et al., 2018).

É notório assim, que a realidade possa ser um pouco diferente do que é preconizado, visto que casos podem ser subnotificados e, muitas vezes, outros profissionais de saúde não se encontram preparados para a execução, ou até mesmo, desconhecem a função que lhes cabe (RODRIGUES et al., 2019). Essa dificuldade poderá estar associada à qualidade da formação profissional ou à estrutura inadequada das unidades de atendimento ao paciente que poderão refletir na qualidade do trabalho. Por outro lado, a notificação que é legalmente de responsabilidade de todos os profissionais de saúde, quando não realizada, não gera quaisquer

penalidades àqueles profissionais que deixam de comunicar às autoridades de saúde os casos ocorridos (MELO et al., 2018).

Nesse sentido, é salientada sobre a necessidade de se traçar estratégias com enfoque na comunicação e na prática educacional, com o intuito de disseminar informações sobre o processo de notificação, bem como na promoção de uma cultura sem culpabilidade e com responsabilização dos profissionais de saúde, visando melhores práticas de prevenção para o cuidado seguro (MASCARENHAS et al., 2019). Até porque, a importância do SINAN para a Vigilância Epidemiológica é notória e fato, e está em constante evolução para uma melhor tomada de decisão, além da informação em saúde ser a base para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, o acompanhamento e a avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e de controle de doenças (ARAÚJO; SILVA, 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a organização do processo de realização das notificações compulsórias em um serviço de saúde de Pelotas (RS).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apresentar a descrição do serviço de saúde de Pelotas (RS) elegido.

Identificar as notificações compulsórias de doenças/agravos/eventos frequentes no serviço de saúde de Pelotas (RS) elegido.

Descrever as facilidades e as dificuldades dos profissionais no serviço de saúde de Pelotas (RS) em realizar as notificações compulsórias de doenças/agravos/eventos.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A metodologia proposta para este estudo foi descritiva-exploratória a partir de dados secundários provenientes das notificações compulsórias instituídas pela Vigilância Epidemiológica do SUS. A abordagem utilizada foi qualitativa para a análise dos dados.

Estudos descritivos objetivam descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Estudos exploratórios almejam proporcionar maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo explícito ou construir hipóteses. Já a forma de abordagem qualitativa analisa a subjetividade daquilo que não pode ser traduzido em números, por meio da interpretação dos fenômenos (GIL, 2017).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo foi desenvolvido em um serviço de saúde localizado no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A escolha do local visou naquele que tem por finalidade prestar atendimento às pessoas que buscam assistência para resolver seus problemas de saúde e que realiza a notificação compulsória dos casos necessários, de acordo com a Vigilância Epidemiológica do SUS.

4.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Antes de iniciar a coleta de dados, primeiramente, foram apresentadas uma carta e uma cópia do projeto à direção do Serviço de Saúde (Apêndice). Tal procedimento teve como finalidade promover a conscientização da(s) autoridade(es) e solicitar a licença para a realização deste estudo, no qual houve a aprovação (Anexo).

4.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os procedimentos metodológicos utilizados para a obtenção das informações necessárias foi por meio da observação do processo de registro das notificações realizadas de um serviço de saúde elegido na cidade de Pelotas (RS). O período de realização do estudo ocorreu no mês de julho a setembro de 2021.

O primeiro momento consistiu em observar a rotina dos profissionais, as interações com os pacientes e o fluxo de atendimento. No segundo momento, analisou-se o processo de realização das notificações compulsórias e a organização dos dados coletados pelo serviço de saúde. Importante salientar que todas as observações realizadas foram registradas em diário de campo.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Um dos recursos utilizado para a análise dos dados foi por meio de leituras e de releituras dos registros em diário de campo durante as observações realizadas para a abordagem qualitativa. Com isso, procurou-se atingir uma compreensão aprofundada do conteúdo das mensagens através da inferência e da interpretação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentadas as informações adquiridas, relacionadas ao objetivo geral e aos objetivos específicos deste estudo, respondendo a questão norteadora lançada. De tal modo, o percurso metodológico favoreceu no conhecimento sobre a organização do serviço de saúde na realização das notificações compulsórias instituídas pela Vigilância Epidemiológica do SUS, além da apresentação descritiva do serviço de saúde de Pelotas (RS) elegido, da identificação das notificações de doenças/agravos/eventos frequentes e as facilidades e as dificuldades dos profissionais em realizar as notificações compulsórias.

Neste primeiro momento, serão apresentadas as principais características do serviço de saúde de Pelotas (RS) elegido para a realização deste estudo. Trata-se de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Tipo 1 inaugurada na cidade de Pelotas (RS) em 02 de julho de 2016, inicialmente em um sistema de gestão compartilhada entre a Prefeitura Municipal de Pelotas e a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas. Após o encerramento do contrato com a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, a Prefeitura Municipal de Pelotas celebrou o contrato com o Instituto Brasileiro de Saúde, Ensino, Pesquisa e Extensão para dar continuidade a execução das atividades de gerenciamento, de operacionalização e de execução dos serviços de saúde.

Localizada próximo ao Shopping de Pelotas (RS), a UPA ocupa uma área construída em torno de 940 metros quadrados e atende mais de cinco mil pessoas por mês, 24 horas por dia, ofertando atendimento exclusivo pelo SUS. Realiza atendimentos clínicos gerais de urgência e de emergência em adultos e em crianças. Possui Sala Vermelha com três leitos equipados com ventilador mecânico, monitor cardíaco e bomba de infusão. A Sala Amarela com quatro leitos de observação e três leitos pediátricos na Sala de Pediatria.

Também conta com serviço próprio de raio-X digital, cujos exames possui emissão de laudo. A Farmácia é estruturada para a dispensação de medicamentos, já o serviço de Laboratório é terceirizado. Com relação ao prontuário de atendimento e evolução do paciente em tempo real, o sistema é totalmente informatizado.

Sobre os recursos humanos, a UPA possui uma equipe composta de: técnicos de enfermagem; enfermeiros; assistente social; farmacêuticos; auxiliares de farmácia; assistentes administrativos (recepção e apoio administrativo); auxiliares de serviços gerais (higienização); porteiros; técnico em manutenção; técnico em segurança do trabalho; técnicos em radiologia; médicos; coordenador adjunto; coordenador geral.

Referente ao tema de estudo, foi observado que um dos motivos a qual poderia levar os profissionais do serviço de saúde a não realizarem a notificação das doenças/agravos/eventos seria o desconhecimento e a ausência de informação sobre as situações que são notificáveis. Para isso, de modo a evitar a subnotificação, os profissionais são orientados sobre a Lista Nacional de Notificação Compulsória para poderem reconhecer a doença/agravo/evento a ser notificado. Segue-se o estabelecido pela Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020, que está em vigor (BRASIL, 2020). Esse fato, soa como uma das facilidades encontradas pelos profissionais do serviço de saúde.

Ademais, a existência de um instrumento padronizado, com descrição detalhada das ações necessárias que precisam ser realizadas, orientando sobre o processo de notificação, foi algo considerado como facilitador pelos profissionais do serviço de saúde. Nesse sentido, a presença do chamado Procedimento Operacional Padrão (POP) com orientações esclarecedoras e objetivas se constituiu em um material educacional fundamental, já que se trata de uma estratégia adotada pelo serviço de saúde para poder auxiliar na realização da notificação das doenças/agravos/eventos.

Assim, percebeu-se que a existência de um material educacional foi considerada uma aliada, auxiliando na maior adesão dos profissionais de saúde ao processo de notificação. Essa situação leva a refletir sobre a importância adotada pelo serviço de saúde no estabelecimento de estratégias educativas que podem facilitar o profissional conhecer melhor sobre o processo de notificação.

Para evitar o desconhecimento do processo de notificação e a ausência de protocolos com uma rotina escrita para direcionar quais as doenças/agravos/eventos que precisam ser notificados, torna-se importante a adoção de condutas baseadas em protocolos, diretrizes e procedimentos operacionais padrão pela coordenação dos serviços de saúde. Essas ações podem ampliar o conhecimento para o profissional de saúde, sendo considerado um ponto positivo (MELLO; BARBOSA, 2013; SIMAN, 2016).

Também foi visto neste estudo, que um dos compromissos dos profissionais de saúde durante o processo de notificação é a alimentação de dados informativos em uma planilha no programa computacional Excel, que foi criada no sentido de favorecer o conhecimento sobre a demanda de doenças/agravos/eventos que chegam ao serviço de saúde e que precisam ser notificados, de acordo com as recomendações da Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. Na planilha Excel construída, os profissionais são orientados a colocarem informações referentes: a data da realização da notificação compulsória; o nome completo do paciente; a

doença/agravo/evento notificado; a data de nascimento do paciente; o número do cadastro de pessoas físicas (CPF) do paciente.

Com isso, foi possível conhecer que as notificações compulsórias de doenças/agravos/eventos frequentes no serviço de saúde foram, por ordem decrescente: acidente por animal potencialmente transmissor da raiva (22%); acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes (18%); acidente de trabalho com exposição a material biológico (17%); violência interpessoal/autoprovoçada (12%); violência doméstica, sexual e/ou outras violências (10%). Após, foram encontradas notificações alusivas à: acidente por animal peçonhento (6%), infecção pelo vírus da imunodeficiência humana ou síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) (5%), sífilis adquirida (4%), dengue (casos) (3%), influenza humana produzida por novo subtipo viral (2%), dentre outros de menor proporção (1%).

Segundo essas observações, destaca-se um estudo que constatou maior frequência no número de notificações de atendimento antirrábico humano no Hospital Universitário Clemente de Farias, em Minas Gerais (SILVA et al., 2014). Ainda ressaltando que no Estado de Minas Gerais, a mordedura canina é o principal evento que leva a pessoa a procurar atendimento médico (OLIVEIRA et al., 2012b), fator esse semelhante ao que foi encontrado neste estudo.

Referente às notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, no ano 2011 no Brasil, foram registrados no SINAN 107.572 atendimentos, sendo 70.285 (65,4%) das vítimas mulheres e 37.213 (34,6%) homens. Na maioria dos casos, foi no âmbito doméstico onde se gerou a maior parte das situações de violência vividas pelas mulheres, especialmente até os dez anos de idade e a partir dos 30 anos. No sexo masculino, a resistência, apesar de também ser elevada, representou 45% dos atendimentos por violência (WAISELFISZ, 2012).

Como também houve destaque nas notificações em acidente por animal peçonhento, um levantamento realizado pela Unidade Técnica de Vigilância de Zoonoses do Ministério da Saúde, de 2002 a 2012, observou que ocorreu um crescimento de 157% no número de notificações de acidentes por animais peçonhentos, em todo o Brasil. Somente em 2011, ocorreram mais de 139 mil acidentes, com 293 óbitos. A proliferação e os acidentes registrou os maiores índices entre os meses de novembro a março, seja na zona rural, como na urbana, havendo influência do desequilíbrio ecológico (AGÊNCIA MINAS, 2012).

Com relação às dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde, neste estudo, uma delas é quando a data que ocorreu a doença/agravo/evento difere da data da realização da

notificação, o que pode levar a geração de informações incompletas, dúbias ou incoerentes, ainda levando ao esquecimento dos detalhes ocorridos em presença de tal situação. Também, há a seguinte dúvida em saber se é preciso notificar o evento depois de decorrido certo período de tempo.

Perante as condutas a serem seguidas na ocorrência dessa situação, a orientação que os profissionais recebem é sobre a importância sim de notificar todas/todos as/os doenças/agravos/eventos ocorridos e/ou diagnosticados, tentando ao máximo, completar as fichas de notificação com dados importantes. Até porque, segundo a literatura, a subnotificação é uma realidade presente nos serviços de saúde, o que leva a ocultar a real situação de saúde da população (MELO et al., 2018).

Outra dificuldade observada entre os profissionais de saúde consiste no processo de realizar a notificação, além do seu preenchimento ser manual *versus* a demanda assistencial a ser prestada aos pacientes. Isto é, por vezes o fluxo de atendimento é alto, fazendo com que a demanda de cuidado a ser prestado impeça o profissional (enfermeiro/médico) em realizar as notificações. Nesse contexto, os profissionais sentem a necessidade de as fichas de notificações possuírem perguntas mais diretas, com menos dados, mas que fossem mais direcionados, ou até mesmo, que existisse um sistema informatizado. Alegam que a praticidade é o que está faltando nas notificações, até para melhorar o ambiente de trabalho, de modo a concluírem a tarefa com êxito.

Com o elevado tempo gasto para notificar devido a extensão das fichas de notificações, salienta-se a importância de se averiguar no contexto de trabalho dos profissionais de saúde, as dificuldades vivenciadas no cotidiano assistencial aos pacientes, que contribuem para a não notificação compulsória de doenças/agravos/eventos no SINAN. Assim, a diversidade de atribuições e a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde podem soar como justificativa para a subnotificação (MELO et al., 2018).

A não priorização da ação de notificar durante a assistência pode ser um dos fatores para a subnotificação das doenças/agravos/eventos ocorridos e os profissionais não quererem parar para notificar pelo fato do plantão apresentar muita demanda de atendimento, aliado ao número insuficiente de profissionais na escala de trabalho. De maneira a evitar a sobrecarga de atividades para o profissional e para favorecer a realização das notificações, foi observado que no serviço de saúde a equipe de profissionais é conscientizada sobre a responsabilidade que precisa ter na realização das notificações compulsórias, considerando essa atividade como uma das prioridades a serem executadas perante o atendimento. Além do mais, o serviço de

saúde possui número suficiente de profissionais em cada turno de trabalho para poderem atenderem as demandas de atividades, evitando dessa forma, a sobrecarga laboral.

Nesse contexto, a literatura consultada afirma que a não conscientização, o desinteresse, bem como a desmotivação comprometem a realização das notificações compulsórias das doenças/agravos/eventos. Também, o número insuficiente de profissionais de saúde e as demandas de atividades em cada turno de trabalho geram uma sobrecarga de trabalho, tornando-se obstáculo para que não ocorra o registro das notificações (MASCARENHAS et al., 2019).

Outra dificuldade encontrada foi a do enfermeiro ser o principal responsável pela realização da notificação compulsória no SINAN, uma vez que há situações em que os médicos não repassam o caso a ser notificado ou as informações que os pacientes passam para a Enfermagem são distorcidas com as que foram repassadas para a Medicina. Também pode não ocorrer o envolvimento de outros profissionais, entretanto, a coordenação do serviço de saúde busca constantemente orientar sobre a importância de todos os profissionais colaborarem no processo de notificação, rompendo assim, o descaso perante os eventos/agravos ocorridos e identificados.

Estudo encontrado na literatura concluiu que os fatores contribuintes para a subnotificação estão relacionados, principalmente, à dificuldade dos médicos em diagnosticar os casos, não notificarem ou não repassarem para outros profissionais notificar. Essa dificuldade no diagnóstico poderá estar associada à qualidade da formação profissional ou à estrutura inadequada do serviço de saúde, podendo refletir na qualidade assistencial a ser prestada ao paciente (MELO et al., 2018).

Diante do fato de qualquer profissional de saúde poder notificar as doenças/agravos/eventos ocorridos, conforme estabelecido pela Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016), ainda há dúvidas no serviço de saúde quanto ao principal responsável por realizar a notificação compulsória, pois foi observada entre os profissionais a ideia de que, quem primeiro identifica a situação é o mesmo quem deve notificar. Sobre essa questão, a coordenação do serviço de saúde esclarece que quem deve ser responsável em realizar a notificação é somente o enfermeiro e/ou o médico plantonista.

Ainda neste estudo, uma das dificuldades que foi observada entre os profissionais foi o despreparo para utilizar a ficha de notificação do SINAN, pela forma como ela é construída e por não vir acompanhada de orientações para o processo de preenchimento das informações solicitadas, até porque, nem todos os profissionais registram os dados solicitados de maneira completa. Com isso, notou-se desconhecimento e dificuldade no preenchimento.

A mesma dificuldade constatada para a realização da notificação ocorreu com a existência de muitas informações solicitadas que levam o profissional a ficar confuso sobre o que registrar. Com isso, foi salientado que se a ficha de notificação fosse mais direta, sem a solicitação de muitos dados e acompanhada de um POP, possuindo explicações mais amplas, facilitaria o processo de notificação.

Pelo fato de haver entre os profissionais o desconhecimento da ficha de notificação e/ou a dificuldade de preenchê-la, podendo ser um fator para a não adesão à notificação, a coordenação do serviço de saúde tem buscado dar apoio, investindo na efetivação do processo de notificação. Assim, os POP estão sendo construídos e constantemente revisados. Ademais, conta-se no portal eletrônico do SINAN com instrumento de orientação para o preenchimento da ficha de notificação para cada doença/agravo/evento ocorrido.

Na presença das dificuldades encontradas, é essencial que os serviços de saúde e os profissionais transcendem obstáculos, para que ocorra a adesão ao processo de notificação das doenças/agravos/eventos. Nesse contexto, faz-se necessário o estabelecimento de estratégias por meio da comunicação e da prática educacional, para promover a disseminação de informações, favorecendo assim, o ato de notificar (MASCARENHAS et al., 2019).

Foi observado ainda entre os profissionais, que os registros realizados na ficha do SINAN, no momento da notificação, podem auxiliar na construção do conhecimento do perfil populacional notificado. Isto é, saber qual é a maior demanda das/dos doenças/agravos/eventos ocorridos, os motivos que levaram as pessoas a procurarem o serviço de saúde, se elas são acompanhadas e orientadas pelas unidades básicas de saúde e que possíveis cuidados poderiam ser repassados à população, tanto para o tratamento quanto para a prevenção de futuras doenças/agravos/eventos.

Sob esse aspecto, as ações de acompanhamento doenças/agravos/eventos notificados se dá pelo setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde. Logo, o feedback realizado entre este setor com o serviço de saúde é importante, pois pode auxiliar na tomada de ações voltadas para a promoção da saúde, para a prevenção de doenças/agravos/eventos e para o tratamento, melhorando assim, cada vez mais a assistência a ser fornecida para a população. Além do mais, a importância do feedback das notificações pode permitir aos profissionais de saúde ampliar o conhecimento do processo de notificação, além de traçar estratégias para melhorar a qualidade na assistência prestada.

Com isso, a importância do feedback das notificações compulsórias das doenças/agravos/eventos constitui em um ponto positivo para os profissionais aderirem ao processo de notificação, e a partir do que foi observado neste estudo, acredita-se que o retorno

do que é realizado permite o reconhecimento do trabalho desenvolvido, a correção de falhas e o planejamento de estratégias para melhorar a qualidade assistencial para a população. Do mesmo modo, o feedback consiste em um instrumento de gestão, possibilitando ao profissional uma reflexão sobre a sua assistência, favorecendo o seu aprimoramento profissional, sentindo-se assim, uma parte importante desse processo (MILAGES, 2015; BARROS et al., 2014).

6 CONCLUSÃO

Diante da análise do que foi encontrado neste estudo, as observações realizadas, como metodologia empregada, permitiram conhecer a organização do processo de realização das notificações compulsórias em um serviço de saúde de Pelotas (RS). Foi constatado que o processo de notificação das doenças/agravos/eventos possui tanto facilidades quanto dificuldades para os profissionais.

Dentre as facilidades encontradas, estão o apoio recebido pela coordenação do serviço de saúde, o feedback das notificações pela Vigilância Epidemiológica do Município e as orientações educacionais por meio de manuais de procedimento operacional padrão. Esses aspectos positivos encontrados favoreceram no reconhecimento sobre a importância da realização das notificações compulsórias.

Em contrapartida, as dificuldades encontradas e salientadas pelos profissionais possuíram relação com a necessidade de um maior conhecimento para a realização das notificações compulsórias de doenças/agravos/eventos e a sobrecarga, muitas vezes, de atividade assistencial às pessoas, situações essas que propiciam à subnotificação. Embora tenha ocorrido esses aspectos negativos diante às dificuldades manifestadas pelos profissionais durante as observações realizadas, constatou-se que a coordenação do serviço de saúde procura disseminar orientações, promovendo a cultura de notificar.

Levando-se em consideração esses fatores, é fundamental que os profissionais de saúde saibam reconhecer a importância de realizar uma notificação e o papel exercido pela Vigilância Epidemiológica. Até porque, acredita-se que o feedback possibilita o reconhecimento da realização desse processo com o intuito de corrigir as falhas de preenchimento do formulário, já que muitas vezes pode dificultar o acompanhamento/monitoramento a ser realizado.

Ainda sobre as ações para o acompanhamento das doenças/agravos/eventos notificados pelo serviço de saúde, foram observados o empenho e o compromisso dos profissionais no processo em notificar imediatamente após a identificação do evento ocorrido ou tão logo consigam realizar após atender outras situações de saúde consideradas mais graves. Em virtude disso, salienta-se ainda que a realização das notificações pode proporcionar o conhecimento do perfil das principais doenças/agravos/eventos ocorridos, o planejamento para as ações de saúde, além de intervenções para o controle das ocorrências e/ou dos agravos, da sistematização e da disseminação de informações para fins de estudos epidemiológicos.

Como a notificação é uma forma de comunicar a ocorrência de determinada doença/agravo/evento à saúde pelos profissionais às autoridades da Vigilância Epidemiológica, ela auxilia na formação de um serviço de qualidade e de um cuidado integral à população e pode contribuir com estratégias para melhorar a assistência prestada, bem como a produção do conhecimento científico. Por todos esses aspectos, é importante conscientizar os profissionais que a notificação de doenças/agravos/eventos precisa fazer parte da rotina do serviço de saúde, de modo que os mesmos possam também contribuir em uma assistência de qualidade à população.

Em termos de limitações deste estudo, acredita-se que a realização de uma observação simples como metodologia empregada para a coleta de informações não possibilitou ampliar o conhecimento acerca da organização do processo de notificações compulsórias. Assim, deseja-se que este estudo possa contribuir para a realização de pesquisas mais aprofundadas que levem para a construção de políticas e de planos para os serviços de saúde, melhorando o processo de trabalho dos profissionais para a realização, de modo oportuno e adequado, das notificações compulsórias de doenças/agravos/eventos.

Também, espera-se que cada vez mais ocorra a criação de estratégias educacionais, no sentido de disseminar informações sobre o processo de notificação, levando em consideração as ações promulgadas pela Vigilância Epidemiológica do Município, do Estado e da União. Portanto, faz-se necessário reconhecer, nesse contexto, a importância da realização das notificações compulsórias de doenças/agravos/eventos e que os instrumentos preenchidos com dados mais fidedignos possíveis podem favorecer na melhoria da qualidade de saúde à população.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA MINAS. Notícias do Governo do Estado de Minas Gerais. Acidentes com animais peçonhentos aumentam no período chuvoso e no verão. 19 de novembro de 2012. Disponível em: <http://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticias/acidentescom-animaispeconhentos-aumentam-no-periodo-chuvoso-e-no-verao>. Acesso em: 04 dez. 2021.

ARAÚJO, M.M.P.; SILVA, C.G. A importância do sistema de informação de agravos de notificação - SINAN para a Vigilância Epidemiológica do Piauí. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde**, v. 2, n. 3, p. 25-29, 2015.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, p. 1-16, 2018.

BARROS, A.A.; OLIVEIRA, R.M.; PINHEIRO, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A.; VALE, A.P.; SILVA, L.M.S. Motivation practices to promote safety culture by nursing leaders according to assisting nurses. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 12, p. 4330-4336, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 1975.

CARNUT, L.; MENDES, A.; MARQUES, M.C.C. Outra narrativa no ensino da Reforma Sanitária Brasileira: o debate crítico de uma escolha política. **Saúde & Debate**, v. 43, n. 8, p. 133-145, 2019.

CORRÊA FILHO, H.R. A utopia do debate democrático na Vigilância em Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 979-986, 2019.

ESCOSTEGUY, C.C.; PEREIRA, A.G.L.; MEDRONHO, R.A. Três décadas de epidemiologia hospitalar e o desafio da integração da Vigilância em Saúde: reflexões a partir de um caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3365-3379, 2017.

FRANCO NETTO, G.; VILLARDI, J.W.R.; MACHADO, J.M.H.; SOUZA, M.S.; BRITO, I.F.; SANTORUM, J.A.; OCKÉ-REIS, C.O.; FENNER, A.L.D. Vigilância em saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3137-3148, 2017.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GONZAGA, C.B.; FERREIRA, G.N. Redes de Atenção à Saúde: um caminho na garantia da integralidade da atenção no SUS. **Revista Internacional de Debates da Administração Pública**, v. 2, n. 1, p. 12-26, 2017.

GUIMARÃES, R.M.; MEIRA, K.C.; PAZ, E.P.A.; DUTRA, V.G.P.; CAMPOS, C.E.A. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1407-1416, 2017.

LIMA, R.K.S.; EVANGELISTA, A.L.P.; MAIA, J.K.O.; TRAVASSOS, P.N.S.; PINTO, F.J.M.; MOREIRA, F.J.F. Notificação compulsória de acidentes de trabalho: dificuldades e sugestões dos profissionais de saúde em Fortaleza, Ceará. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 2, p. 192-198, 2018.

MARQUES, C.A.; SIQUEIRA, M.M.; PORTUGAL, F.B. Avaliação da não completude das notificações compulsórias de dengue registradas por município de pequeno porte no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 891-900, 2020.

MASCARENHAS, F.A.S.; ANDERS, J.C.; GELBCKE, F.L.; LANZONI, G.M.M.; ILHA, P. Facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde frente ao processo de notificação de eventos adversos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, p. 1-15, 2019.

MELLO, J.F.; BARBOSA, S.F.F. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, 2013.

MELO, M.A.S.; COLETA, M.F.D.; COLETA, J.A.D.; BEZERRA, J.C.B.; CASTRO, A.M.; MELO, A.L.S.; TEIXEIRA, R.A.G.; GOMES, D.B.; CARDOSO, H.A. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 71, p. 1-17, 2018.

MILAGRES, L.M. **Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos**. Dissertação – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde & Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017.

OLIVEIRA, C.M.; CRUZ, M.M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 255-267, 2015.

OLIVEIRA, G.P.; PINHEIRO, R.S.; COELI, C.M.; BARREIRA, D.; CODENOTTI, S.B. Uso do sistema de informação sobre mortalidade para identificar subnotificação de casos de tuberculose no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 3, 2012a.

OLIVEIRA, V.M.R.; PEREIRA, P.L.L.; SILVA, J.A.; MIRANDA, C.F.J.; RODRIGUES, K.O.; RODRIGUES, T.O.; MOREIRA, E.C. Mordedura canina e atendimento antirrábico humano em Minas Gerais. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia**, v. 64, n. 4, p. 891-898, 2012b.

OTTOBONI, A.L.; DIAS, R.X.; MOURA, G.H. A importância do sistema de notificação e da formação de um serviço de qualidade eficiente na cultura de segurança de um serviço de saúde. **Anestesia em Revista**, v. 68, n. 2, p. 19-21, 2018.

PEREIRA, A.E.; OLIVEIRA, V.S. A transferência de políticas públicas de Vigilância Epidemiológica no Brasil e na Argentina. **Revista Conjuntura Global**, v. 9, n. 2, p. 1-18, 2020.

PINHEIRO, J.S.; NOGUEIRA, V.S. A integração da Vigilância Epidemiológica na Estratégia Saúde da Família no Município de Lábrea – AM. **Revista de Educação, Ciência e Tecnologia do IFAM**, v. 13, n. 2, p. 10-20, 2019.

RIBEIRO, A.F. Concordância dos dados de mortalidade por doenças de notificação compulsória no Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM e Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, Brasil 2007 a 2015. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 6, n. 2, p. 173-183, 2017.

ROHLING, B.S.V.; CIESCA, D.; LIEBL, G. Projeto Vida: integração da Vigilância Epidemiológica e setor da Saúde Mental frente às tentativas de suicídio em Fraiburgo, Santa Catarina, 2014-2017. **Epidemiologia, Serviços e Saúde**, v. 27, n. 3, p. 1-8, 2018.

RODRIGUES, A.I.S.; TREZENA, S.; PINTO, M.Q.C.; BARBOSA JÚNIOR, E.S. Notificação compulsória: HIV/AIDS e o papel do cirurgião-dentista. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, v. 24, n. 1, p. 44-51, 2019.

SALES, O.P.; VIEIRA, A.F.B.; MARTINS, A.M.; GARCIA, L.G.; FERREIRA, R.K.A. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

SANTOS, I.F.; GABRIEL, M.; MELLO, T.R.C. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Revista Humanidades e Inovação**, v.7, n.5, p. 381-391, 2020.

SANTOS, S.S.B.S.; MELO, C.M.M.; BARBONI, A.R.; SANTOS, C.A.S.T.; SANTOS, A.G.G. Estudo de linha de base avaliativa sobre capacidade de gestão descentralizada da Vigilância Epidemiológica. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 73-86, 2018.

SETA, M.H.; OLIVEIRA, C.V.S.; PEPE, V.L.E. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3225-3234, 2017.

SILVA, M.V.S.; MOREIRA, F.J.F.; ABREU, L.D.P. Sistema de informação em saúde em tempos de COVID-19. **Cadernos ESP – Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 14, n. 1, p. 86-90, 2020.

SILVA, P.L.N.; OLIVEIRA, R.S.; LOPES, T.R.C.; OLIVEIRA, E.M.S.; SOUTO, S.G.T.; PRADO, P.F. Notificações de doenças compulsórias e dos agravos em um hospital universitário de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 2, p. 237-246, 2014.

SIMAN, AG. **Práticas de profissionais de saúde na implantação do programa de segurança do paciente: entre o prescrito e o real.** Tese – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

SIQUEIRA, A.F.; CASTRO, F.S. Doenças de notificação compulsória no laboratório escola da Pontifícia Universidade Católica de Goiás no ano de 2018. **Revista Brasileira Militar de Ciências**, v. 6, n. 15, p. 67-72, 2020.

TEIXEIRA, M.G.; COSTA, M.C.N.; CARMO, E.H.; OLIVEIRA, W.K.; PENNA, G.O. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1811-1818, 2018.

TEIXEIRA, M.G.; COSTA, M.C.N. Vigilância epidemiológica: políticas, sistemas e serviços. IN: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 687-707.

WASELFISZ, J.J. Mapa da violência 2012. Atualização: homicídios de mulheres no Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. **Flacso Brasil**, 2012. Disponível em: http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf. Acesso em: 04 dez. 2021.

APÊNDICE

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Administração
Especialização em Gestão em Saúde

Estudo: “O processo de realização das notificações compulsórias em um serviço de saúde de Pelotas (RS)”

Orientanda: Enf^a. Bianca Pozza dos Santos

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

Pelotas, 25 de julho de 2021.

Prezado(a) Senhor(ra),

Na condição de aluna do curso de Pós-Graduação da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), venho por meio desta solicitar a autorização para desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “O processo de realização das notificações compulsórias em um serviço de saúde de Pelotas (RS)”, a qual tem por objetivo conhecer a organização do processo de notificações compulsórias em um serviço de saúde de Pelotas (RS).

O estudo será descritivo-exploratório a partir de dados secundários provenientes das notificações compulsórias instituídas pela Vigilância Epidemiológica do SUS. A abordagem utilizada será qualitativa para a análise dos dados.

Desta forma, contamos com o seu apoio, agradecendo desde já pela oportunidade e colocando-nos a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,



Enf^a. Bianca Pozza dos Santos

ANEXO



**Instituto Brasileiro de Saúde Pesquisa e Extensão
para o Desenvolvimento Humano**
CNPJ: 07.836.454/009-01
Avenida Ferreira Viana, 2231.
Pelotas – RS – CEP: 9608500

Após atenta leitura ao Projeto de Especialização em Gestão em Saúde de Bianca Pozza dos Santos, "O Processo de Realização das Notificações Compulsórias em um Serviço de Saúde", por entender a relevância do tema, autorizo a coleta de dados de nossa unidade de saúde, resguardados os impedimentos legais e os dados sensíveis protegidos pela LGPD.

Pelotas, 20 de outubro de 2021.

Nelson Soares
Diretor Geral

Nelson Soares
Diretor Geral
UPA Areal - Pelotas
IBSAÚDE