

**MARISTELA SALETE MARASCHIN**

**O PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DAS DOENÇAS OBRIGATÓRIAS:  
UMA ABORDAGEM PROBLEMATIZADORA**

**Curitiba  
Agosto/2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UFPR**

**O PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DAS DOENÇAS OBRIGATÓRIAS:  
UMA ABORDAGEM PROBLEMATIZADORA**

**MARISTELA SALETE MARASCHIN**

**Orientadora: Dr<sup>a</sup> TELMA ELISA CARRARO**

**Curitiba  
Agosto/2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UFPR**

**O PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DAS DOENÇAS OBRIGATÓRIAS:  
UMA ABORDAGEM PROBLEMATIZADORA**

**MARISTELA SALETE MARASCHIN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na área de Assistência de Enfermagem.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> TELMA ELISA CARRARO

Curitiba  
Agosto/2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL**

**O PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DAS DOENÇAS OBRIGATÓRIAS:  
UMA ABORDAGEM PROBLEMATIZADORA**

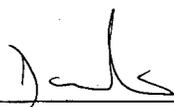
MARISTELA SALETE MARASCHIN

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

**Mestre em Enfermagem**

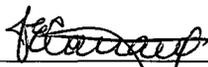
E aprovada na sua versão final em 08 de agosto de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração:

**Assistência de Enfermagem**



\_\_\_\_\_  
Professora Dr<sup>a</sup> Denise Elvira Pires de Pires  
Coordenadora do Curso de Pós-graduação

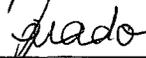
Banca Examinadora:



\_\_\_\_\_  
Professora Dr<sup>a</sup> Telma Elisa Carraro  
Presidente/Orientadora



\_\_\_\_\_  
Professora Dr<sup>a</sup> Maria Lourdes Gisi - Membro



\_\_\_\_\_  
Professora Dr<sup>a</sup> Marta Lenise do Prado – Membro



\_\_\_\_\_  
Professora Dr<sup>a</sup> Elza Berger Salema Coelho – Membro

## AGRADECIMENTOS

*Registro neste momento alguns aspectos importantes e fundamentais para mim, que Influenciaram e contribuíram para a realização desta dissertação.*

*Seria difícil nominar todas as pessoas que influenciaram e me incentivaram nesta caminhada. Àqueles que muitas vezes ficaram na invisibilidade, olhando-me, sorrindo, incentivando, cooperando e sentindo minha ausência, agradeço.*

### *A Deus:*

*Que me conduziu neste caminho, que me amparou e segurou minha mão. A Ele, que fortalece minha caminhada.*

### *À minha família:*

*Estou ciente de que muitas vezes deixei de partilhar o convívio de minha família, nos momentos alegres e nas dificuldades, quando solicitada nem sempre pude estar presente, às vezes estando, estava preocupada com os compromissos do mestrado, sei que vocês compreenderam meus motivos. O incentivo que obtive da minha família, especialmente minha mãe, estimulando e fazendo com que a luta e as dificuldades fossem superadas, incentivando e acreditando na busca do sonho. Com vocês, partilho este momento de vitória.*

### *À minha orientadora:*

*Telma - Orientadora: você acreditou em minha capacidade, soube estimular e respeitar meus limites, minhas inseguranças e dificuldades, no desenvolvimento desta investigação. Teve paciência... com sabedoria e calma falava, sugeriu e sonhava que tudo seria possível e daria certo. Apesar de nos conhecermos há bastante tempo, foram nestes momentos que nos conhecemos mais, o que foi para mim uma interlocução privilegiada. Você investiu em mim e quero que saiba que isto tudo só foi possível porque você contribuiu.*

### *As CCIH:*

*Agradeço a todas as colegas que atuam nas CCIH, dos hospitais de Cascavel, que prontamente aceitaram em participar deste estudo e apontaram caminhos para a melhoria do desenvolvimento dos*

trabalhos, enunciando questões que se tornaram básicas à reflexão sobre a Vigilância Epidemiológica e a CCIH, que vem sendo realizada.

*À equipe da Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde de Cascavel:*

*Maria Fernanda - Médica: sua paciência e sugestões ao ler meus manuscritos, contribuíram com meu aprendizado. Você insiste em subestimar sua capacidade; acredite, você é muito capaz;*

*Patrícia - Enfermeira: seu incentivo, estímulo e elogios que muitas vezes não sou merecedora, mesmo assim, ajudaram-me a vencer as dificuldades;*

*Marta - Auxiliar Administrativa: sua habilidade e sabedoria na área da informática, foram fundamentais para que eu pudesse realizar esta dissertação bem como, muitos trabalhos das disciplinas do mestrado;*

*Sebastiana - Auxiliar de Enfermagem: mesmo não acreditando que o aprendizado e o conhecimento possam servir somente para crescimento próprio; várias vezes me substituiu em atividades que não pude estar presente e realizou-as com competência e precisão. Sua paciência foi importante para me suportar nos momentos em que perdia a calma e o controle da situação; os bilhetes que muitas vezes foram o veículo de comunicação entre nós, diminuía os esquecimentos;*

*Dione - Auxiliar Administrativa: Apesar das dificuldades que têm passado não deixou de contribuir com esta dissertação, calma e perspicaz que aprendi a admirar;*

*Simone - Enfermeira: calma, tranqüila, assim que possa denominá-la, contribuindo com seu trabalho, até mesmo realizando atividades minhas para me auxiliar, sempre preocupada em saber como havia sido meu desempenho, desde a seleção do mestrado até mesmo depois, nas aulas, nos seminários, nos trabalhos em grupo, nas provas, nas leituras, interessada em conhecer e aprender comigo, sinto que nem sempre pude contribuir com você; a valorização que você tem pelo ser humano é algo divino e merecedor de elogios;*

*Cristiana - Enfermeira: a mais nova integrante da equipe, foi capaz de enfrentar e sobreviver ao tumulto do trabalho diário deste setor; sua gravidez, sua super alimentação, sua filha que foi gerada, nasceu e cresceu durante esta dissertação;*

*Marisa - Enfermeira: colega de moradia, colega de trabalho e parceira desta jornada, socorreu-me muitas vezes em minhas dificuldades de informática, nas revisões, correções, sugestões e profícuas discussões, paciente, equilibrada e com grande potencial, foi valioso poder dividir com você parte deste trabalho;*

*Márcia - Nutricionista: bem, o que dizer de alguém que se assemelha tanto comigo, porém disputamos o cargo para saber quem é a mais intransigente do setor, acredito que seja você, porém você insiste que sou eu, talvez nunca saberemos pois nossa semelhança...Suas críticas e sugestões não só neste momento, mas diariamente são sempre importantes;*

*Cleverson - Motorista: moço jovem, cheio de ilusões, porém competente. Aprendi a trabalhar com sua dificuldade auditiva, sua agilidade, presteza e segurança muitas vezes fizeram com que eu conseguisse chegar aos locais, diminuindo meu atraso e lembrando de coisas que eu havia esquecido;*

*Rose - Auxiliar Administrativo: quase não se ouve sua voz, mas seu silêncio em muitos momentos foram fundamentais para que eu diminuísse minha agitação;*

*Marizete - Auxiliar de Enfermagem: tão jovem, porém é avó. Competente em sua tarefa diária, nas orientações e no atendimento às crianças recém-nascidas, atenta, sempre buscando melhorar e aprender;*

*Leni - Auxiliar de Enfermagem: elegante, silenciosa, teve um pouco de dificuldades para se adaptar neste setor tumultuado, superou com classe.*

*Aos demais membros da equipe de trabalho da Secretaria de Saúde:*

*Agradeço pela dispensa ao trabalho e pela oportunidade em poder realizar esta dissertação, bem como minha pesquisa nesta Secretaria.*

*À Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE:*

*Aos dirigentes da UNIOESTE, mesmo na condição de professora colaboradora, oportunizou-me este mestrado; investiram e acreditaram em minha capacitação;*

*Aos colegas do Departamento de Enfermagem, foi valiosíssimo o apoio recebido, especialmente daqueles que assumiram minhas atividades advindas de minha ausência, acreditando que valeria a pena.*

*Aos Componentes da Banca Examinadora:*

*Agradeço a presteza e a disposição com que aceitaram o convite e as contribuições recebidas.*

*Aos Colegas e Professores do Curso de Mestrado:*

*Conhecer e conviver com estas pessoas nos diversos momentos deste mestrado, foram importantes, contribuíram na superação dos momentos difíceis e valorizaram os momentos alegres. Foi prazeroso conhecê-los e conviver pequenos e grandes momentos com vocês.*

*Agradeço especialmente às parceiras próximas, Solânia, Gerti, Suzi e Silvânia, nossos momentos de alegrias, de amizade, de obstáculos, de finais de tarde, de discussões, dos passeios, das viagens, dos trabalhos, das noites de hotel, serviram para valorizar o ser humano e partilhar a solidariedade, conhecer e conviver com estas pessoas foram fundamentais para eu concluir este trabalho. Sem dúvidas foram momentos de crescimento e fortalecimento.*

*A todos aqueles que acompanharam meu trabalho, que compartilharam comigo nos momentos de crescimento, alegrias, ou mesmo, nos momentos difíceis, a presença de todos tornou viável este sonho. Sei também que todos estão vibrando comigo neste final...*

Se não houver frutos,  
valeu a beleza das flores.  
Se não houver flores,  
valeu a sombra das folhas.  
Se não houver folhas,  
valeu a intenção da semente.

Henfil (1944-1988).

## RESUMO

O Processo de Notificação das Doenças Obrigatórias: uma abordagem problematizadora. O presente estudo teve a intencionalidade de identificar, analisar e intervir nas dificuldades encontradas quanto ao processo de notificação das doenças obrigatórias, junto às enfermeiras que procedem as notificações nas CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Mediante prática educativa, não exercendo papel fiscalizador e punitivo como trata o termo compulsório, mas buscando mostrar, sensibilizar e instrumentalizar, quanto à importância das notificações, fazendo com que outros seres humanos não venham a adoecer e/ou morrer, intervindo assim no processo saúde-doença, individual e coletivo. A metodologia problematizadora foi utilizada a partir do Método do Arco de Charles Maguerez, que contempla os seguintes passos: observação da realidade, levantamento dos pontos-chave, teorização, levantamento de hipóteses de solução e a aplicação na realidade observada. Esta prática possibilitou aos participantes desvelar e compreender a problemática das doenças de notificação obrigatória, com fortes conotações históricas, sociais, administrativas e econômicas, que levam ao desconhecimento quanto à importância das notificações, facilitando assim, mudanças na ação com relação ao processo de notificação das doenças obrigatórias. A implementação desta proposta metodológica realizou-se na cidade de Cascavel - PR, no período compreendido de janeiro a agosto de 1999, envolvendo seis (6) enfermeiras que atuam na CCIH, de seis (6) hospitais da mesma cidade. No transcorrer desta pesquisa, as enfermeiras participaram de um processo de educação participativa, que valoriza os seres humanos, seu conhecimento e sua capacidade de transformação, avançando desta forma, na melhoria do processo de notificação.

## ABSTRACT

The process of the Notification of Compulsory diseases : a problematic approach

This study aimed identifying, analyzing and to intervene in the difficulties found in the process of reporting the compulsory diseases, which the nurses have done for notifications in the Commission of the Control of Hospital Infections .With an educational practise, and without a punitive role, the study tried to show and to implement the importance of the notifications, making other human beings not able to get ill or to die, intervening in the health- disease process, individually or in groups. A methodology called "problematic" was used with the Method of Arc of Charles Maguerez, which has the following steps: the observation of the reality, the key-points, the theory, the assumptions of solutions and the application in the observed reality. This practice made the participating individuals able to show and to understand the problematic of the diseases of a compulsory notification, based on strong historical, social, administrative, and economical connotations, which take them to the lack of knowledge, making the changes in the action easy. The implementation of this methodological purpose took place in a city called Cascavel - PR, from January to August 1999, involving six nurses who work in the Commission of Control of Hospital Infections from six hospitals in the same city. During this research, such nurses participated in an educational process, which values the human beings, their knowledge and their capacity of changing a reality to improve the process of the notifications.

## SUMÁRIO

<b>1 – O INTERESSE PELA TEMÁTICA</b> -----	<b>1</b>
<b>2 – METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA</b> -----	<b>4</b>
<b>3 - OBSERVAÇÃO DA REALIDADE</b> -----	<b>8</b>
3.1 Caracterização do Local de Desenvolvimento da Pesquisa-----	8
3.2 Busca de Informações nas Fichas Epidemiológicas-----	11
3.3 Entrevistas-----	15
<b>4 - LEVANTAMENTO DOS PONTOS-CHAVE</b> -----	<b>20</b>
4.1 Sistematização dos Dados-----	21
4.2 Apresentação dos Dados ao Grupo-----	37
<b>5 – TEORIZAÇÃO</b> -----	<b>43</b>
5.1 Primeiro Momento da Teorização-----	44
5.1.1 Vigilância Epidemiológica-----	44
5.1.2 Notificação das Doenças Obrigatórias-----	49
5.1.3 Subnotificação-----	57
5.1.4 Preenchimento das Fichas de Notificação Epidemiológica-----	60
5.2 Hipóteses de Solução e Estratégias de Aplicação na Realidade, Emergidas no Primeiro Momento-----	61
5.3 Segundo Momento da Teorização-----	64
5.3.1 Relatos da Aplicação na Realidade-----	64
5.3.2 A Sobrecarga de Trabalho/Rotatividade de Pessoal/ Ausência de Enfermeiro Exclusivo na CCIH-----	65
5.3.3 Ausência do Diagnóstico Médico-----	68
5.3.4 Falta de Envolvimento dos demais Enfermeiro da Instituição Hospitalar-----	71

5.4 Hipóteses de Solução e Estratégias de Aplicação na Realidade, Emergidas no Segundo Momento-----	75
<b>6 – DISCUSSÕES SOBRE A VIVÊNCIA-----</b>	<b>78</b>
<b>7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS-----</b>	<b>91</b>

## APRESENTAÇÃO

A decisão em desenvolver esta dissertação, enfocando a problemática das doenças de notificações obrigatórias, utilizando a Metodologia Problematizadora, baseada no Método do Arco, conforme denominado por Charles Maguerez, deu-se em função das atividades que desenvolvo com docente e enfermeira de serviço. E sobretudo, acreditando na possibilidade de que nós como profissionais, em determinadas condições históricas, podemos mudar, não só nossas concepções, mas nossa própria forma de ver e transformar a realidade vivenciada.

Modificar caminhos não é tarefa fácil, implica em dimensões e vivências ao longo da vida, num processo complexo entrelaçando o contexto pessoal, profissional, intelectual, político, administrativo e econômico.

Intrigava-me o fato das doenças de notificação obrigatória, estarem subjugadas dentre as atividades desenvolvidas pelos profissionais atuantes nas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), diante disso, fui conhecer, estudar e entender estas questões, envolvendo neste estudo os enfermeiros que desenvolvem estas atividades nas CCIH. Assim, foram surgindo novas tendências que geraram novas buscas e ansiedades, com base nos conhecimentos, buscamos instrumentos que possibilitaram atender as questões das notificações, no contexto hospitalar. Com os conhecimentos que instrumentalizaram todo o caminhar deste estudo, passamos por transformações, modificando nossa prática de trabalho e sendo modificadas por ela, assim, como os demais participantes deste estudo.

Diante disso, buscamos apreender o processo de notificação das doenças obrigatórias: uma abordagem problematizadora, partindo da realidade dos profissionais envolvidos, levantando os pontos-chave, teorizando-os, levantando as hipóteses de solução e as possibilidades de aplicação na realidade, constituindo-se esta a fase do retorno à realidade de cada profissional.

As reflexões coletivas com os profissionais participantes deste estudo, foram fundamentais para o desenvolvimento deste processo interativo e participativo, utilizando a metodologia problematizadora como método de trabalho, método de abordagem e culminando como método de apresentação desta dissertação. Assim, o caminho percorrido neste trabalho estão descritos ao longo dos capítulos que compõem esta dissertação.

No primeiro capítulo, descrevo o interesse pela temática. No meu entender, no processo saúde-doença, as ações de vigilância epidemiológica, tornam-se fundamentais do

ponto de vista epidemiológico, de prevenção e manutenção da saúde da população. O fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, constituem-se uma importante estratégia para a melhoria da saúde e de vida da população. A intencionalidade deste estudo foi identificar, analisar e intervir nas dificuldades encontradas, quanto ao processo de notificação das doenças obrigatórias ou compulsórias, junto aos enfermeiros que atuam na CCIH. Nesta prática educativa não exerci o papel fiscalizador e punitivo, como trata o termo “*compulsório*”, mas busquei mostrar, sensibilizar e instrumentalizar estes profissionais quanto à importância das notificações, fazendo com que outros seres humanos não venham a adoecer e/ou morrer, intervindo assim no processo saúde-doença, individual ou coletivo.

**No segundo capítulo**, descrevo a metodologia problematizadora, baseada em Bordenave & Pereira (1998), como referencial, favoreceu uma abordagem democrática das questões que emergiram da realidade, implicando na participação ativa e no diálogo constante entre os participantes. Esta metodologia, tem por princípio, que num universo onde as transformações são rápidas e profundas, o importantes é a atualização dos seres humanos para detectarem os problemas e buscarem soluções originais e criativas a sua situação. Valoriza a experiência individual, em observar a própria realidade, permitindo expressar suas idéias, valores e crenças. O diálogo e a participação são sumamente importantes nas ações transformadoras das condições de vida e saúde.

As etapas utilizadas, foram baseadas em Charles Maguerez, denominadas de Método do Arco: Observação da Realidade; Levantamento dos Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução; e Aplicação na Realidade.

A partir do **terceiro capítulo**, descrevo o trabalho, seguindo o Método do Arco. Neste terceiro capítulo, realizo a etapa da observação da realidade, contextualizando o local de desenvolvimento do trabalho, minha experiência profissional e a busca pelas informações por meio da fonte de informação, ou seja, das fichas de notificação epidemiológica, fui conhecer mais detalhadamente como estas, estavam sendo preenchidas e encaminhadas à vigilância epidemiológica, após estas informações, obtive elementos suficientes para iniciar o processo de elaboração do instrumento de coleta de dados, a entrevista.

**O quarto capítulo**, mostra o levantamento dos pontos-chave, consiste na identificação dos pontos-chave do problema, compreendem facilidades e dificuldades, pontos comuns, relevantes e singulares, valoriza o problema identificado. Este capítulo, foi organizado em dois momentos distintos: a sistematização e a apresentação dos dados ao grupo. A sistematização foi realizada a partir dos dados emergentes das entrevistas, onde condensei as informações para posterior discussão com o grupo, elegendo as prioridades, constituindo-se a apresentação dos dados ao grupo.

**O quinto capítulo**, constituiu-se na fase da teorização, conduziu a construção das hipóteses de solução e a aplicação na realidade. Nesta etapa aconteceram os trabalhos em grupo, baseados nos pontos-chave levantados, favorecendo uma fundamentação teórica. Foram dois os encontros realizados, sendo esta uma necessidade e opção do grupo. Ao final dos encontros levantávamos as hipóteses de solução consideradas viáveis de aplicação pelo grupo, para que ao retornar para a sua realidade, pudesse aplicá-la.

**No sexto capítulo**, abordo a minha vivência com este estudo, o qual denomino: discussões sobre a vivência, pois entendo que este estudo não pode ser considerado

finalizado e muito menos concluído, necessitando de um novo começo com os profissionais atuantes em CCIH, a realidade é vislumbrada como um espaço para participar, refletir, opinar e buscar novas formas de pensar e atuar no processo de notificação das doenças obrigatórias.

Apresentar a Metodologia Problematizadora, nas três vertentes, quais sejam: Método de Trabalho, Método de Abordagem e Método de Apresentação, constitui um convite para participar desta vivência problematizadora.

## **1- O INTERESSE PELA TEMÁTICA**

A escolha desta temática está diretamente ligada à minha trajetória profissional, enquanto docente do Departamento de Enfermagem, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE, na disciplina de Saúde Coletiva II e enfermeira da Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica da Secretaria de Saúde da cidade de Cascavel. Temática esta que se torna cada vez mais consistente, à medida em que percebo falhas nas notificações, quando da compilação semanal dos dados recebidos das fontes notificadoras. Estas falhas são demonstradas por meio das subnotificações, quando os casos deixam de ser notificados e muitas vezes são levantados por meio das fontes informais, tais como: as declarações de óbitos, os resultados de exames laboratoriais, declarações de nascimento, através da imprensa ou pela comunidade em geral, sendo então necessário, fazer a busca ativa dos casos, solicitando à instituição hospitalar para proceder a notificação. Contudo, isto não acontecia e nada mudava, então, porque a função de notificação era realizada sem reflexão sobre a ação? Estas dúvidas suscitaram em mim a busca por respostas e possibilidades de aperfeiçoar este trabalho de fundamental importância para a melhoria das condições do processo saúde-doença do ser humano.

Esta Dissertação de Mestrado, oportunizou-me analisar as dificuldades que permeiam as Notificações das Doenças Obrigatórias, encontradas pelos profissionais que atuam nas fontes notificadoras. Notificações estas, que irão nortear as ações de promoção, prevenção e reabilitação, bem como auxiliar a traçar o perfil epidemiológico da cidade.

Como docente, procuro despertar a relevância deste tema, pois no futuro estes graduandos serão enfermeiros e poderão estar trabalhando em uma fonte notificadora, tornando mais eficiente e sistematizado o serviço.

A evolução dos conhecimentos contribui para a modificação de conceitos, na contínua busca do seu aprimoramento. Percebemos esta evolução e modificação de conceitos, pois Vigilância Epidemiológica, originalmente significava a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e seus contatos. Tratava-se, da vigilância de pessoas, por meio de medidas de isolamento ou quarentena, aplicados individualmente, e não de forma coletiva. Posteriormente, passou a fazer parte das campanhas de erradicação de doenças, como a varíola, na qual buscava detectar a existência de casos da doença-alvo, prevendo medidas para bloquear a sua transmissão (BRASIL, 1994).

Atualmente, a maioria dos agravos à saúde já foram ou estão sendo estudados, por meio da investigação epidemiológica. Nas pesquisas etiológicas são analisadas não só os fatores físicos e biológicos, mas também, o número crescente de fatores psicossociais. Os fatores biológicos e físicos não são capazes de explicar todas as questões de etiologia e prognóstico (Pereira, 1995).

Para Rouquayrol e Almeida, (1999, p. 308), “as investigações epidemiológicas são achados de casos e de surtos e que complementam as informações da notificação, no que se refere às fontes de infecção e mecanismo de transmissão, dentre outras variáveis”.

A diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e carenciais, o aumento progressivo da população na terceira idade e a mudança no perfil de morbidade, fatos que ocorreram primeiramente em países desenvolvidos, passaram a compreender as doenças crônicas degenerativas, as anomalias congênitas, os acidentes e os envenenamentos, como doenças ou agravos de notificação. Os conceitos e métodos da epidemiologia hoje em dia, estão sendo aplicados a qualquer evento relacionado com a saúde da população e não especificamente às doenças (Pereira, 1995).

A mudança nos indicadores de saúde de morbidade e mortalidade e a mudança do perfil epidemiológico, aconteceu de forma sistematizada em Cascavel em 1990 quando ocorreu a municipalização dos serviços de saúde, bem como das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica. A partir de então o sistema de notificação das doenças compulsórias, assim como o planejamento das medidas de promoção, prevenção, reabilitação e controle, passaram a ser de responsabilidade do município.

A assistência aos doentes e as práticas preventivas, representam fatores que intervêm na distribuição e na ocorrência das doenças. Os estudos epidemiológicos sobre os serviços de saúde são realizados com objetivos diversos, entre os quais, o de conhecer a situação, como por exemplo, a cobertura da população ou a qualidade do atendimento, com o intuito de identificar problemas, assim como investigar suas causas, propor soluções compatíveis e avaliá-las (Pereira, 1995).

Para conhecer a situação na área da saúde são necessárias informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade, seus principais fatores de riscos e seus determinantes, características demográficas e informações sobre os serviços. A informação é essencial aos serviços para que possa ocorrer a tomada de decisão/ação, bem como, a organização e a avaliação dos serviços, subsidiando assim a construção da situação da saúde local e a orientação do modelo de atenção, de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Todo sistema de informação depende da coleta mínima dos dados, os quais, devem ser registrados, armazenados, processados, consolidados, analisados e divulgados às fontes de notificação, como forma de estimular a continuidade do trabalho.

No meu entender, no processo saúde-doença, as ações de Vigilância Epidemiológica, tornam-se fundamentais do ponto de vista epidemiológico, de prevenção e manutenção da saúde da população. O fortalecimento das ações de Vigilância Epidemiológica, constitui uma estratégia importante para a melhoria da saúde e de vida da população.

*Sendo assim, a intencionalidade deste estudo foi identificar, analisar e intervir nas dificuldades encontradas, quanto ao processo de notificação das doenças obrigatórias ou compulsórias, junto aos profissionais que procedem as notificações nas CCIH, dos hospitais da cidade de Cascavel, mediante prática educativa.*

Nesta prática educativa não exerci o papel fiscalizador e punitivo como trata o termo “*compulsório*”, mas busquei mostrar, sensibilizar e instrumentalizar os enfermeiros quanto à importância das notificações, fazendo com que outros seres humanos não venham adoecer e/ou morrer, intervindo assim, no processo saúde-doença, individual e/ou coletivo.

## **2 - METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA**

A Metodologia Problematizadora, baseada em Bordenave & Pereira (1998), como referencial, favoreceu à abordagem democrática das questões que emergiram da realidade, implicando na participação ativa e no diálogo constante entre os elementos participantes.

Esta Metodologia Problematizadora, tem por princípio, que num universo onde as transformações são rápidas e profundas, o importante é a atualização dos seres humanos para detectarem os problemas e buscarem soluções originais e criativas para a sua situação. Isto diverge dos modos de comportamentos “corretos” e fiéis ao esperado, enfatizados pelas pedagogias tradicionais. Para esta metodologia, inicialmente, o que deve ser valorizado é a experiência do indivíduo, em observar a própria realidade, permitindo-lhe expressar suas idéias, valores e crenças. O diálogo e a participação são sumamente importantes nas ações transformadoras das condições de vida e saúde. O processo de ensinar e aprender, inicia, desta forma, proporcionando uma leitura da situação concreta.

Em um segundo momento, as pessoas do grupo, selecionam as informações, visando identificar os pontos-chave do problema, levantando as variáveis que determinam tal situação.

A fase da teorização consiste no levantamento das questões sobre as causas dos problemas em análise. Nesta etapa é necessário recorrer aos conhecimentos científicos que auxiliam o raciocínio das pessoas na compreensão destes problemas, não somente em suas manifestações empíricas, mas também nos princípios teóricos que o explicam.

A Metodologia Problematizadora propiciou uma abordagem democrática das questões em estudo, parti da vivência individual de cada profissional e juntos traçamos estratégias para melhorar o entendimento das ações de notificações, bem como; a reflexão sobre a atuação de cada profissional. Este envolvimento potencializou o estudo, à medida em que os profissionais puderam contribuir com a riqueza de suas experiências científicas e práticas, frente à singularidade da realidade na qual interagimos como grupo.

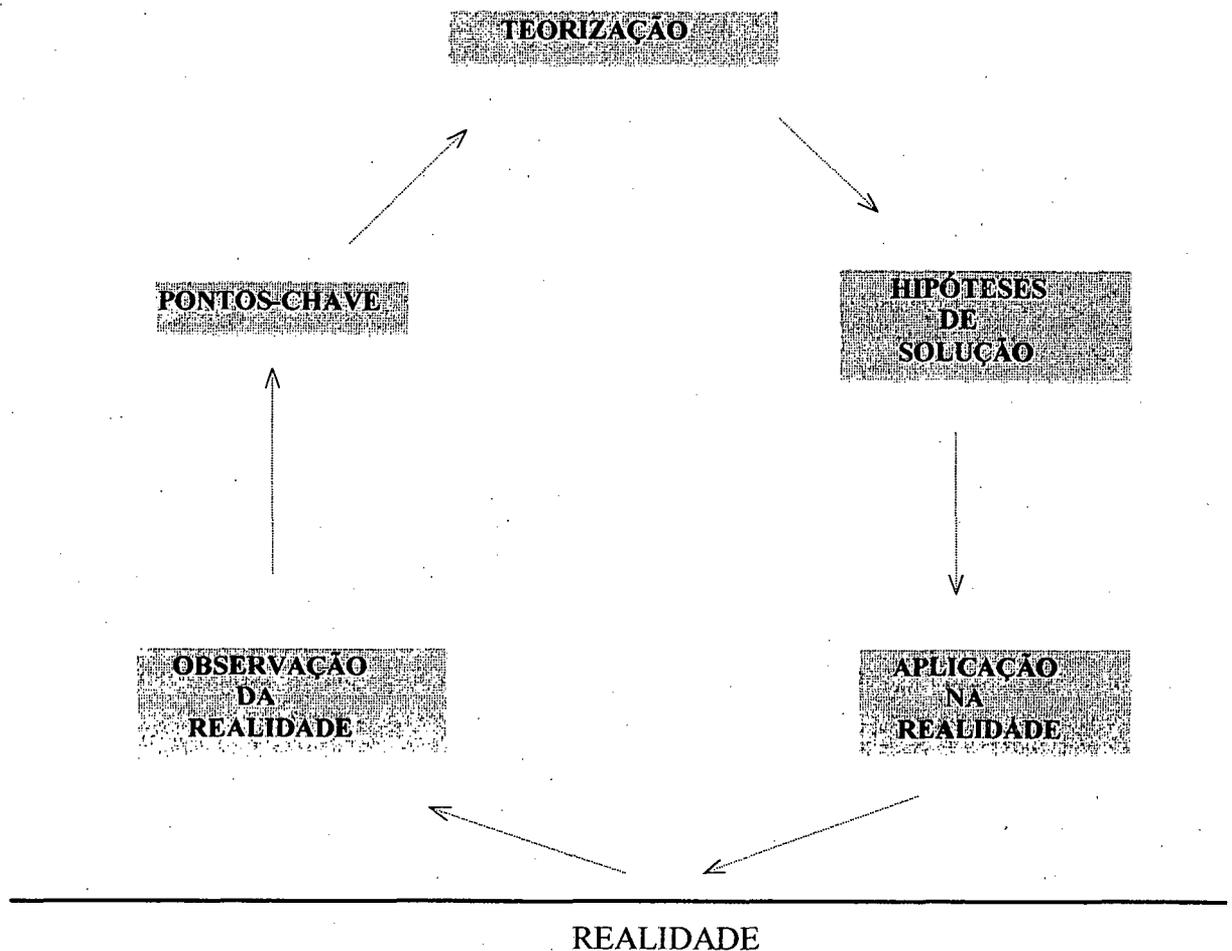
Com o confronto entre a realidade observada e a teorização, o indivíduo se vê, naturalmente, movido a formular hipóteses de solução para os problemas em estudo. Esta fase deve permitir a análise das ações propostas, colocando aos participantes a oportunidade de planejar, priorizar e decidir sobre estas ações.

Na última fase, os participantes compreendem e praticam as soluções que o grupo considerou viáveis e aplicáveis à realidade, preocupando-se em mudar sua forma de agir, seja individualmente ou na coletividade, contribuindo para a solução do problema, constituindo-se assim, o retorno à realidade transformada.

Conforme mostra o diagrama, denominado por Charles Maguerez de: Método do Arco.

## MÉTODO DO ARCO

Charles Maguerez



Fonte: Bordenave & Pereira (1998). Estratégias de Ensino – Aprendizagem

Bordenave & Pereira (1998), apontam a Metodologia Problematizadora, direcionada à educação, visando detectar situações-problema e buscar soluções por meio do diálogo entre as pessoas envolvidas, tendo como essência:

⇒ A comunidade envolvida e sua participação ativa por meio de um trabalho grupal;

⇒ A legitimação das situações-problema, a identificação de suas causas, sob a visão da comunidade envolvida e embasada na realidade;

⇒A busca de soluções vinculadas a esta realidade e de acordo com a dinâmica da comunidade.

Ao desenvolver esta dissertação fundamentada pela Metodologia Problematizadora, aos poucos fui me aproximando deste novo modo de conduzir o ensino-aprendizagem. Assim, optei em apresentar este estudo de uma forma que vai ao encontro desta metodologia, ou seja, os capítulos foram construídos e apresentados conforme o Arco de Maguerez:

⇒Observação da realidade: resgate do desenvolvimento dos trabalhos já realizados, constituindo-se no levantamento dos pontos-chave, realizado por meio da minha experiência profissional, levantamento da fonte básica de informação, ou seja, das fichas de notificação das doenças obrigatórias enviadas semanalmente pelas fontes notificadoras à Vigilância Epidemiológica e das entrevistas aplicadas às enfermeiras atuantes nas CCIH;

⇒Levantamento dos pontos-chave: apresentação e discussão dos pontos-chave e eleição dos mesmos. Primeiramente os pontos-chave foram selecionados por mim e na seqüência apresentados às enfermeiras participantes, quando elegemos os pontos-chave prioritários, bem como acrescentamos o que consideramos necessário;

⇒Teorização: sobre os pontos-chave selecionados para o trabalho do dia, constituindo-se na fase da teorização dos pontos-chave eleitos como prioritários pelo grupo;

⇒Hipóteses de solução: levantamento de hipóteses de solução pelos participantes do grupo, conforme possibilidade de aplicabilidade;

⇒Aplicação na realidade: retorno à realidade, para a aplicação das hipóteses de solução, consideradas viáveis sua aplicação.

### 3 - OBSERVAÇÃO DA REALIDADE

Para o desenvolvimento da observação da realidade, foram necessários três momentos: Primeiramente conhecer o local de desenvolvimento da pesquisa.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Este trabalho de pesquisa teve um cenário e torna-se necessário a sua contextualização para melhor compreensão do leitor. Apresento alguns aspectos demográficos, sociais, educacionais, epidemiológicos, econômicos, culturais e o sistema de saúde deste cenário.

O município de Cascavel, localiza-se na região Oeste do Paraná, tem uma população aproximada de 243.000 mil habitantes, segundo o IBGE, 1996<sup>1</sup>. Sendo que 16.156 habitam a área rural e 226.982 a área urbana da cidade. Possui uma área de 2.016.305 km quadrados, com um perímetro urbano de 75 km quadrados e está a 24° (graus) e 58 minutos de latitude sul e 53° (graus) e 26 minutos de longitude oeste de GREENWICH, com uma altitude média de 800 metros. A sede do município está distante 514 Km de Curitiba e limita-se ao norte com os municípios de Toledo, Tupãssi, Cafelândia

---

<sup>1</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estimativa Populacional - Censo Demográfico (Recenseamento Geral do Brasil, 1996).

e Corbélia; ao sul com Capitão Leônidas Marques, Boa Vista da Aparecida e Três Barras do Paraná; ao leste, com Braganey, Guaraniaçu e Catanduvas e ao oeste com Santa Teresa do Oeste, Céu Azul e Foz do Iguaçu (Secretaria Municipal de Saúde - Plano Municipal de Saúde, 1998/1999).

Seu relevo é constituído em sua maioria de áreas planas entrecortadas por espigões modestos, sob a forma de colinas e vales, onde correm os afluentes dos rios da região.

O clima é temperado mesotérmico e superúmido, com temperatura média anual em torno de 21°C. A região está sujeita a geadas, embora não sejam frequentes.

O município ocupa hoje posição entre os cinco mais populosos do Estado, com uma taxa de urbanização em torno de 95%. O ritmo de crescimento demográfico de Cascavel, se deu com muita ênfase nas décadas de 60 e 70, tendo por base a expansão da fronteira agrícola do Estado e a transformação de sua base econômica com a introdução de uma agricultura de exportação.

A região é predominantemente agrícola, porém com a política econômica do país, que inviabilizou a permanência do trabalhador rural em suas terras, estes transferiram-se para a periferia da cidade e com isso formaram-se várias favelas. Estes trabalhadores estão hoje, inseridos no mercado da mão de obra temporária, os conhecidos bóias-fria, ou até mesmo desempregados, dificultando a manutenção das necessidades elementares da família.

Cascavel, conta com uma rede hospitalar composta de sete (7) hospitais, sendo quatro (4) hospitais gerais privados e conveniados aos planos de saúde privados e ao Sistema Único de Saúde (SUS), um (1) hospital privado e conveniado aos planos de saúde, exceto o SUS, um (1) hospital público que absorve o maior número de internamentos, servindo como polo e ponto de referência para a região oeste do Paraná, um (1) hospital especializado na área de psiquiatria, vinte e oito (28) Unidades Básicas de Saúde e um (1) Centro Regional de Especialidades, funcionando a nível de consórcio, que atende vinte e três (23) municípios, possui ainda cinco (5) laboratórios bioclínicos, sendo um (1) público com a administração municipal e quatro (4) privados, conveniados ao SUS.

Todos os hospitais possuem a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), em sua estrutura de trabalho, que além das funções inerentes ao serviço, procedem

também as notificações das doenças obrigatórias. As equipes de trabalho, em alguns são melhores estruturadas e com diferentes profissionais atuando, entre eles o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e o médico, em outros, somente o enfermeiro compõe a CCIH e desempenha suas funções.

Portanto, no contexto histórico das Notificações das Doenças Obrigatórias, desta cidade, o enfermeiro, membro da CCIH, é quem realiza tal procedimento e também, mantém contato mais próximo com a Divisão de Vigilância Epidemiológica. No ambiente hospitalar, este mesmo enfermeiro, além de atuar na CCIH, faz parte de uma equipe de Enfermagem, onde mantém relações com os demais profissionais. Muitas vezes, além do serviço realizado junto a CCIH, atua também na assistência direta ao paciente, na coordenação e na administração dos serviços de Enfermagem.

Em Cascavel, no ano de 1998, os indicadores de saúde apontam como causas de mortalidade geral, ocupando o primeiro lugar o grupo dos sintomas sinais e afecções mal definidas, sendo responsável por 23,13% do total de óbitos, em segundo lugar, o grupo das doenças do aparelho circulatório, representando 19,01% dos óbitos. O terceiro grupo em importância, são as neoplasias, correspondendo 14,21% dos óbitos e como a quarta causa de mortalidade, o grupo das causas externas, responsável por 13,33% dos óbitos. Neste grupo, os acidentes de trânsito, suicídios e homicídios são as causas mais comuns, conforme a Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica Municipal - SIM (1998).

A mortalidade infantil, neste município no ano de 1998, teve como primeira causa algumas afecções originadas no período perinatal, responsável por 40,47% das mortes, em segundo lugar, os sintomas com sinais e afecções mal definidas, com 22,61%, a terceira causa foi o grupo das anomalias congênitas, com 20,23% e a quarta causa as doenças do aparelho respiratório, juntamente com as doenças infecciosas e parasitárias, representando 5,95% dos óbitos infantis, segundo a Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica Municipal - SIM (1998).

Também, neste ano (1998), as principais doenças de notificação obrigatória, em número absoluto e independente da fonte notificadora, foi a seguinte: hepatites - todas as formas, 211 casos, meningite 63, acidente por animal peçonhento 90, intoxicação 108,

Dengue 3 (importados)<sup>2</sup>, febre tifóide 1, febre reumática 2, AIDS 38, cisticercose 4, tuberculose 61, hanseníase 55, leishmaniose 9 (sendo 2 casos importados), sífilis congênita 8, DST (Doença Sexualmente Transmissível) 93, teníase 886, rubéola 6 e pênfigo 1, segundo a Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica Municipal - SINAN (1998).

A rede de ensino superior é composta de uma (1) Universidade Pública e cinco (5) Faculdades Privadas, criadas recentemente. Na área da saúde a Universidade Pública oferece cinco (5) cursos, Enfermagem, Medicina, Odontologia, Fisioterapia e Farmácia, sendo o curso de Enfermagem o mais antigo. Uma das Faculdades Privadas, também oferece o curso de Enfermagem.

Cascavel, com 48 anos de emancipação política e com perspectivas de muito desenvolvimento, recebe diariamente novos investidores e profissionais de todas as áreas, em busca de melhorias e novas expectativas de vida. Não fosse a política econômica e social, que reforça a exclusão, Cascavel poderia despontar como cidade de futuro promissor.

### 3.2 BUSCA DE INFORMAÇÕES NAS FICHAS EPIDEMIOLÓGICAS

Para a realização deste momento, levei em consideração minha experiência como enfermeira da Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, e os conhecimentos que fui adquirindo nos diversos anos em que trabalho nesta Divisão, a busca das informações por meio das fichas epidemiológicas, constituiu o segundo momento, da observação da realidade.

Semanalmente recebia as notificações e ao analisá-las, percebia que as informações, muitas vezes não representavam a realidade; eram tratadas simplesmente como cumprimento de uma obrigação, a alguém que estava solicitando. Ações deixavam de ser realizadas, os coeficientes de incidência e prevalência eram equivocados, pois as doenças de notificação obrigatória estavam surgindo e as pessoas estavam sendo hospitalizadas e para alguns profissionais da CCIH tudo estava dentro da normalidade.

---

<sup>2</sup> Caracteriza-se caso importado quando a contaminação ocorreu fora do município de residência do doente.

Isto foi gerando em mim confusões e inquietações, pois parecia que tudo estava bem claro, quanto às orientações da Vigilância Epidemiológica aos notificadores, no que se referia aos procedimentos e ações a serem realizadas e principalmente quanto ao papel do notificador.

Conforme escreve Pereira, (1995, p. 271): “A organização adequada de uma base de dados facilita, sobremaneira, à realização de estudos descritivos: de mortalidade, de morbidade, de pessoas expostas a um risco, de recursos, etc”.

A fonte básica de informação é caracterizada como um conjunto de dados e quanto melhor for a base de dados, mais precisos serão os resultados, assim compreendendo, já no segundo momento, pude conhecer a realidade das notificações, onde realizei um levantamento junto ao Serviço de Vigilância Sanitária e Epidemiológica Municipal, tendo como fonte básica, as fichas de notificações obrigatórias, ou seja, fui conhecer mais detalhadamente como estas, estavam sendo preenchidas e encaminhadas. Por meio destas fichas busquei todas as notificações enviadas pelos hospitais, semanalmente, no período de janeiro a julho de 1999, nas quais obtive informações concretas e relevantes para prosseguir com este trabalho.

A opção em estudar o processo de notificações das doenças obrigatórias em hospitais e não nas Unidades Básicas de Saúde, deu-se principalmente, pela quantidade das notificações, pela diversidade dos agravos e pela determinação das ações diante às notificações. Isto não significa que as Unidades Básicas de Saúde não necessitam notificar e não apresentem subnotificações, contudo, como as notificações são em menor quantidade, os problemas logicamente são menores. Este estudo, posteriormente, poderá ser estendido às Unidades Básicas de Saúde, como forma de melhorar o processo de notificação, bem como, o entendimento da sua importância no contexto da saúde. Dentro deste processo, pude encontrar fichas de notificação com campos não preenchidos, encaminhados tardiamente ao setor, bem como, conhecer o número de notificações realizadas pelos hospitais (Anexo 1<sup>3</sup>).

Observei o não preenchimento de alguns campos das fichas epidemiológicas, com informações ignoradas. Estas informações poderiam ser obtidas de várias maneiras: junto

---

<sup>3</sup> A caracterização das instituições hospitalares foi feita por letras para manter sigilo e anonimato das mesmas.

ao paciente, ainda hospitalizado; aos familiares ou responsáveis, aos funcionários do setor onde o paciente esteve internado; junto ao médico que o assistia ou até mesmo no prontuário. Porém, como estas informações não estavam explícitas em muitas destas situações, a Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica realizou visita domiciliar ou contato telefônico com o paciente ou familiares para obter as informações.

Também percebi que, em alguns casos acontecia o envio da Ficha Individual de Investigação - FII, (Anexo 2), sem a Ficha Individual de Notificação - FIN, (Anexo 3). Estes são dois instrumentos padronizados, que compõem o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).

A Ficha Individual de Investigação (FII), contém os elementos necessários ao conhecimento da situação epidemiológica relacionada ao caso notificado, possibilitando assim a obtenção de dados para o estabelecimento de fontes de Infecção e mecanismos de transmissão da doença para a aplicação das ações. E a Ficha Individual de Notificação (FIN), preenchida para cada paciente quando a suspeitas de ocorrência de um problema de saúde de notificação obrigatória, é encaminhada pela fonte notificadora à vigilância epidemiológica (Rouquayrol & Almeida, 1999).

Estes dados mostram que as subnotificações fazem parte da rotina de trabalho das CCIH, bem como, da equipe de trabalho do hospital, fazendo com que alguns casos de doenças ou agravos que não haviam sido notificados à Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, fossem identificados por meio de outras fontes.

Algumas destas notificações foram constatadas pela Vigilância Epidemiológica, por meio de outras fontes de notificações, tais como declarações de óbito, declarações de nascimentos, resultados de exames laboratoriais, informações da comunidade e imprensa, sendo necessário informar ao hospital para que este oficialize a notificação. Evidenciei a comunicação tardia das notificações das doenças, dificultando a tomada de decisão, bem como, o planejamento da ação de prevenção.

Estas outras fontes de notificações constituem-se em um valioso recurso de informação sobre a ocorrência de doenças e agravos para a Vigilância Epidemiológica e conseqüentemente, para a determinação das ações, fornecem ainda informações de casos que deixaram de ser notificados, como também novas variáveis para análises dos casos já

conhecidos. Seu uso deve ser estimulado, visando aprimorar a qualidade dos registros e compatibilizar as informações procedentes das diversas fontes de notificação (Rouquayrol & Almeida, 1999).

Os resultados dos exames laboratoriais, são considerados também fontes de notificação, pois estes complementam o diagnóstico de confirmação ou de descarte do caso, em outras situações, servem como fonte de conhecimento de casos que não foram notificados. A Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica de Cascavel, mantém uma rotina com os laboratórios bioclínicos da cidade, os quais encaminham diariamente cópias dos resultados de exames laboratoriais realizados, bem como, com o hemocentro, que encaminha trimestralmente listagem dos doadores de sangue, cujas doenças são de notificação obrigatória. Esta rotina tem contribuído para o conhecimento de novos casos e análise dos existentes.

As declarações de óbitos, também se constituem em fontes de notificação. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), estabelecido pelo Ministério da Saúde em 1975, utiliza um instrumento padronizado de coleta de dados, contendo informações sobre as características de pessoas, tempo, condições, causa básica e associada ao óbito (Rouquayrol & Almeida, 1999).

Estas declarações são recolhidas semanalmente pela Vigilância Epidemiológica, nos hospitais, onde, além da análise específica da declaração, alimenta o sistema de notificação das doenças obrigatórias. Encontrando causas de óbitos que necessitavam de notificação, nestes casos a vigilância solicita a CCIH do referido hospital, para proceder a notificação do caso.

Outro recurso utilizado, é o Sistema de Informação sobre Nascimento (SINASC), instituído em 1990, também pelo Ministério da Saúde e é um instrumento padronizado de coleta de dados, sendo preenchido pelos hospitais e instituições de saúde, em que realizam partos e nos Cartórios de Registro Civil, para os partos ocorridos em domicílio, sendo preenchido para toda criança nascida viva (Rouquayrol & Almeida, 1999).

Com referência a este sistema de informação, também existe uma rotina, na qual a Vigilância Epidemiológica, vai às referidas instituições, diariamente, recolhendo as

declarações de nascimento. Além de dados sobre as condições de nascimento, existem nestas declarações, informações quanto às doenças de notificações obrigatórias.

Por meio deste sistema os casos mais encontrados e que deveriam ser notificados, são os recém-nascidos de mulheres soropositivas, ou doentes de AIDS, rubéola, hepatite B e sífilis congênita. Nestes casos, além da necessidade da notificação, existem ações pré estabelecidas, sendo que, algumas ações necessitam ser realizadas imediatamente.

A imprensa e a população, fazem parte das outras fontes de notificação, muitas vezes, informações por elas veiculadas, são fontes importantes de dados, podendo esta informação ser um indício de que algo não está bem com referência à doença ou agravo da mesma. Estas fontes devem ser sempre consideradas para a investigação pois, o resultado do caso é que mostrará sua veracidade.

Após conhecer como as fichas de notificação estavam sendo preenchidas e encaminhadas, as entrevistas deram continuidade ao estudo, configurando o terceiro momento da observação da realidade.

### 3.3 ENTREVISTAS

A aplicação das entrevistas junto às enfermeiras, configurou o terceiro momento.

Considerando a interação como ponto fundamental para desenvolvimento deste trabalho e o alcance de seus objetivos, optei pela realização de entrevistas, como meio de coleta de dados, estas, contribuíram em muito para o início deste processo interativo.

Para Triviños (1995), a entrevista é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta de dados. É por meio da entrevista que se chega a certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. O informante seguindo a linha de seu pensamento e de suas experiências espontaneamente, começa a participar do conteúdo da pesquisa.

Lüdke & André (1986), salientam que a entrevista desempenha importante papel não apenas nas atividades científicas, como também em muitas outras atividades humanas. A relação que se cria por meio de uma entrevista é de interação, surgindo, com esta interação uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. Os autores colocam ainda que a vantagem desta técnica sobre as demais é que ela permite a captação imediata e coerente da informação desejada, praticamente sobre qualquer tipo de informação e sobre os mais variados tipos.

Segundo Minayo (1996), a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Por meio dela, o pesquisador busca obter informes contidos nas falas dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Os autores citados, concordam com a técnica da entrevista, bem como, com o relacionamento recíproco que deverá haver entre o entrevistado e o entrevistador.

Assim, visitando os sete (7) hospitais da cidade, expondo minha proposta junto às Chefiarias de Enfermagem e/ou Enfermeiras da CCIH, esclarecendo que se tratava de um estudo do curso de Mestrado, apresentava os objetivos de minha pesquisa, sua metodologia e esclarecia as dúvidas que surgiram, assegurava que a identidade tanto da instituição quanto do profissional seria preservada e que, as informações obtidas seriam utilizadas para fins de estudo. Neste momento ocorria a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Instituição (Anexo 4) e o Termo de Compromisso de Sigilo e Anonimato (Anexo 5).

Informava-os ainda de que poderiam desistir de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejassem.

Dentre os sete (7) hospitais, um (1) deles, se encontrava sem enfermeiro responsável pelas atividades da CCIH e estas, estavam sendo realizadas por vários enfermeiros. Considerando a natureza desta proposta, minha opção foi não incluir esta instituição neste momento. Desta forma, seis (6) enfermeiras de CCIH, participaram e colaboraram nesta pesquisa.

Na realidade pesquisada o enfermeiro é o responsável pelas atividades das CCIH, bem como pelas notificações, sendo este o motivo pelo qual o estudo foi realizado somente com estes profissionais.

Passando então, a preparar as entrevistas, iniciei a elaboração do instrumento a ser utilizado para a obtenção dos dados. A construção deste instrumento demandou tempo, requerendo muita atenção para que as questões que pretendia abordar estivessem contempladas na entrevista.

Segundo Lakatos & Marconi, (1995, p. 129),

*O teste piloto evidenciará` ambigüidade das questões, existência de perguntas supérfluas, adequação ou não da ordem de apresentação das questões, se são muito numerosas ou, ao contrário, necessitam ser complementadas etc. Uma vez constatadas as falhas, reformula-se o instrumento, conservando, modificando, ampliando, desdobrando ou alterando os itens*

Polit & Hungler (1995), enfatizam a necessidade de revisão do teste piloto, após o esboço do instrumento de coleta de dados, torna-se necessário uma revisão crítica, por outros que saibam como elaborar instrumentos e passar por uma pequena amostra de respondentes.

Realizei assim, o teste piloto do instrumento construído, verificando como estava e à necessidade de melhorias. Este instrumento foi testado com uma enfermeira que trabalhou algum tempo em CCIH, e que hoje trabalha na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), do mesmo hospital. Esta profissional aceitou prontamente em auxiliar-me, e após suas respostas, analisamos todas as questões onde aceitei suas sugestões que certamente, me foi de grande valia.

Foi um ir e vir, até que o instrumento estivesse pronto e pudesse ser aplicado, ficando estruturado com cinco (5) questões norteadoras (Anexo 6).

Marcamos a data e o horário para a realização das entrevistas. Nesta fase da observação da realidade, foram necessários quatro dias, sendo que no dia *30 de junho/99*, entrevistei duas enfermeiras, no dia *5 de julho/99*, duas enfermeiras, dia *6 de julho/99*, uma enfermeira e no dia *8 de julho/99*, a última entrevistada.

As entrevistas, duraram em média 50 minutos cada uma e foram realizadas sem gravação, evitando assim constrangimentos e inibições, para manter um relacionamento informal e atingir os objetivos propostos. Durante as falas, as respostas foram por mim anotadas, feito isto, procedia a leitura da comunicação verbal das questões abordadas aos entrevistados, dando-lhes espaço para corroborar o conteúdo tratado e possibilidades de complementações.

Segundo Triviños (1995), o registro das informações representa um processo complexo, não exclusivamente pela importância que nesse tipo de investigação adquire tanto o sujeito como o investigador, mas também pelas dimensões explicativas que os dados podem exigir. Podemos entender as anotações de campo, como todas as observações e reflexões que realizam sobre as expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as e fazendo comentários críticos. Também se enfatiza que as anotações de campo, constituem-se fundamentalmente na descrição por escrito de todas as manifestações (verbais, ações e atitudes, etc.), que o pesquisador observa do sujeito, as circunstâncias físicas que considera necessária, as reflexões do investigador em face da observação dos fenômenos.

Algumas dificuldades foram encontradas para a realização das entrevistas, mesmo tendo sido previamente agendado o dia e horário, em alguns locais foi necessário aguardar a enfermeira, pois a mesma estava atuando em outros setores que não a CCIH, tais como em Unidades de Internamento, ou respondendo pela Chefia de Enfermagem, confirmando assim que na maioria dos hospitais da cidade a enfermeira não tem dedicação exclusiva na comissão, interferindo inclusive no desenvolvimento das ações de Notificação das Doenças Obrigatórias. Esta, talvez, tenha sido a principal dificuldade encontrada pelas enfermeiras para realizar as ações de notificação.

Ao término dos encontros, após informar às participantes, que a próxima etapa consistiria em trabalhos de grupos, verificava o interesse das mesmas em permanecer no estudo pois apresentaria os resultados das entrevistas. Todas concordaram em participar da continuidade do trabalho, então íamos verificando as possibilidades de data, local e horário dos encontros, todas seriam previamente confirmadas, via telefônica.

Os dados emergentes refletiram a vivência destas enfermeiras que atuam em CCIH, quanto ao processo de Notificação das Doenças Obrigatórias. Percebi que elas sentiram-se

motivadas a participar na busca de soluções para os problemas emergentes, até porque suas experiências foram valorizadas.

Enfim, ao buscar conhecer a realidade das notificações obrigatórias realizadas pelas enfermeiras das CCIH, de seis (6) instituições hospitalares da cidade, vivenciei uma etapa de reflexão, de conhecimento, de informação e um enorme desejo de auxiliar na mudança desta realidade verificada.

#### **4 - LEVANTAMENTO DOS PONTOS-CHAVE**

De acordo com Bordenave & Pereira (1998), a identificação dos pontos-chave do problema, busca construir um modelo conceitual do problema em estudo, sendo sua finalidade organizá-lo de tal modo em sua estrutura, para que as relações entre as partes e o todo seja mais visível e transparente.

Meirieu (1998), refere-se aos pontos-chave como um esforço da pedagogia em situações-problema em organizar metodologicamente essa interação para que, na resolução do problema, a aprendizagem se realize. Isso supõe que se evitem simetricamente as escolhas de uma pedagogia da resposta e de uma pedagogia do problema, e que se tenha a certeza da existência de um problema a ser resolvido e, ao mesmo tempo, da impossibilidade de resolver o problema sem aprender.

Na metodologia problematizadora os pontos-chave compreendem facilidades e dificuldades, pontos comuns, relevantes e singulares, descrevendo seus diversos aspectos tais como são vivenciados. Valorizando o problema identificado, as pessoas envolvidas propõem equacionamentos e se dispõem a adotar medidas que assegurem progressiva melhoria nas atividades desenvolvidas.

Para a apresentação desta etapa, organizei-a em dois momentos distintos: a sistematização e a apresentação dos dados ao grupo.

#### 4.1 SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

Por meio de leituras e associações dos dados emergentes na observação da realidade, iniciei sua sistematização. Esta fase deu-se de maneira solitária, quando refletindo sobre as questões levantadas apontei os pontos-chave, para serem apresentados às enfermeiras, a fim de que, juntas, elegêssemos as prioridades. Saliento que as questões muito serviram, neste momento, como indicativo para a sistematização das entrevistas, até porque as respostas de umas repercutem nas outras, mostrando-se intimamente relacionadas.

Apresento então, as questões e os respectivos pontos-chave levantados:

⇒ *O que é para você não proceder as notificações das doenças obrigatórias?*

Pontos-chave:

⇒ *O comprometimento ao ser humano na ausência das notificações;*

⇒ *Questões éticas.*

O ponto-chave relativo ao *comprometimento ao ser humano, na ausência das notificações*, teve pelas enfermeiras a compreensão dos danos que a não notificação pode causar ao ser humano, bem como, suas implicações na família e sociedade, mediante ausência de ações preventivas, limitando-se às ações curativas, gerando mais gastos sejam aqueles intangíveis, como a dor o sofrimento ou mesmo, aqueles financeiros aos cofres públicos e ao próprio doente e família. Estes recursos poderiam estar sendo investidos nas ações de promoção, prevenção e no controle das doenças reemergentes ou até mesmo das emergentes.

As conseqüências da não notificação surgem nas falas:

*“Atinge ao doente, bem como sua família, interferindo no desenvolvimento de sua vida pessoal e social”* (enfermeira B<sup>4</sup>).

*“As ações preventivas deixam de ser realizadas”* (enfermeira C).

*“É deixar de conhecer o que acontece com as doenças em uma determinada localidade e suas conseqüências”* (enfermeira E).

Estes depoimentos vão ao encontro da realidade, pois as informações produzidas pela Vigilância Epidemiológica, funcionam como um mecanismo de alerta continuada, sobre a incidência de determinados agravos à saúde.

A notificação das doenças obrigatórias, tem como base recomendar ou iniciar ações oportunamente, a fim de circunscrever o problema, se possível, na fase inicial de expansão, reduzir os seus níveis de morbidade e mortalidade, ou até mesmo, eliminar o agravo à saúde, na localidade. Em algumas condições, o objetivo das ações é evitar a disseminação da doença para áreas onde a mesma não exista ou está sob controle (Pereira, 1995).

O segundo ponto-chave, a *questão ética*, foi abordado pelas enfermeiras:

*“A subnotificação acarreta danos ao paciente, interferindo em sua vida familiar e social”* (enfermeira A).

*“Pode comprometer a comunidade, pois não podemos realizar ações preventivas e sim curativas [...]. Este é um trabalho que envolve diversos profissionais para desenvolver as ações de prevenção e orientações podendo assim melhorar a qualidade de vida da população”* (enfermeira C).

---

<sup>4</sup> A identificação das enfermeiras, foi feita por letras para manter a mesma identificação das instituições hospitalares.

*“As subnotificações podem prejudicar outras pessoas até mesmo os funcionários, quando existe alguma doença transmissível e não são realizadas as ações corretas”* (enfermeira D).

*“[...] falta de compromisso e responsabilidade com as atividades desenvolvidas pela CCIH”* (enfermeira F).

A enfermeira F referiu-se a equipe de trabalho, pois seus integrantes acreditam que as notificações são de competência somente de quem trabalha na CCIH, que ela necessita rodar o hospital e ir em busca da informação, das notificações, realizar busca ativa dos casos. Sente-se sozinha nesta caminhada.

As atividades profissionais da equipe de saúde, necessitam da observação dos postulados éticos bem definidos e compatíveis com o interesse da comunidade. O aprimoramento do comportamento ético do profissional de saúde, passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional, configurado pela responsabilidade do plano das relações de trabalho, com reflexos nos campos técnicos, científicos e políticos.

Segundo Germano (1996), a ética na Enfermagem tem sido abordada desde o primeiro curso no Brasil, em 1923, no Rio de Janeiro, na então Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), hoje denominada Escola Ana Néri, sua história corre paralelamente a história da profissão, assim sendo, sofre influências dos princípios que norteiam seus marcos conceituais, dos objetos que embasam a criação de entidade de suas lutas ideológicas.

O Código de Ética Profissional reúne normas e princípios, direitos e deveres, pertinentes à conduta do profissional que deverá ser assumida por todos. Leva-se em consideração, a necessidade e o direito de Assistência de Enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na clientela e pressupõe que os Agentes de Trabalho da Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade sem risco e acessível a toda a população (Coren - SP, 1996 - 1999).

À luz do Código de Ética Médica e de Enfermagem, ambas são profissões comprometidas com a saúde do ser humano e da coletividade, tendo obrigação de protegê-lo, contra danos decorrentes de imperícia, negligência, omissão ou imprudência. Muitas vezes nos deparamos com Serviços de Controle de Infecção Hospitalar, obsoletos que restringem-se a simples existência legal e cujas atividades de planejamento de promoção, prevenção e reabilitação inexistem. Iludem-se os profissionais e instituições que acreditam que somente cumprir uma legislação, livra-os da responsabilidade ético-legal. É condição relevante a comprovação de suas atividades, no sentido de atender ao seu papel enquanto profissional, do seu contínuo aperfeiçoamento e atualização, na contínua busca da melhoria do processo de notificação, que este profissional desenvolve junto à CCIH. Logicamente cabe aos demais profissionais da saúde igualmente atender e entender a finalidade deste trabalho, devendo este ser prioridade de todos, e não somente dos membros da CCIH. Esta atividade, é uma forma de promover a saúde, prevenir doenças e reabilitar as condições de desgastes, resultante de uma doença ou agravo ao ser humano.

O surgimento de uma doença de notificação obrigatória, por si só, não é sinal de que alguma coisa tenha ocorrido errado, no contexto da assistência prestada pelos profissionais, ou pela instituição de saúde. Contudo são muitas vezes evitáveis para seus comunicantes, tratando-se de doenças transmissíveis. Esta responsabilidade ético legal é da equipe de trabalho como um todo, envolvendo os diversos profissionais e serviços que prestam assistência aos pacientes. Estes profissionais não podem se esquecer que o alvo da atenção é o paciente e suas relações família/comunidade, que as notificações devem ser desempenhadas de modo seguro, competente e responsável.

A segunda questão abordada contemplou: *quais as dificuldades encontradas pela CCIH, para proceder as Notificações das Doenças Obrigatórias?* De suas respostas emergiram os seguintes pontos-chave:

⇒ *Ausência de diagnóstico médico;*

⇒ *Burocracia;*

⇒ *Desconhecimento;*

⇒ *Falta de envolvimento dos demais enfermeiros da instituição hospitalar;*

⇒ *Rotatividade de pessoal/excesso de trabalho/ausência de enfermeiro exclusivo na CCIH.*

O ponto-chave pertinente a *ausência de diagnóstico médico*, surgiu nos seguintes registros:

*“Realizo a busca no prontuário e na maioria das vezes não encontro o diagnóstico e os dados relativos a sintomatologia do paciente”* (enfermeira A).

*“Excesso de burocracia, falta de diagnóstico médico e o descomprometimento dos demais profissionais que prestam assistência”* (enfermeira C).

*“Muitas vezes sou cobrada de determinadas notificações que estão na declaração de óbito, o médico assina a declaração, coloca o diagnóstico e não comunica a existência do caso”* (enfermeira D).

Estas enfermeiras estão pontuando sobre a ausência da informação escrita, nos documentos hospitalar bem como no prontuário do paciente, quando fazem referência a ausência do diagnóstico médico, encontram dificuldades para saber porque o paciente está internado, dificultando assim a comunicação do caso e conseqüentemente a notificação.

A ausência do diagnóstico médico, está presente na realidade do Sistema de Saúde Brasileiro, talvez pela incerteza do mesmo, ou constrangimento por pensar que comunicando está expondo o paciente a outras pessoas. O atual modelo de saúde, está centrado na figura do médico e nas ações curativas, voltadas aos atendimentos e tratamentos de alta tecnologia, subestimando as ações preventivas. Pereira (1995), refere-se a ausência do diagnóstico, como a incerteza do mesmo, tentativa de escondê-lo, pelo constrangimento que poderá ocasionar ao paciente.

*A medicina atual, apoiada no modelo biomédico, tem incidido exclusivamente no corpo, seus sintomas e sinais, esquecendo a pessoa e o seu sofrimento, os corpos não sofrem, mas as pessoas sofrem. [...] No palco da medicina moderna tem*

*existido um lugar proeminente para os corpos, mas não tem havido lugar para as pessoas. A platéia tem estado preenchida de médicos e de investigadores que visam alcançar a última causa da doença, através da análise desses corpos desumanizados* (Reis, 1998, p.50).

O segundo ponto-chave desta questão, foi *a burocracia*, ou seja, a burocracia quanto ao preenchimento das fichas epidemiológicas de notificações, quando as enfermeiras citam que ao realizar este procedimento, gastam muito tempo, porque necessitam preencher vários campos existentes nas fichas, referindo-se a isto como “excesso de burocracia”. Para Vaughan & Morrow (1997), as notificações das doenças obrigatórias, caracterizam-se por utilizar formulários complexos e que são preenchidos por burocratas.

Esta atividade pode ser considerada burocrática, porém essencial, para conhecer a situação de incidência e prevalência de morbidade e mortalidade de uma determinada localidade e a partir disto poder traçar as políticas públicas de saúde, bem como as ações de promoção, prevenção e reabilitação de um determinado agravo à saúde da população. Pode também evitar complicações como as seqüelas que poderão ser temporárias ou permanentes, influenciando individual ou coletivamente a vida do ser humano.

Acredito que, o melhor argumento para modificar esta concepção quanto a burocracia, seja a sensibilização sobre a importância das notificações das doenças obrigatórias, pois mesmo se o impresso existente atualmente, fosse alterado, este fato por si só, não modificaria o pensamento e ação dos profissionais, necessitados de maior sensibilização quanto à importância das notificações das doenças obrigatórias.

*O desconhecimento dos profissionais da importância das notificações*, foi um ponto-chave levantado nesta segunda questão:

*“Existe o desconhecimento dos demais profissionais da importância vital das notificações ao ser humano”* (enfermeira B).

*“Descomprometimento das enfermeiras que prestam assistência, pois pensam que esta atividade é exclusiva da CCIH”* (enfermeira C).

*“Falta de um profissional exclusivo na CCIH, para desenvolver as atividades”*  
(enfermeira F).

Rouquayrol (1994, p. 424), refere que;

*[...] existe um certo descaso pela notificação ou o desconhecimento da sua importância por parte dos médicos e de outros profissionais da área de saúde [...]. Por tratar-se de assunto específico e essencialmente técnico, é mais importante a conscientização do profissional de saúde sobre a sua importância de notificá-lo do que fazê-lo coercitivamente.*

Concordo com a autora, quando se refere ao desconhecimento da importância das notificações pelos profissionais da saúde e acredito em mudanças quando nós, seres humanos estivermos plenamente esclarecidos do processo, suas implicações e utilizações, caso contrário, continuaremos reproduzindo ações sem refletir sobre suas conseqüências.

Outro ponto-chave, desta questão foi a *rotatividade de pessoal*.

As falas das enfermeiras explicitam esta dimensão:

*“A rotatividade de pessoal da Enfermagem, dificulta a realização do trabalho”*  
(enfermeira B).

*“A CCIH, não têm um profissional exclusivo para realizar esta atividade”*  
(enfermeira F).

*“Atuamos com pouco pessoal na equipe de Enfermagem e com excesso de trabalho, pois realizo outras funções além das notificações e isto dificulta o desenvolvimento do trabalho”* (enfermeira D).

*“A principal dificuldade é o acúmulo de atividades, ou seja a inexistência de um enfermeiro exclusivo para a CCIH, a fim de desenvolver as atividades”* (enfermeira F).

A rotatividade de pessoal, tanto na CCIH, como na equipe de Enfermagem, é uma das dificuldades encontradas para proceder as notificações. Além da necessidade em conhecer a realidade da instituição em que trabalha e suas características, o enfermeiro precisa compreender o processo de notificação e as demais ações desenvolvidas pela comissão. A rotatividade de pessoal, a diminuição no número de trabalhadores da área de saúde e até mesmo a ausência de pessoal em alguns setores é reflexo da situação social pela qual passa o país, bem como, a desqualificação profissional para atuar em determinados setores e cargos.

*Diante da baixa remuneração salarial, benefícios que são ilusórios, o trabalhador, movido pela necessidade de reproduzir-se socialmente, muda frequentemente de emprego. Em geral isto ocorre entre os próprios hospitais, muitas vezes por pequenas diferenças salariais ou benefícios, determinando assim a rotatividade (Anselmi, 1997, p. 245).*

Além das questões salariais, a rotatividade de pessoal pode estar diretamente relacionada com o intenso ritmo de trabalho, carência de materiais e equipamentos, exigindo maior criatividade quanto as ações de improvisação, demandando esforço físico e psicológico do trabalhador em suas atividades rotineiras. A jornada de trabalho diária é outro possível fator de rotatividade, principalmente quando não contempla as necessidades dos trabalhadores para conciliar outro trabalho.

Neste ponto-chave, necessitamos pontuar quanto ao excesso de trabalho, bem como a falta de um enfermeiro exclusivo na CCIH, como podemos perceber na colocação da enfermeira D:

*“Atuamos com pouco pessoal na equipe de Enfermagem, [...] excesso de trabalho, pois realizo outras funções além das notificações e isto dificulta o desenvolvimento do trabalho”.*

O profissional de Enfermagem muitas vezes vê-se forçado a aceitar determinadas condições de trabalho, um contrato que submete-o a ser um “super enfermeiro”, devendo dar conta da assistência, da chefia e muitas vezes também da CCIH. Estes profissionais necessitam trabalhar seriamente para demonstrar qual o seu papel em uma equipe de

trabalho, quais são suas responsabilidades, recordar que existe um código de ética que regulamenta a profissão e sobre tudo, lembrar que somos seres humanos e que temos limitações, não podemos ser eficientes e competentes em todos os setores ao mesmo tempo.

Neste momento apresento a terceira e quarta questão juntas, pela proximidade dos pontos-chave levantados. A terceira questão, constituiu-se em: *como você percebe as subnotificações?* E a quarta, *como acontece a retroalimentação e/ou orientações da Vigilância Epidemiológica à CCIH?*

Nas quais os pontos-chave emergentes foram:

⇒ *Subnotificação;*

⇒ *Falta de comunicação;*

⇒ *Informação.*

Com referência às subnotificações, foi unânime a afirmação de que elas existem. As enfermeiras relatam que se intensificam nos finais de semana, quando a CCIH não atua e o serviço deixa de ser priorizado pelo enfermeiro que realiza a supervisão da equipe de trabalho. Isto demonstra mais uma vez a pouca importância dada as ações de notificação, somado a isto a falta de pessoal e a necessidade de “dar conta” das atividades da assistência e da famosa supervisão realizada pelos enfermeiros, pois, caso algo “saia errado” terá que justificar-se. Assim sendo, a supervisão assume papel fundamental, principalmente nos finais de semana e feriados e as ações de notificações são deixadas para a segunda-feira, quando a enfermeira da CCIH, retorna ao trabalho.

Nas atividades pertinentes ao trabalho do enfermeiro, a supervisão em suas diferentes finalidades: de ensino, controle e articulação política, foi referida por ser uma das dificuldades encontradas para realizar as notificações das doenças obrigatórias. Conforme demonstra as falas:

*“Não tem como negar, que elas existem, isto acontece com maior intensidade nos finais de semana e feriados, quando a CCIH, não atua e a equipe de Enfermagem trabalha com esquemas de supervisão”* (enfermeira A).

*“Isto acontece devido a interrupção do trabalho nos finais de semana”* (enfermeira B).

*“Elas existem com frequência”* (enfermeira D).

*“Elas existem sim”* (enfermeira F).

Anselmi, (1997), pressupõe que a atividade de supervisão não vem sendo realizada pelas enfermeiras, e os elementos da Enfermagem, continuam desenvolvendo seu trabalho com baixa qualificação. A enfermeira ao desenvolver atividades gerenciais na modalidade funcional de organização do trabalho, controla o trabalho das demais categorias, intermediando assim, a produtividade institucional.

A assistência direta ao doente é uma das atividades que tanto tem se discutido na Enfermagem, resgatando assim o lugar do enfermeiro junto ao paciente, prestando cuidados. Por muito tempo esta atividade foi relegada como inferior, o enfermeiro ocupava cargo de chefia, administrativo, entre outros. Entretanto, penso que o enfermeiro não poderá realizar bons trabalhos, dividindo-se entre a CCIH e outros setores.

No momento em que o setor saúde, e a Enfermagem, enquanto partes integrantes dele, passa por um processo de transformação no seu modo de organizar a assistência à saúde da população e através dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), os efeitos e impactos da grave situação econômica, têm imprimido mudanças nas condições de trabalho da Enfermagem, evidenciando dificuldades em prestar assistência que possa assegurar, em alguns aspectos a viabilidade dos princípios de universalização e integralidade das ações de saúde.

Para Carvalho & Santos (1995, p. 71),

*Ao reconhecer que o estado de saúde, expresso em qualidade de vida, pressupõe condições econômicas e sociais favoráveis ao bem-estar do indivíduo e da coletividade, e confere ao SUS o poder de formular políticas de saúde destinada a interferir nos campos econômico e social para prevenir doenças e outros agravos.*

Estão incluídas também no campo de atuação do SUS, a execução das ações de Vigilância Epidemiológica, objetivando a promoção, prevenção e a recuperação da saúde individual e coletiva.

Para Teixeira et al. (1998), as subnotificações constituem-se em uma das principais dificuldades encontradas pela Vigilância Epidemiológica, pois não são priorizadas nos serviços de saúde públicos e privados. Segundo Rouquayrol & Almeida (1999), as notificações nem sempre são realizadas, o que ocorre por desconhecimento da sua importância e, também por descrédito nas ações que dela possam resultar.

Apesar da obrigatoriedade da notificação, vários elementos contribuem para a subnotificação, entre eles a própria dificuldade em se fazer cumprir a lei. Os serviços de saúde que trabalham com as notificações das doenças obrigatórias, muitas vezes não têm credibilidade o suficiente para que estas ações tornem-se efetivas. pois, muitas vezes a distância existente entre Vigilância Epidemiológica e as fontes notificadoras, favorece o surgimento do descrédito e de que providências possam ser tomadas, com as notificações realizadas.

O segundo ponto-chave desta questão, foi *a falta de comunicação*, sendo este um fator que contribui para a ocorrência das subnotificações, conforme constatado:

*“[...] a Enfermagem pouco informa a existência de casos que necessitam ser notificados”* (enfermeira D).

*“Ausência da comunicação das notificações trás conseqüências para o ser humano, bem como para população”* (enfermeira E).

A palavra comunicação, é originária do termo latino *communis*, significa tornar comum, compartilhar experiências, disposição que é própria do homem em sociedade (Pinheiro & Gonçalves, 1997).

A falta de comunicação constitui-se em fator importante para a existência da subnotificação. Para Bordenave & Pereira (1998), a boa comunicação depende não só da aprendizagem, mas também do respeito mútuo, da cooperação e da criatividade. Comunicar, é fazer pensar, é estimular para identificação e resolução de problemas; é ajudar a criar novos hábitos de pensamento e de ação.

Deverá haver interação entre Vigilância Epidemiológica e as fontes notificadoras, sendo o respeito pela fonte notificadora essencial. Cooperação nos trabalhos de notificação, realizar e comunicar a tomada de decisão/ação à fonte notificadora, bem como retroalimentá-la, são formas de valorizar o trabalho dos notificadores.

Stefanelli (1993), salienta que a comunicação, é também uma necessidade humana básica, sem a qual a existência do ser humano seria impossível. Comunicação esta que permeia toda ação da enfermeira, além de ter consciência do fato a enfermeira precisa conhecer como se dá o processo em sua prática para que o outro a considere um elemento de ajuda, capaz e eficiente, com que ela possa interagir, partilhar suas idéias, anseios, sofrimentos e necessidades.

Bordenave (199 ), escreve que a comunicação na saúde, entre outras, tem a função de facilitar a organização e a participação coletiva, bem como a reflexão, propiciando desta forma a discussão, a troca de experiências e os encaminhamentos de soluções para os problemas. Na relação com o grupo, o diálogo é uma maneira de comunicação, devendo existir uma relação de igualdade, entre os elementos participantes.

O ponto-chave pertinente a informação, teve o seguinte entendimento:

*“Recentemente passei a receber dados estatísticos das notificações gerais da cidade”* (enfermeira A).

Esta enfermeira, diz que não recebe retorno dos casos notificados, somente dados estatísticos.

*“Recebo retorno dos dados solicitados”* (enfermeira B).

*“Pode melhorar”* (enfermeira C). Esta enfermeira, relata que tem retorno das solicitações efetuadas, porém faz a ressalva de que pode melhorar.

*“Sempre tenho retorno das solicitações, podendo melhorar”* (enfermeira E).

Esta retroalimentação pode ser melhorada, os dados precisam chegar com maior frequência às fontes notificadoras, para que possam transformá-las em informação e desenvolver ações específicas. A enfermeira da instituição A, coloca que ultimamente está recebendo os dados das notificações, porém em momento algum, fez referência quanto à análise destes dados, e quais as ações foram realizadas.

A retroalimentação é uma função do sistema de notificação e considero fundamental para a reformulação dos programas e atividades desenvolvidas. Será mais útil quanto melhor for a qualidade da informação gerada, assim, vale rever a qualidade desta informação, tanto pelas fontes notificadoras, como pela Vigilância Epidemiológica. Rouquayrol & Almeida (1999), enfatizam que a retroalimentação é um dos pilares do funcionamento do sistema de vigilância, e é o compromisso de responder aos informantes, de forma adequada e oportuna. Fundamentalmente, a retroalimentação consiste no retorno regular de informações às fontes notificadoras, demonstrando a sua contribuição no processo. O conteúdo da informação fornecida deve responder às expectativas criadas nas fontes, podendo variar desde a simples consolidação dos dados, até análises epidemiológicas complexas, correlacionadas com as ações de controle.

A informação é necessária para praticamente todos os envolvidos no sistema de saúde, para que sejam intercambiadas de forma eficiente e no momento oportuno (Vaughan & Morrow, 1997).

A credibilidade do sistema depende dos profissionais de saúde, bem como da comunidade, sentindo-se contribuintes e participantes do processo, assegurando a continuidade e aperfeiçoamento do mesmo.

A Vigilância Epidemiológica por si só não existe, pois necessita das fontes notificadoras para emitir as informações sobre as doenças e agravos e então analisá-las, planejar as ações específicas, conhecendo assim, os indicadores de saúde de uma determinada população numa determinada localidade.

Vaughan & Morrow (1997), recomendam que a informação deve ser usada para melhorar o planejamento de programas de saúde e das atividades de controle das doenças. Se a informação não for utilizada, a organização de um sistema de notificação e de vigilância terá sido apenas uma perda de tempo e de dinheiro, e um desperdício do potencial da equipe de trabalho.

Na quinta questão estudada:

*Qual o seu entendimento quanto as doenças de notificação obrigatória?* Levantou-se como pontos-chave:

⇒ *Doenças de notificação obrigatória;*

⇒ *Subsídios para conhecer o perfil epidemiológico.*

O ponto-chave quanto as doenças de notificação obrigatória, ficou assim representado nas falas das enfermeiras:

*“São as doenças transmissíveis que devem ser tomadas providências para bloquear a sua transmissão”* (enfermeira A).

*“São informações de vital importância ao ser humano”* (enfermeira B).

*“[...] incluem as doenças que preocupam a saúde de toda a população, para ocorrer o controle das mesmas”* (enfermeira C).

*“São necessárias notificar, para evitar que outras pessoas se contaminem”* (enfermeira D).

*“São doenças de interesse epidemiológico e que necessitam de notificação para o seu controle”* (enfermeira F).

Nesta abordagem, as doenças de notificação obrigatória, são entendidas como doenças transmissíveis e suas implicações ao ser humano.

Inicialmente significava a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos. Tratava-se, da vigilância de pessoas, com base em medidas de isolamento ou quarentena, aplicadas individualmente, e não de forma coletiva (Rouquayrol & Almeida 1999).

A notificação de doenças obrigatórias, atualmente não está restrita às doenças transmissíveis, mas inclui também, outras doenças e agravos que possam agredir o ser humano, interferindo em sua vida individual e coletiva, quanto às questões de trabalho, sociedade e família.

O ser humano não é vítima passiva da sua biologia ou do seu patrimônio genético, ou do seu ambiente físico e social. O ser humano participa ativamente na sua própria evolução e construção (Reis, 1998).

O ser humano está longe de ser um elemento passivo, as ações influenciam a sua evolução, diante disto, considero o ser humano como inacabado, necessitando de conhecimentos para construir sua evolução.

Segundo Pereira (1995), atualmente Vigilância Epidemiológica está sendo aplicada a qualquer evento relacionado com a saúde da população e não especificamente às doenças.

O segundo ponto-chave, *subsídios para conhecer o perfil epidemiológico*, teve a seguinte dimensão nas falas das enfermeiras:

*“É uma forma de conhecer o perfil das doenças em uma determinada localidade. [...] Podemos perceber o retorno das doenças que pareciam adormecidas, bem como sua incidência, faixa etária e localidade mais atingida”* (enfermeira B).

*“As notificações incluem as doenças que preocupam a saúde de toda a população, para ocorrer o controle da mesma, demonstra a situação epidemiológica desta localidade e o seu desenvolvimento”* (enfermeira C).

*“São importantes, pois através delas é que conhecemos o perfil de uma determinada localidade”* (enfermeira E).

*“Doenças que são de interesse epidemiológico e que necessitam de notificação”* (enfermeira F).

O conhecimento do perfil epidemiológico em uma determinada região ou localidade, é um dado considerado fundamental para que as políticas de saúde possam ser adotadas com o objetivo de diminuir a incidência e a prevalência das doenças, bem como, definir medidas de promoção, prevenção e reabilitação, melhorando assim, as condições de vida e saúde da população.

Este ponto-chave, teve a compreensão das enfermeiras que as notificações das doenças obrigatórias auxiliam no conhecimento da situação epidemiológica de uma determinada região.

Além desta discussão, as notificações influenciam também nas questões políticas, como a viabilização de projetos e programas, determinam os indicadores de saúde utilizados para auxiliar a descrever a situação existente e para avaliar mudanças ou tendências durante um determinado período de tempo. Os indicadores de saúde, também analisam o grau de comprometimento de determinada localidade com as políticas de desenvolvimento dos programas de saúde, avaliando seu impacto.

*É essencial conceber um sistema de informação como um instrumento para o processo de tomada de decisões, seja na dimensão técnica, seja na dimensão de políticas a serem formuladas e implementadas; o sistema de informação deve ser concebido pois, na qualificação de suas ações, como produtor de conhecimentos e como descritor de uma realidade* (BRASIL, 1995).

Assim, partindo da observação da realidade se configurou a sistematização dos pontos-chave, que foram abordados pelas enfermeiras participantes deste estudo.

#### 4.2 APRESENTAÇÃO DOS DADOS AO GRUPO

Conforme o Método do Arco, proposto à utilização da Metodologia Problematizadora, faz uma abordagem participativa, valorizando a vivência dos elementos, direcionada a detectar as situações-problema e buscar as soluções por meio do diálogo e a teorização entre os elementos envolvidos.

Deste modo, busquei uma forma de atividade onde as enfermeiras realizassem operações de desenvolvimento intelectual, desde a descrição e definição da realidade, a comparação, e a relação entre os fatos, na tentativa de explicá-los e avançar na compreensão de seus determinantes, até o exercício do planejamento de ações concretas.

Esta forma foi desenvolvida através dos trabalhos em grupo, sendo que, a participação nos trabalhos, constituiu-se em uma estratégia comunitária, e a aprendizagem ocorreu quando os elementos envolvidos no estudo participaram e juntos buscaram soluções para os problemas levantados.

O número de encontros foi definido pelo grupo, conforme sua necessidade. O local destinado foi a sala de reuniões da Secretaria de Saúde de Cascavel, o horário previsto para o início dos trabalhos foi às 09:30 horas e o término às 10:30 horas e a confirmação da data, bem como do local, foi feito via telefônica. Durante a realização dos trabalhos em grupo, as falas foram por mim anotadas, contando com a ajuda de uma colega do setor de Vigilância Epidemiológica. Estes dados foram posteriormente por mim condensados, analisados e serviram de subsídio para as etapas subsequentes.

O primeiro momento da teorização foi realizado no dia *22 de julho/99*, no horário pré estabelecido e teve como objetivo a continuidade das reflexões propostas anteriormente e a partir disto, planejou-se as ações para a aplicação na realidade.

Iniciamos com as apresentações dos elementos envolvidos, lembrei a proposta inicial deste estudo, bem como meus objetivos, ansiedades e expectativas, verbalizando as

etapas que iríamos seguir, o resgate do desenvolvimento do trabalho já realizado junto às fichas epidemiológicas e às entrevistas também já realizadas.

Neste momento reflexivo apresentei a sistematização dos dados, e juntas buscamos discutir e priorizar os pontos-chave que sustentaram a fase da teorização. Vale ressaltar que a apresentação da sistematização dos dados está de forma didática.

Os pontos-chave emergentes durante a organização dos dados, são:

⇒ *Questão 1 - O que é para você não proceder as notificações das doenças obrigatórias?*

→Pontos-Chave:

→ *O comprometimento ao ser humano na ausência das notificações;*

→ *Questões éticas.*

⇒ *Questão 2 - Quais as dificuldades encontradas pela CCIH, para proceder as notificações das doenças obrigatórias?*

→Pontos-Chave:

→ *Falta de diagnóstico médico;*

→ *Burocracia;*

→ *Desconhecimento;*

→ *Falta de envolvimento dos demais enfermeiros da instituição hospitalar;*

→ *Rotatividade de pessoal/excesso de trabalho/ausência de enfermeiro exclusivo na CCIH.*

⇒ *Questão 3 - Como você percebe as subnotificações?*

→Pontos-Chave:

→Subnotificações;

→Falta de comunicação.

⇒Questão 4 - *Como acontece a retroalimentação e/ou orientação da Vigilância Epidemiológica à CCIH?*

→Pontos-Chave:

→Informação.

⇒Questão 5 - *Qual o seu entendimento quanto as doenças de notificação obrigatória?*

→Pontos-chave:

→Notificação das doenças obrigatórias;

→Subsídios para conhecer o perfil epidemiológico.

**Quadro I - Questões abordadas e os pontos-chave emergentes**

<b>Questões Abordadas</b>	<b>Pontos-Chave Emergentes</b>
1.O que é para você não proceder as notificações das doenças obrigatórias?	⇒O comprometimento ao Ser Humano na ausência das notificações; ⇒Questões éticas.
2.Quais as dificuldades encontradas pela CCIH, para proceder as notificações das doenças obrigatórias?	⇒Falta de diagnóstico médico; ⇒Burocracia; ⇒Desconhecimento; ⇒Falta de envolvimento dos demais enfermeiros da instituição hospitalar; ⇒Rotatividade de pessoal/excesso de trabalho/ausência de enfermeiro exclusivo na CCIH.
3.Como você percebe as subnotificações? 4.Como acontece a retroalimentação e/ou orientação da Vigilância Epidemiológica à CCIH?	⇒Subnotificações; ⇒Falta de comunicação; ⇒Informação.
5.Qual o seu entendimento quanto as doenças de notificação obrigatória?	⇒Notificação das Doenças Obrigatória; ⇒Subsídios para conhecer o perfil epidemiológico.

Neste quadro apresento de forma sistematizada as questões abordadas e os pontos-chave emergentes, a partir da sistematização dos resultados das entrevistas. Ao apresentá-los ao grupo, os pontos-chave foram então, validados e pudemos eleger as prioridades.

O grupo eleger os pontos prioritários, críticos, comuns e relevantes para ser trabalhados neste dia:

⇒ *Notificação das doenças obrigatórias;*

⇒ *Subnotificação;*

⇒ *Preenchimento das fichas epidemiológicas.*

Saliento que o preenchimento das fichas epidemiológicas, não foi por mim contemplado como ponto-chave, porém o grupo entendeu ser necessário trabalhar esta questão também neste dia, pois o preenchimento das fichas epidemiológicas permeiam o processo de notificação. Esta inclusão evidencia o movimento dinâmico desta Metodologia Problematizadora.

Para o segundo encontro, que aconteceu no dia *12 de agosto/99*, o grupo elegeu como pontos-chave:

⇒ *A sobrecarga de trabalho/rotatividade de pessoal e a ausência de enfermeiro exclusivo na CCIH;*

⇒ *Ausência de diagnóstico médico;*

⇒ *Falta de envolvimento dos demais enfermeiros da instituição hospitalar.*

Acredito não ser possível pensar em procedimentos didáticos e conteúdos a serem trabalhados nos grupos de forma estanque, pois é necessário sua inserção na reflexão do cotidiano e ir ao encontro dos anseios, necessidades e objetivos do grupo, bem como não é possível ao mediador estabelecer seus objetivos alheio a realidade e necessidades do mesmo.

Bordenave (199\_), enfatiza que para a enfermeira, como educadora, não basta o conhecimento dos aspectos técnicos e científicos de sua profissão, são necessários o planejamento participativo, o conhecimento dos processos técnicos e sociais nos campos da Comunicação, Educação, Participação e Planejamento.

A dinâmica dos encontros dependeu em vários momentos dos assuntos já abordados, alguns se repetiram e outros foram mais amplamente discutidos, fluindo conforme à necessidade e anseios do grupo. Mesmo assim, mantivemos a previsão do

horário estabelecido previamente e as discussões estavam centralizadas no tema e objetivos propostos.

“O diálogo em que se vai desafiando o grupo popular a pensar sua história social, como a experiência, igualmente social de seus membros, vai revelando a necessidade de superar certos saberes que, desnudados, vão mostrando sua incompetência para explicar os fatos” (Freire 1999, p. 91).

## 5- TEORIZAÇÃO

A etapa da teorização conduziu a construção das hipóteses de solução e a aplicação na realidade. Sendo que a sistematização dos dados e a apresentação dos resultados, serviram de suporte para o desenvolvimento da mesma.

A fase da teorização, constitui-se no desenvolvimentos dos trabalhos em grupo, baseados nos pontos-chave e oferece fundamentação teórica. Bordenave & Pereira (1998), enfatizam que a teorização analisa teorias e pesquisas e formula uma explanação lógica do assunto.

Para Perrenoud (2000), a teorização estabelece laços com as teorias subjacentes às atividades de aprendizagem. Concebe e administra situações-problema ajustadas ao nível e possibilidades dos elementos envolvidos no estudo.

Para Minayo (1993, p. 97), “a primeira tarefa a que nos propomos é um trabalho de pesquisa bibliográfica, capaz de projetar luz e permitir uma ordenação ainda imprecisa da realidade empírica”.

A pesquisa bibliográfica sedimentou este estudo, como forma de aprofundar os conhecimentos e teve por finalidade colocar-nos em contato com o material escrito, sobre o assunto, subsidiando o desenvolvimento dos trabalhos em grupo.

Didaticamente apresento neste capítulo, os conteúdos da teorização em forma de tópicos.

## 5.1 PRIMEIRO MOMENTO DA TEORIZAÇÃO

Partindo dos pontos-chave selecionados pelo grupo, iniciamos as atividades em grupo, os pontos-chave deste dia foram:

⇒ *Notificação das doenças obrigatórias;*

⇒ *Subnotificação;*

⇒ *Preenchimento das fichas epidemiológica.*

Iniciamos o momento da teorização pelo tema vigilância epidemiológica, pois compreendemos ser fundamental para o entendimento das doenças de notificação obrigatória.

### 5.1.1 Vigilância Epidemiológica

A vigilância das doenças tem deixado sulcos profundos na história da humanidade, sendo marcada por cenas de tragédia e glória, que culminam com a doença ou até mesmo com a morte do indivíduo ou da coletividade. Assim, para poder discorrer sobre a obrigatoriedade das notificações de doenças, é necessário fazer uma busca na história dos registros das doenças, bem como, as raízes da epidemiologia, que confundem-se com a evolução das teorias sobre as causas das doenças. O conhecimento do passado é essencial para entender a situação atual, sobretudo a atitude dos técnicos e da população em face às doenças e nas maneiras de enfrentá-las.

Na época dos gregos e romanos as crianças eram registradas com a finalidade de saber o número de pessoas aptas para a guerra e para fins de pagamento de tributos (Laurenti & Silveira, 1976).

Na era cristã, os registros passaram a ser feitos por autoridades eclesiásticas, podendo esta ser considerada a verdadeira origem dos atuais registros. Estes porém eram falhos, não só em qualidade, como na responsabilidade dos registros que era de cada

pároco da comunidade e não havia modelo pré estabelecido para os mesmos. Pelo fato de ser realizado pela Igreja Católica, não era extensivo às demais seitas religiosas. Os registros eclesiásticos sistematizados, passaram a ser feitos algum tempo mais tarde, onde toda a Igreja Católica passaria a ter um regime regular para os registros destes fatos (Laurenti & Silveira, 1976).

Ainda conforme Laurenti & Silveira (1976), os registros passaram a ser de responsabilidade do Estado, algum tempo depois, quando os primeiros registros ocorreram entre os INCAS, no Peru e nas Colônias da Baía de New Plymouth e Massachussts. A secularização do registro civil ocorreu logo após a adoção do código de Napoleão (1804), na França, tendo então o Estado a responsabilidade de registrar os nascimentos, casamentos e óbitos. Atualmente, os registros sistemáticos e contínuos dos fenômenos vitais são obrigatórios por lei, em quase todo o mundo.

Além do interesse do registro civil, através destes dados, também tem a importância para o campo da saúde, para a estatística vital, para a epidemiologia e para o planejamento. Na saúde, estes dados constituem-se em fontes para o planejamento de ações materno-infantil, ações de prevenção, verificação das condições sociais, educacionais, moradia, trabalho, morbidade, faixa etária, entre outros.

John Graunt (1620-1674), em 1662, usando o número de mortes em Londres, interpretou por raciocínio indutivo e demonstrou a regularidade de certos fenômenos sociais e vitais, notou por exemplo que as mortes devido a vários distúrbios físicos e emocionais e até certos incidentes guardavam no número total de sepultamentos uma proporção constante. Também indicou que nasciam mais homens do que mulheres, e a igualdade numérica, aproximada, dos sexos; a proporção de nascimentos e mortes na cidade e no campo, e a supremacia da taxa de mortes na cidade sobre o campo; e as variações da taxa de mortes segundo as estações climáticas (Rosen, 1994).

Com a Revolução Industrial, iniciada por volta de 1750, na Inglaterra e um pouco mais tarde em outros países, ocorreu um deslocamento das populações do campo para as cidades, atrás de emprego, nas recém criadas fábricas. Epidemias de cólera, febre tifóide e febre amarela, constituíam graves problemas nas cidades, levando a preocupação com a higiene, ao aprimoramento da legislação sanitária e à criação de uma estrutura

administrativa para aplicar as medidas preconizadas. A explicação das causas das doenças era defendida entre a teoria dos miasmas e a dos germes (Pereira, 1995, p.7).

“A teoria dos miasmas (século XIX), defende que os surtos epidêmicos de doenças infecciosas seriam causados pelo estado da atmosfera. Sustentava-se essa teoria, em geral, numa versão, segundo a qual condições sanitárias criavam um estado atmosférico, que vinha a causar doenças” (Rosen, 1994, p.211).

Vários cientistas franceses, representavam correntes de pensamento que influenciariam a epidemiologia, entre eles destacou-se John Snow, que conduziu trabalhos de campo voltados à elucidação de epidemias de cólera e Luis Pasteur, que realizou investigações no campo da microbiologia (Pereira, 1995).

Hipócrates, médico grego que viveu há cerca de 2.500 anos (a . C.), analisava as doenças com bases racionais, afastando-as do sobre-natural. As doenças para ele eram produto da relação complexa entre a constituição do indivíduo e o ambiente que o cercava. Estudou as doenças epidêmicas e as variações geográficas das endêmicas. Esta tradição foi mantida por Galeno, na Roma antiga, preservada por Árabes na Idade Média e retomada por clínicos na Europa Ocidental. A origem das doenças na teoria miasmática, era proveniente da má qualidade do ar, oriundas de animais e plantas (Pereira, 1995).

No início do século XVIII, a varíola era endêmica nas cidades da Grã-Bretanha e do Continente Europeu e uma das principais causas de mortalidade. O impacto da doença se revela em várias afirmações e estimativas a respeito de sua mortalidade e de seus efeitos sobre a população. Willian Douglas (1760), registrou a varíola como uma das primeiras causas de mortalidade infantil na Europa. Em Berlim, de 1758 a 1774, a enfermidade levou 6.705 vidas, das quais 5.876, eram crianças com até 5 anos (Rosen, 1994).

As cifras de esperança de vida, são um resumo da mortalidade dos diferentes grupos etários de uma população, calculadas sobre a base das chamadas tábuas de vida, foram originalmente elaboradas com o propósito de calcular o valor das apólices de seguro de vida. O interesse das estatísticas que levaram a cabo estes cálculos não foi primordialmente o conhecimento das diversas expressões da mortalidade num conglomerado social, mas sim a mensuração média de vida do segurado (Breilh, 1991).

Willian Farr (1807-1883), estatístico inglês, elaborou com fins classificatórios, sua análise do fenômeno mórbido e construiu o esqueleto lógico que permitiu distribuir as doenças em compartimentos, como entidades isoladas e desarticuladas, segundo à localização anatômica e funcional de seus transtornos. Deste modo iniciou-se um processo de fracionamento da saúde-doença e apagou-se a sua dimensão geral. Também apresentava relatórios anuais do registro geral, nos quais continham informações sobre a mortalidade e descrevia situações que apontavam para as desigualdades regionais e sociais nos papéis de saúde (Breilh, 1991).

O objetivo da estatística era detectar, medir e analisar a variação dos componentes de certos conjuntos, porém como a informação obtida é um resumo, foi possível obter dados enganosos se não interpretarmos com precaução ou se não se compreender com clareza seu significado (Breilh, 1991).

Em 1839, com a designação de Willian Farr, para *Compiler of Abstracts*, da oficina de Registros Civil da Inglaterra e Países de Gales, que criaram e desenvolveram um verdadeiro sistema de estatística vital da Inglaterra. Este movimento não tardou em fazer com que progressos fossem sentidos no campo da saúde, com o método de Farr (Laurenti & Silveira, 1976).

Oswaldo Cruz (1872-1917), fundou o Instituto Manguinhos, no Rio de Janeiro, possibilitando assim, condições de trabalho para muitos cientistas em investigar os problemas nacionais de saúde, quando empreendeu-se a campanha contra a febre amarela e o combate à peste e à varíola. Com o avanço da bacteriologia, os caminhos da prevenção se consolidaram por meio da identificação do agente etiológico e dos meios para combatê-lo, utilizando a vacinação e a promoção do saneamento ambiental (Pereira, 1995).

A coleta de dados sobre as características das pessoas falecidas, em especial a *causa mortis*, atividade esta já praticada há séculos, tem sido progressivamente aperfeiçoada, sendo ela útil para a definição do perfil epidemiológico de muitas doenças na comunidade. Sendo assim, as conhecidas estatísticas vitais, que incluem informações sobre nascimentos e óbitos, tornam-se fontes de dados para a qual se voltavam os profissionais da saúde, visando aprimorar o conhecimento das condições de saúde da população. Sem um sistema oficial de registros, os dados de óbitos e nascimentos seriam pouco utilizados em saúde e seria impossível reunir informações relativas a estes dados, bem como, dados

de morbidade e fatores de risco da população. Estes sistemas foram implantados em várias partes do mundo, para funcionar como base para o conhecimento da saúde da população e facilitar a sua investigação etiológica (Pereira, 1995).

Com relação aos registros, Pereira, (1995), coloca que determinadas doenças são objeto especial de atenção, estabelecendo-se para elas um sistema de anotações próprio. Para que tal registro de doenças alcance os seus objetivos, é necessário atingir um nível elevado de uniformização dos dados. O problema a ser resolvido é mais amplo: o de detectar dados válidos e confiáveis, a custos compatíveis e sem maiores perturbações para os serviços e para os profissionais de saúde que o fornecem. Se estes objetivos são alcançados, há possibilidade de os registros funcionarem, com base contínua, por longo tempo, o que dá margem a estudos epidemiológicos, pelos quais conhece-se a distribuição da doença na população, o que serve de base para a formulação de hipótese para a realização da investigação.

Rouquayrol & Almeida (1999), comentam sobre a criação do IBGE em 1938, quando realizou censos nacionais de população e elaborou, entre outros, dados demográficos de fundamental importância para o trabalho da epidemiologia. A partir da década de 70, esta instituição iniciou a produção de dados em saúde para complementar e manter atualizados os dados censitários, realizando inquéritos nacionais, denominados Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), e responsabilizando-se pela produção de estatísticas vitais com a coleta nacional padronizada sobre os nascimentos, casamentos e óbitos no nível municipal.

Neste século XX, a epidemiologia obteve avanços que foram compartilhados por muitos. A microbiologia influenciou as primeiras décadas deste século, causando uma reorientação quanto aos conceitos de doença e de contágio. A clínica e a patologia tornaram-se subordinadas ao laboratório, que ditava também padrões para a higiene e para a legislação sanitária (Pereira, 1995).

Esgotado este tema, passamos a teorizar sobre as doenças de notificação obrigatória.

### 5.1.2 Notificação das Doenças Obrigatórias

Para introduzir este ponto-chave, escrevi no quadro *Doenças de Notificação Obrigatória*, e aguardei a discussão do grupo, de acordo como esta questão foi abordada nas entrevistas, o que não demorou para surgir. Após as discussões, o grupo definiu as notificação das doenças obrigatória como:

*“Doenças transmissíveis que interferem nas condições de vida do ser humano”.*

As notificação das doenças obrigatória, no Brasil, são elaboradas a partir da relação organizada pelo Ministério da Saúde, onde cada Estado e Município tem autonomia para confeccionar sua própria lista de doenças notificáveis, desde que proceda a observação das doenças determinadas pelo Ministério da Saúde, pois são doenças e agravos de interesse nacional e por vezes internacional.

O Brasil é um país com diversificações populacionais, culturais, climáticas e étnicos, estes elementos são fundamentais no momento da elaboração da relação de doenças e agravos de notificação obrigatória, pois cada localidade traça seu próprio perfil epidemiológico a partir das notificações. Sendo as notificações um dos meios utilizados para definir o perfil epidemiológico, outros fatores são fundamentais, tais como: número das condições dos nascimentos, mortalidade infantil, mortalidade geral, cobertura vacinal, condições nutricionais, entre outros.

Enquanto teorizava com o grupo, relacionei quais as doenças notificáveis, sarampo, meningites, hepatites, AIDS ..., ocorrência toxicológica, quando esta fala surgiu, foi o momento da discussão e da relação deste agravo com as doenças transmissíveis.

*“Acredito que nós não relacionamos as outras doenças porque com as transmissíveis sempre têm uma ação concreta para os comunicantes e com as não transmissíveis já não são realizadas tais ações”* (enfermeira A).

*“Esta relação das doenças de notificação com as transmissíveis, talvez aconteça até porque na graduação, tínhamos uma disciplina chamada doenças transmissíveis e não se falava das demais, porém com o passar do tempo, as coisas evoluem e isto também acontece no campo das doenças”* (enfermeira B).

*“Acidente com animal peçonhento, febre reumática [...]”* (enfermeira C).

*“Mas então as doenças não transmissíveis, também necessitam ser notificadas, pois ocorrência toxicológica não é transmissível”* (enfermeira D).

*“Talvez eu nunca tenha pensado nas outras doenças, como não sendo transmissíveis e mesmo assim notificado, às vezes não pensamos nas nossas ações”* (enfermeira F).

Neste momento relacionei as implicações das doenças ao ser humano, independente de ser transmissível ou não.

Historicamente estas listas são compostas por doenças transmissíveis ao ser humano, porém algumas localidades vão além e incluem também agravos à saúde, causados por fatores sociais e ocupacionais que podem levar à incapacidade parcial ou total, temporária ou definitiva ao ser humano.

A participação dos técnicos que atuam em Vigilância Epidemiológica, tem papel relevante na elaboração da lista de doenças notificáveis, pois presume-se que conhecem a realidade local de trabalho e da comunidade, bem como, serão eles que irão nortear as ações de decisão de promoção, prevenção e/ou controle das doenças e agravos. Estas listas necessitam ser constantemente reavaliadas, incluindo ou excluindo outras doenças e agravos.

Dado a natureza de cada doença ou agravo à saúde, a notificação deve seguir um processo dinâmico, variável em função das mudanças no perfil epidemiológico, dos resultados obtidos com as ações de controle e da disponibilidade de novos conhecimentos científicos e tecnológicos. As normas de notificação devem adequar-se, no tempo e no

espaço, às características de distribuição das doenças consideradas ao conteúdo de informação requerido, aos critérios de definição dos casos, à periodicidade da transmissão dos dados, às modalidades de notificação indicadas e a representatividade das fontes notificadoras (Teixeira et al., (1998), in Rouquayrol & Almeida, 1999).

Pereira (1995), descreve que a definição do elenco de doenças sujeitas à notificação, em um país, depende de orientação geral emanada do Ministério da Saúde. Periodicamente, faz-se necessária a revisão e a atualização da lista, mediante a introdução ou exclusão de algumas doenças.

Vaughan & Morrow (1997), e Teixeira, et al., (1998), relatam que os Estados e Municípios devem discutir a inclusão de outras doenças e agravos à lista Nacional, visando o fortalecimento dos sistemas locais de Vigilância Epidemiológica, para o enfrentamento dos problemas de saúde; todo e qualquer surto de doença ou a ocorrência de agravo inusitado, independente de constar na lista de doença de notificação obrigatória, deve ser notificado ao Ministério da Saúde. É fundamental o estreitamento da articulação entre as instâncias de assistência à saúde, de acordo com as normas de procedimentos de Vigilância Epidemiológica, todos os casos suspeitos das doenças de notificação devem ser investigados.

A relação das doenças de notificação obrigatória elaborada pelo Ministério da Saúde Brasileiro, incorpora as doenças sujeitas ao Regulamento Sanitário Internacional (cólera, peste e febre amarela), e as que são objeto de Vigilância da Organização Mundial da Saúde (OMS), de importância epidemiológica para cada País (poliomielite e malária), inclui também as doenças de particular importância para a saúde pública, geralmente as que requeiram investigação epidemiológica ou aplicação imediata de medidas especiais de controle.

Em 1979, o Ministério da Saúde, compôs uma relação de doenças de notificação obrigatória para todo o Território Nacional. Cada Unidade da Federação, utiliza a lista do Ministério da Saúde, ou amplia o elenco de doenças, de acordo com a realidade local, segundo a visão dos seus técnicos (Pereira, 1995).

Em 1998, através da Portaria nº 4.052<sup>5</sup>, o Ministério de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições que lhe confere o artigo 44 do Decreto Lei Nº 79.321, de 12 de agosto de 1976, instituiu nova relação das doenças de notificação obrigatória. Tendo em vista o disposto no item I do Artigo 8º desse mesmo diploma resolve:

*Art. 1º Para fins da aplicação da Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975 e de sua regulamentação, constituem objeto de notificação compulsória em todo o território nacional, as doenças a seguir relacionadas:*

- ⇒Cólera;
- ⇒coqueluche;
- ⇒dengue;
- ⇒difteria;
- ⇒doenças de Chagas (casos agudos);
- ⇒doenças meningocócias e outras meningites;
- ⇒febre amarela;
- ⇒febre tifóide;
- ⇒hanseníase;
- ⇒hepatite B;
- ⇒leishmaniose visceral;
- ⇒malária (em áreas não-endêmica);
- ⇒meningite por *Haemophilus influenzae*;
- ⇒peste;
- ⇒poliomielite/paralisia flácida aguda;
- ⇒raiva humana;
- ⇒rubéola e síndrome da rubéola congênita;
- ⇒sarampo;
- ⇒sífilis congênita;
- ⇒síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS);
- ⇒tétano;
- ⇒tuberculose.

---

<sup>5</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.052/GM/MS-Doença de Notificação Compulsória. 23 de dezembro de 1998.

*Art. 2º Todo e qualquer surto ou epidemia, assim como a ocorrência de agravo inusitado, independente de constar na lista de doenças de notificação compulsória, deve ser notificado imediatamente.*

*Art. 3º A definição de caso de cada doença mencionada nessa Portaria deve obedecer à padronização do Ministério da Saúde contida no Guia de Vigilância Epidemiológica e das atualizações emanadas pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), da Fundação Nacional de Saúde.*

*Art. 4º O fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados para a realização da notificação são definidos nas normas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).*

*Art. 5º Os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde, poderão incluir outras doenças e agravos no elenco das doenças de notificação compulsória, em seu âmbito de competência, de acordo com o quadro epidemiológico em cada uma dessas esferas do governo.*

*Inciso 1º As inclusões de outras doenças e agravos deverão ser comunicadas pelos gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde, ao Centro Nacional de Epidemiologia.*

*Inciso 2º É vedada aos gestores municipais e estaduais do Sistema Único de Saúde a exclusão de doenças e agravos componentes do elenco nacional de doenças de notificação compulsória.*

*Art. 6º Esta Portaria entrará em vigor a partir de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.*

*Assina esta Portaria o Ministro da Saúde, José Serra.*

A partir desta lista elaborada pelo Ministério da Saúde, a Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde da cidade de Cascavel, seguindo orientações da Secretaria Estadual de Saúde e através do conhecimento da realidade local, elaborou a lista de doenças e agravos que são considerados relevantes para auxiliar na definição do perfil epidemiológico da cidade, bem como para o planejamento das ações. A informação epidemiológica revela as tendências nas condições de saúde e se aplica às atividades de vigilância, sejam estas, relativas às condições de vida e de saúde, bem como à demanda aos serviços, a partir disto definindo as políticas de saúde.

As doenças que são objeto de notificação obrigatória em Cascavel, atualmente são:

⇒ *Acidentes por animais peçonhentos;*

⇒ *atendimento anti-rábico humano;*

- ⇒cólica;
- ⇒coqueluche;
- ⇒cisticercose;
- ⇒doenças sexualmente transmissíveis, todas as formas e sífilis congênita;
- ⇒doenças de chagas (casos agudos);
- ⇒difteria;
- ⇒dengue;
- ⇒diarréias;
- ⇒esquistossomose;
- ⇒febre amarela;
- ⇒febre reumática;
- ⇒febre tifóide;
- ⇒hanseníase;
- ⇒hepatites virais;
- ⇒leishmaniose visceral;
- ⇒leptospirose;
- ⇒malária;
- ⇒ocorrência toxicológica;
- ⇒peste;
- ⇒poliomielite (paralisia flácida aguda);
- ⇒raiva humana;
- ⇒rubéola e síndrome da rubéola congênita;
- ⇒sarampo;
- ⇒síndrome da imunodeficiência adquirida;
- ⇒tétano;
- ⇒todas as formas de meningites, incluindo as virais, bacterianas e meningites meningocócicas;
- ⇒tuberculose;
- ⇒variola.

A lista das doenças e agravos necessita ser divulgada às fontes notificadoras, bem como à comunidade, para que aconteça a sua notificação. Após a sistematização dos dados,

a informação deve retornar à fonte notificadora, como forma de conhecer o trabalho realizado e estimular a sua continuidade.

O sistema de notificação deve estar permanentemente voltado para a sensibilização dos profissionais e das comunidades, objetivando melhorar a quantidade e a qualidade dos dados coletados, mediante ao fortalecimento e a ampliação da rede.

Para que as notificações sejam conhecidas, torna-se necessário disponibilizar de um sistema de informação, capaz de demonstrar a existência de doenças e agravos. A informação é essencial ao planejamento e à tomada de decisões.

O conhecimento sobre a situação de saúde requer informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, as características demográficas e informações sobre os serviços, bem como, a disponibilidade de recursos humanos, de infra-estrutura e financeiros. Estes conhecimentos são aplicáveis ao planejamento, à organização e a avaliação das ações e serviços. Além disso, na atenção à saúde, as informações são imprescindíveis ao atendimento individual e à abordagem de problemas individuais e coletivos, utilizando-se o conhecimento que gera a assistência direta nas Unidades Básicas de Saúde até o estabelecimento de políticas e a formulação de projetos e programas específicas. Os sistemas de informações contribuem para a construção do conhecimento em saúde.

Rouquayrol & Almeida (1999), colocam que em epidemiologia as informações são relevantes para o conhecimento da situação de saúde e devem estar integradas e articuladas em um conjunto que defina a abrangência e a magnitude dos danos e agravos. Devendo conter os elementos para a explicação e entendimento dos processos causais, com o elenco de fatores sensíveis às intervenções, possibilitando o acompanhamento e a avaliação dos resultados e do impacto das medidas implementadas.

A notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita a autoridade sanitária local, por profissionais de saúde ou qualquer outro cidadão, para fins de medidas de intervenção e, em primeira instância, cabe ao serviço local de saúde o controle do agravo. Quando reunidas e sistematizadas, as notificações compõem o Sistema de Informações próprio, que possibilitam o acompanhamento do fenômeno e sua distribuição (Teixeira, et al., 1998).

A partir de 1992, o Ministério da Saúde, desenvolveu o Sistema de Informações de Agravos Notificáveis (SINAN), com o propósito de efetuar a substituição dos instrumentos manuais de transferência de informações, pelos recursos da informática, dos Municípios e Estados, para racionalizar o processo de coleta e a transferência dos dados relativos às doenças e agravos notificáveis.

Com a consolidação da municipalização, das ações e serviços de saúde, o Sistema Nacional de Informação, vem adaptando-se ao estabelecimento de sistemas locais de saúde e permitindo o conhecimento e o acompanhamento da situação de saúde. A alimentação dos bancos de dados de interesse nacional são feitas pelos Municípios e Estados. O SINAN, está sob a responsabilidade do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), da Fundação Nacional de Saúde.

*“Podem causar implicações ao doente, influenciar a vida de uma família ou outras pessoas no meio social”* (enfermeira A).

*“Todas elas podem deixar seqüelas”* (enfermeira B).

*“Podem levar a incapacidade do ser humano”* (enfermeira C).

Após vários momentos de discussão, o entendimento do grupo foi de que:

*“Além das doenças transmissíveis, outras doenças também são objeto de notificação, podendo influenciar a vida do indivíduo, da família ou até mesmo da coletividade”.*

Para finalizar este ponto-chave, utilizei a citação do Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 1994), onde Vigilância Epidemiológica, originalmente significava a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e seus contatos. Porém, atualmente, Pereira (1995), esclarece que está sendo

aplicada a qualquer evento relacionado com a saúde da população e não especificamente à doença.

Na seqüência, discutimos sobre *subnotificação*.

### 5.1.3 Subnotificação

Este ponto-chave: *subnotificação*, foi abordado enquanto falávamos das notificações das doenças obrigatórias, em vários momentos, até porque, os pontos planejados não foram trabalhados isoladamente, iam se interpondo nas falas dos elementos participantes. Ou seja, ao mesmo tempo que falávamos de notificação, também surgiam as questões das subnotificações e o preenchimento das fichas epidemiológicas. As etapas do processo não foram discutidas isoladamente, muito pelo contrário, elas se sobrepuseram em todos os momentos dos trabalhos em grupo, tornando-os ricos para a troca de experiências e informações.

Ressalto que esta dinâmica, em momento algum dificultou o andamento das atividades, mesmo porque as enfermeiras realizam isto diariamente, contudo por uma questão organizacional registrei-os separadamente.

As subnotificações das doenças obrigatórias, também conhecidas como notificação das doenças compulsórias, constituem-se em uma das principais dificuldades para a Vigilância Epidemiológica, tendo causas variadas, que vão desde pouca sensibilização e informação dos profissionais de saúde, e até mesmo a não prioridade das notificações das doenças na rede dos serviços públicos ou privados, enquanto atividade fundamental da saúde (Teixeira, et al., 1998).

Rouquayrol, (1994, p. 424), salienta que:

*A notificação de determinadas doenças é obrigatória por lei. Na realidade, apesar da obrigatoriedade, existe um certo descaso pela notificação ou o desconhecimento da sua importância por parte de médicos e de outros profissionais da área de saúde. Vários fatores contribuem para isso, sendo um deles a própria dificuldade de se fazer cumprir a lei. Por outro lado, por tratar-se de assunto específico e*

*essencialmente técnico, é mais importante a conscientização do profissional de saúde sobre a importância de notificá-lo do que fazê-lo coercitivamente. Muitas vezes, a notificação de doenças não ocorre por que os serviços de saúde não têm a credibilidade necessária, ou seja, o profissional de saúde não notifica porque não espera que providências sejam tomadas.*

A afirmação as *subnotificações existem e não tem como negar*, esteve presente nos momentos de reflexões pela totalidade das participantes, pois com exceção de uma enfermeira, as demais além de atuar na CCIH, também exercem funções em outros setores e segundo as enfermeiras, isto dificulta o desenvolvimento dos trabalhos.

*“Nós devemos considerar a sobrecarga de trabalho e até mesmo a falta de pessoal específico para desenvolver esta ação”* (enfermeira B).

*“Acredito que na maioria das vezes, as subnotificações acontecem pelo desconhecimento e quais as implicações que podem causar ao ser humano”* (enfermeira C).

*“Elas existem, porém estamos trabalhando para diminuí-las”*(enfermeira F).

Para o grupo, subnotificação é:

*“Toda doença ou agravo de notificação obrigatória, que deixa de ser notificada e pode influenciar a vida do ser humano”.*

As causas pertinentes a subnotificação são muitas, podendo ser técnicas e até mesmo comportamentais. As técnicas, podemos relacionar a incerteza do diagnóstico, medo de expor o paciente, principalmente quando está relacionada às doenças sexualmente transmissíveis, fato este que pode interferir na relação paciente/profissional de saúde, desconhecimento da importância da notificação, bem como, as ações que serão planejadas, entre outras.

Para as causas técnicas, relacionamos a falta de formulários específicos, falta de tempo do profissional de saúde, bem como, considerar burocrática esta atividade. As

notificações das doenças, são consideradas como atividade voluntária por alguns profissionais de saúde. Porém não identifique-a como voluntária e sim como um compromisso profissional para com as condições de saúde e doença do indivíduo e da coletividade, fazendo parte das ações de promoção, prevenção e reabilitação.

Segundo Pereira (1995), as subnotificações têm como causas, a incerteza e tentativa de esconder o diagnóstico, pelo constrangimento que pode ocasionar ao paciente, como por exemplo as doenças sexualmente transmissíveis, questões operacionais, como até mesmo pela falta de formulários específicos, falta de tempo dos profissionais da saúde para proceder a notificação por achar uma função burocrática, quantidade longa de dados em cada formulário preenchido, indiferença, resultante da descrença do serviço de Vigilância Epidemiológica.

A notificação das doenças obrigatórias, é uma das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, nos serviços, para determinar alguns indicadores de saúde, tais como a prevalência, incidência das doenças e agravos de notificação seu controle, grupos de riscos, faixa etária, fatores demográficos e climáticos. Indicadores estes que instrumentalizam o planejamento e a realização da ação, bem como, têm-se expectativas que as políticas de saúde sejam voltadas para estes objetivos.

Sendo esta uma das atividades da CCIH, espera-se que seja realizada, não somente como cumprimento de uma legislação, mas como uma atividade que tenha o entendimento de o porquê realizá-la. Faz-se necessário muitas vezes sensibilizar os profissionais de sua importância, bem como, das ações dela provenientes.

Percebo também, que alguns enfermeiros que trabalham na Comissão, eximem-se das responsabilidades das notificações e transferem a culpabilidade para outros profissionais e julgam ser esta atividade somente médica, pois a eles cabe o diagnóstico do paciente. Entretanto, o processo de notificação vai além dos profissionais de saúde, incluindo até mesmo a comunidade como agente notificador.

Ao término destas teorizações, passamos para o próximo ponto-chave eleito do dia, *preenchimento das fichas de notificação epidemiológica*.

#### 5.1.4 Preenchimento das Fichas de Notificação Epidemiológica

O preenchimento das fichas de notificação epidemiológica, é considerado como ponto de partida para a investigação que beneficie o paciente, sua família, vizinhos, bem como toda a comunidade, considerando que medidas imediatas serão tomadas, se necessárias, em face das evidências encontradas no local da investigação. Podem também ser consideradas para averiguar, quando da investigação dos casos, as falhas das medidas de controle implantadas.

Fornecem, juntamente com os dados de outros resultados da investigação, declaração de óbito, resultados de exames laboratoriais, entre outros, elementos necessários para a composição de indicadores de saúde que refletem o quadro epidemiológico da doença, na coletividade e o impacto das medidas de controle (Pereira, 1995).

Os dados de morbidade são extremamente úteis para os serviços de saúde que necessitam conhecer a tendência das doenças nas comunidades, sua incidência e prevalência durante determinados períodos e seu comportamento de acordo com vários atributos, sexo, grupo etário, ocupação, estado civil, classe social, entre outros, ou seja, descreve os agravos e aponta suas causas (Rouquayrol, 1994).

Para facilitar o entendimento deste ponto-chave, realizamos um exercício com distribuição de fichas epidemiológicas de alguns agravos, para cada participante preenchê-las empiricamente. Após, trocamos as fichas entre os mesmos e passamos a comentar sobre os campos que não estavam preenchidos e sua importância.

Este exercício contribuiu para mostrar que todos os campos das fichas necessitam de preenchimento e tem importância epidemiológica. Estas informações podem ser obtidas junto ao paciente, prontuários, familiares, médico e funcionários, contudo, como nem sempre estas informações estão contempladas no prontuário, conforme relato das enfermeiras, melhor seria obtê-las durante o período da hospitalização, para evitar que os campos das fichas epidemiológicas sejam preenchidos como ignorados.

Esta foi uma etapa dentro dos trabalhos realizados no grupo, em que os elementos participantes tiveram condições de refletir sobre algumas possibilidades práticas para

melhorar o processo de notificação das doenças obrigatórias, no seu local de trabalho. Ela subsidia o próximo ponto, ou seja o levantamento das hipóteses e estratégias de solução.

## 5.2 HIPÓTESES DE SOLUÇÃO E ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO NA REALIDADE, EMERGIDAS NO PRIMEIRO MOMENTO

Bordenave & Pereira, (1998), definem hipóteses de solução, como o confronto entre a observação da realidade, como ela acontece visivelmente nas pessoas e a fundamentação teórica utilizada, podendo a partir disto deduzir algumas hipóteses ou premissas.

Os indivíduos envolvidos são movidos a formular as hipóteses de solução para os problemas em estudo, oportunizando-os a planejar, priorizar e decidir sobre as ações.

As hipóteses de solução levantadas pelo grupo, para a aplicação na realidade, calcadas nos pontos-chave trabalhados, foram as seguintes:

⇒ Para a aplicação na realidade, o grupo optou em levar aos demais membros da equipe de Enfermagem, de seu local de trabalho, a importância das notificações, uma vez que os enfermeiros que atuam nos setores nem sempre comunicam os casos existentes de doenças que necessitam notificar, atribuindo isto principalmente ao desconhecimento;

⇒ Ressaltar para os profissionais dos hospitais a importância da notificação das doenças obrigatórias, suas implicações para o indivíduo e comunidade e fundamentalmente redimir o desconhecimento do que é notificar;

⇒ Esclarecer que esta atividade é inerente a todo profissional de saúde e não especificamente ao médico ou à CCIH.

As estratégias de aplicação na realidade discutidas foram muitas e diversas, porém escolhemos dentre os vários caminhos, ou até mesmo, construímos novos caminhos, que o grupo considerou viável de aplicação.

As estratégias planejadas para a aplicação na realidade foram:

⇒ Abordar o assunto nas reuniões de equipe de trabalho, tanto de enfermeiros, como com a equipe de Enfermagem, nos setores de atuação e nas reuniões que a chefia de Enfermagem realiza, sendo que em alguns locais a chefia de Enfermagem é exercida pela enfermeira da CCIH, facilitando assim, o processo de comunicação.

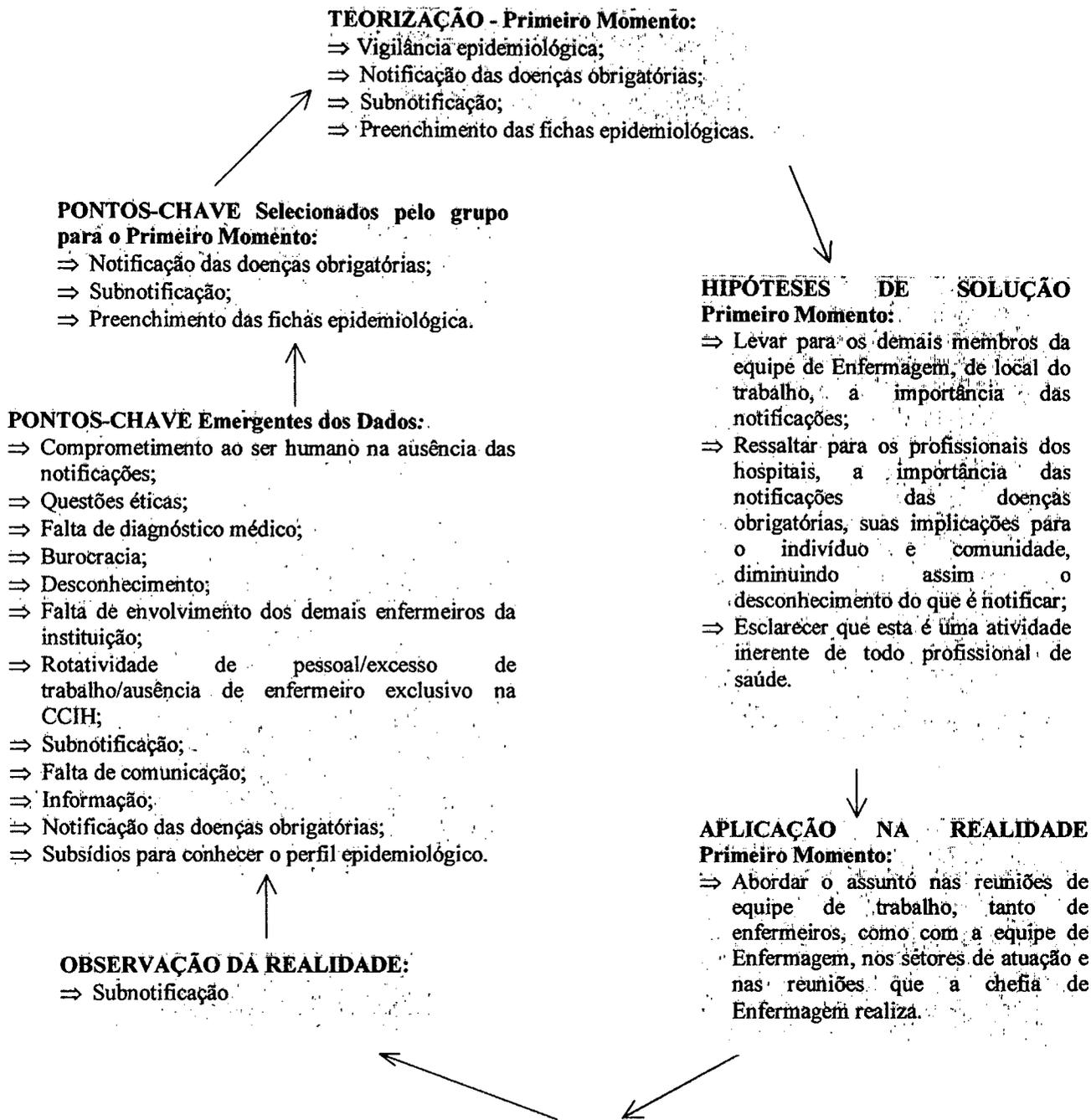
A aplicação, na realidade, é uma maneira concreta e segura de promover a continuidade de um processo de introdução de inovações, junto aos elementos da equipe de trabalho.

Segundo Bordenave & Pereira (1998), a aplicação na realidade é a etapa final da Metodologia Problematizadora, desenvolvida a partir das etapas anteriormente descritas.

Os autores enfatizam ainda que, aprender não é a mesma coisa que ensinar, já que aprender é um processo que acontece no aluno e do qual, o aluno é o agente essencial.

As enfermeiras participantes deste estudo, foram agentes essenciais desta inovação proposta. Esta não teria tido continuidade se as envolvidas não tivessem participado, planejado e subsidiado com seu conhecimento, suas experiências profissionais os momentos de discussão, valorizando assim, a troca de experiências entre o grupo, que se dispôs a aplicar em sua realidade às hipóteses de solução que emergiram deste trabalho.

## Abordagem Prolematizadora ao Processo de Notificação das Doenças Obrigatórias



### O Processo de Notificação das Doenças Obrigatórias: Uma Abordagem Problematizadora.

Maraschin (2000), adaptado de Bordenave & Pereira (1998). Estratégia de Ensino – aprendizagem.

### 5.3 SEGUNDO MOMENTO DA TEORIZAÇÃO

#### 5.3.1 Relatos da Aplicação na Realidade

Este encontro seguiu a mesma linha metodológica utilizada no anterior. Coloquei como seria o desenvolvimento dos trabalhos neste dia e lembrei os pontos-chave, selecionados. Desafiando as participantes, primeiramente a formular suas próprias idéias para depois recorrer às contribuições de diversos pesquisadores que estudaram o tema e formularam suas explicações.

Começamos com uma técnica de aquecimento, que consistia em cada participante falar ao grande grupo, alguma coisa sobre sua colega da direita, esta concordava, discordava, acrescentava ou agradecia as falas recebidas. Esta dinâmica serviu para descontrair o grupo.

Na seqüência, ouvimos os relatos de como haviam acontecido as aplicações nas diferentes realidades com as equipes de trabalho, nestes dias entre nosso encontro, sendo:

⇒ Duas enfermeiras relataram que participaram de uma reunião de equipe com os demais enfermeiros do hospital e relataram suas experiências ao participar deste estudo, a importância das notificações das doenças obrigatórias, a necessidades da colaboração de todas, bem como, da equipe de Enfermagem neste processo. Esclareceram que não se tratava somente de doenças transmissíveis que necessitavam ser notificadas, mas sim dos demais agravos que podem atingir o ser humano, sua família e comunidade e compõem a lista das doenças de notificação obrigatória. Considerando estas maneiras para diminuir as subnotificações, estas mesmas enfermeiras, estão viabilizando uma reunião com a equipe de Enfermagem, para trabalhar as questões. Acrescentaram também, que teve boa receptividade o tema abordado.

⇒ As demais enfermeiras, após ouvir o relato, disseram que não participaram de reuniões, porém estão trabalhando os pontos-chave com a equipe de Enfermagem, na tentativa de reduzir o número de subnotificações, bem como, o entendimento da importância das notificações. Estas mesmas enfermeiras, não conseguiram viabilizar as

hipóteses levantadas, porém encontraram outra estratégia para envolver os demais membros da equipe e trabalhar as questões pertinentes quanto as doenças de notificação.

Por meio destes relatos, pude perceber que o assunto despertou interesse nas colegas, suas falas foram cheias de entusiasmo, como se tivessem aprendido e passado a conviver com alguma coisa nova, podendo partilhar com outras pessoas. Para mim, estas questões pareciam ser tão claras e não tinham algo de novo, mas para as enfermeiras tudo era novidade. A reflexão sobre a ação, fez com que, para estas enfermeiras o lógico se tornasse novo, mostrou-me ainda que o que está esclarecido para nós pode não estar para os outros.

Sei que isto será um processo gradativo de entendimentos, esclarecimentos e o contínuo pôr em prática, entretanto, uma semente foi plantada e isto para mim significa um início.

Após esta etapa, passamos para a fase da teorização, os pontos-chave à serem trabalhados neste dia, foram:

*⇒A sobrecarga de trabalho/rotatividade de pessoal e a ausência de enfermeiro exclusivo na CCIH;*

*⇒Ausência de diagnóstico médico;*

*⇒Falta de envolvimento dos demais enfermeiros da instituição hospitalar.*

### 5.3.2 A Sobrecarga de Trabalho/Rotatividade de Pessoal/Ausência de Enfermeiro Exclusivo na CCIH

Neste ponto-chave, o grupo preferiu que os três temas fossem desenvolvidos juntos por entender que a sua proximidade poderia refletir na subnotificação.

A sobrecarga de trabalho e a rotatividade de pessoal nas instituições hospitalares, bem como, a ausência de enfermeiro exclusivo na CCIH, fica evidenciado pelo ritmo de trabalho intenso, conforme percebemos nos depoimentos, durante os trabalhos de grupo.

Algumas vezes a ausência de material e equipamentos, leva a um maior esforço na improvisação dos trabalhadores no desempenho das atividades, as longas jornadas de trabalho e a baixa remuneração, são fatores que contribuem com o excesso de trabalho. Quando as reposições não conseguem suprir as perdas de pessoal, pressupõem-se maior pressão e sobrecarga sobre aqueles que permanecem na instituição, entre os trabalhadores a que se referem, nesta maior pressão estão os enfermeiros, que acumulam funções.

Para Anselmi (1997), o esquema de organização da jornada diária de trabalho em turnos, permanentes ou alternados, é outro possível determinante da rotatividade, levando o trabalhador a alterar os horários de trabalho constantemente, em curtos períodos de tempo, gerando maiores possibilidades de comprometimento à sua saúde e bem estar físico, social e psicológico.

Os trabalhadores da saúde, muitas vezes colocam o interesse pelo trabalho calcado no espírito humanitário, na caridade e na abnegação, cuja finalidade principal é ajudar as pessoas. Esta ideologia oculta as contradições e conflitos muitas vezes existentes na força de trabalho da Enfermagem, entre eles a divisão técnica e social, sua subordinação a outros trabalhos e as condições precárias do trabalho. Neste sentido, a rotatividade e a sobrecarga de trabalho, podem se constituir em um instrumento para o enfrentamento dessas contradições.

A rotatividade e a sobrecarga de trabalho podem também ser reflexo da baixa remuneração, qualificação insuficiente, os múltiplos vínculos de trabalho, o volume de atividades e o esquema de trabalho escalonado em turnos de pessoal da Enfermagem. Sendo assim, a força de trabalho da Enfermagem, é um determinante de elementos ideológicos, pessoais, políticos, sociais e econômicos.

Esta discussão teve momentos de empolgação e entusiasmos, sendo reflexo da vivência das enfermeiras participantes. A força de trabalho da Enfermagem em sua grande maioria é representada pelo sexo feminino, onde têm lugar na sociedade, ainda, como não sendo o provedor das necessidades familiares, competência esta delegada ao sexo masculino, considerado o chefe da família, porém na força de trabalho da Enfermagem, muitos são os casos de mães solteiras, mulheres separadas, viúvas e até mesmo vivendo sozinhas, cabendo a elas o papel de provedor da casa ou de seu próprio sustento.

A sobrecarga de trabalho/rotatividade de pessoal/ausência de enfermeiro exclusivo na CCIH, foi o ponto crítico da discussão, segundo elas, muitas vezes, não têm argumentos suficientes para a negociação, quanto a reposição de pessoal ou a dedicação exclusiva conforme percebe-se nas falas:

*“Os trabalhos da CCIH, poderiam ser melhores, caso pudéssemos ficar somente na comissão”* (enfermeira A).

*“Temos muitas coisas para fazer além da CCIH”* (enfermeira B).

*“Nós temos que dar conta de várias atividades em vários setores do hospital”* (enfermeira C).

*“Muitas vezes estamos com poucas pessoas trabalhando e temos que atender a muitos doentes”* (enfermeira D).

*“Além do trabalho que é bastante, temos que considerar que os funcionários mudam de instituição com muita frequência. Quando eles conhecem toda a rotina e fazem o trabalho, mudam de instituição”* (enfermeira E).

Neste ponto-chave, as enfermeiras relataram que acumulam funções, como na CCIH, na chefia de Enfermagem, na Administração e muitas vezes, ainda, atuando em alguns setores. Para elas esta sobrecarga de trabalho, dificulta o desenvolvimento das ações específicas da CCIH e algumas vezes encontram-se em determinadas situações que não podem desistir do trabalho, até mesmo por uma questão de sobrevivência.

A categoria da Enfermagem, por ser historicamente e essencialmente feminina, sofre com as questões salariais, sendo considerada como categoria inferior dentre as demais na equipe de trabalho. Entretanto, penso que não temos história de luta por melhores condições de trabalho e salariais, não temos organização enquanto reivindicação

e lutamos individualmente, contribuindo assim, para a manutenção da condição inferior dentre as demais categorias de trabalho da saúde.

“O comportamento dos indivíduos é visto como uma ação racional, guiada por interesses próprios, os atores são cidadãos consumidores que, no máximo se reúnem em grupos de interesse efêmeros” (Pires, 1998, p.29).

A Enfermagem desde a sua organização como profissão, é predominantemente assalariada e subordinada. Os enfermeiros assumem a gerência dos trabalhos assistenciais da Enfermagem controlando a globalidade do processo de trabalho e delegando tarefas aos demais elementos da categoria, diante disto, assumem respeito e hegemonia na categoria e isto muitas vezes é suficiente, pois estão em condição superior aos demais trabalhadores da Enfermagem, relegando desta maneira a luta por melhores condições de trabalho e pelo espaço profissional.

O enfermeiro como o detentor do saber, controla também o processo de trabalho da Enfermagem, sendo ele essencial para a vida humana e parte dos serviços de saúde, realizando atividades diversas, dentre as quais as de cunho investigativo, preventivo e curativo, com o objetivo de reabilitar o indivíduo.

Para Pires (1998), o processo de trabalho tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças.

O processo de trabalho, na equipe de Enfermagem, percebe-se estar confuso, assumindo várias funções e efetivamente com pouca resolutividade. Como o processo de trabalho está confuso, parece melhor responsabilizar outros profissionais pelas falhas, do que planejar a melhoria do desenvolvimento das atividades.

Ao término deste ponto-chave, iniciamos o próximo eleito pelo grupo: *ausência do diagnóstico médico*.

### 5.3.3 Ausência do Diagnóstico Médico

Inicialmente, abordamos a etapa da teorização, para posterior discussão.

A ausência do diagnóstico médico, constitui-se em dificuldades para a Enfermagem quanto ao processo de notificação das doenças obrigatórias, vários são os fatores que contribuem para isto, como a incerteza do diagnóstico e o desconhecimento de que ações necessitam ser realizadas, medo de expor o paciente e até mesmo por acreditar que ele, o médico, por si só basta na equipe de trabalho, não percebe que outros elementos constituem a equipe de trabalho nos serviços de saúde, sendo o médico considerado o elemento central do processo assistencial em saúde em nível institucional, cabendo a ele a decisão sobre o diagnóstico, exames complementares, terapêutica, etc.

Para Pires, (1998, p. 87), “os médicos interferem no trabalho dos demais profissionais de saúde, tornando-os dependentes, em maior ou menor grau, das decisões médicas e detêm o controle do processo assistencial em si”.

Elementos éticos muitas vezes permearam as questões da ausência do diagnóstico médico, como o compromisso com a coletividade e o risco de exposição dos demais trabalhadores da saúde.

Conforme o Código de Ética Médica, e de Enfermagem, ambas são profissões comprometidas com a saúde do Ser Humano e da coletividade, tendo a obrigação de protegê-lo, contra danos decorrentes de imperícia e negligência.

Sob o manto do segredo residem informações a que os profissionais têm acesso no exercício de suas atividades, quando transmitidas pelo paciente ou responsável, fornecidas por meio de anamnese, exame físico, dos cuidados prestados, entrevistas, prontuários, declarações de nascimentos, declarações de óbito, ou provenientes das observações de outros profissionais, assim como resultados de exames laboratoriais (Fortes & Sacardo, 1999).

As informações relativas ao paciente devem permanecer em sigilo, porém em alguns casos, estas informações necessitam ser divulgadas ao grupo em que este indivíduo pertence, para que se necessário, medidas pertinentes possam ser tomadas. Nestes casos tornam-se as informações complexas, quando estamos tratando de pacientes com doenças crônicas ou de estigma social, como é o caso da tuberculose, hanseníase e AIDS. As medidas de saúde pública, obrigam que estes doentes, bem como, seus contatos sejam identificados para tratamento e investigação de seus comunicantes ou entrar com

medicações que fazem parte das ações de bloqueio, como é conhecido em Vigilância Epidemiológica. Com a identificação do diagnóstico do doente, estamos protegendo a coletividade.

A ausência do diagnóstico médico ficou assim representado pelas falas das enfermeiras:

*“Muitas vezes o médico assina a declaração de óbito, com um determinado diagnóstico e não informa a CCIH, para que possa notificar o caso”* (enfermeira A).

Nesta situação a colega se refere que é solicitada pela Vigilância Epidemiológica, para proceder a notificação de determinada causa de óbito, pois é doença de notificação obrigatória. Estes casos são identificados como fontes informais de notificação.

*“Muitas vezes, para notificar determinados casos buscamos a informação no prontuário do paciente e não encontramos anotação alguma, desde o diagnóstico até mesmo a sintomatologia do paciente”* (enfermeira C).

*“Temos dificuldade de encontrar as informações específicas do paciente”* (enfermeira D).

As enfermeiras C e D, fazem referência à busca pela informação, por meio do prontuário do paciente, os dados específicos do paciente não estão contemplados no mesmo, sendo, o prontuário do paciente utilizado pela equipe de trabalho do hospital. A falta do diagnóstico médico, suscitou duas vertentes: será que somente não está escrito no prontuário, ou será que não foi feito?

Este ponto-chave, gerou muita ansiedade nas exposições das enfermeiras, gerando dúvidas quanto ao motivo que leva esta ausência do diagnóstico médico.

*“Na maioria das vezes notificamos porque lemos os resultados dos exames, conversamos com a família, com os funcionários e com o paciente, para conseguir as informações desejadas”* (enfermeira F).

Percebe-se a angústia das enfermeiras, pela falta de informação. A fala da enfermeira F, representa um caminho a seguir pela busca da informação, pois muitas vezes a sintomatologia do paciente pode não ser o que evidencia e devemos utilizar sim, os recursos disponíveis como meio diagnóstico, para incluir ou excluir casos de notificação de doenças obrigatórias.

O profissional de saúde, necessita estar informado do caso, para poder tratar com habilidade os agravos crônicos e de estigma social, pois algumas vezes corremos o risco de expor o doente ao preconceito, causando-lhe desta forma mais problemas. Torna-se fundamental a identificação destes agravos, para a prevenção da coletividade, tratamento, controle e cura do doente, porém temos que proteger o ser humano, caso contrário poderemos afastá-lo e dificultar a permanência deste indivíduo nos programas específicos de atendimento e da sociedade, estamos falando do sigilo profissional e do direito do paciente ao anonimato.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993)<sup>6</sup>, cita que no exercício profissional, é dever do enfermeiro:

Art. 29:

“Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei”.

O respeito pelo ser humano é legítimo e tratando-se de doenças crônicas e de estigma social torna-se primordial esta condição de respeito e atenção com o paciente.

#### 5.3.4 Falta de Envolvimento dos demais Enfermeiros da Instituição Hospitalar

---

<sup>6</sup> Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – COFEN. Aprovado pela Resolução COFEN - 160 de 12 de maio de 1993. Capítulo IV – Dos Deveres.

Este foi o terceiro ponto-chave eleito, discutido, teorizado e analisado pelo grupo no segundo momento.

Muitas vezes as notificações das doenças obrigatórias, não acontecem porque os profissionais de saúde desconhessem a sua importância, em vários momentos abordamos este assunto durante o estudo, entretanto, o que leva os profissionais de saúde a “desconsiderar” as notificações?

Primeiramente, o sistema de notificação deve estar voltado permanentemente para a sensibilização dos profissionais e das comunidades, visando melhorar a qualidade dos dados (Pereira, 1995).

Todas as instituições oficiais de saúde, tais como: Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, Pronto Atendimento, Consultórios e Ambulatórios, devem fazer parte do sistema de notificação, ou seja, necessitam ser formalizadas como fontes notificadoras, estabelecendo fluxo de encaminhamento para as notificações.

As instituições formadoras dos profissionais de saúde que posteriormente irão compor as equipes das CCIH, bem como dos demais profissionais da saúde, muitas vezes desconhecem ou estão desinformadas sobre as notificações, sua influência nas condições de vida e saúde do ser humano e da coletividade. As notificações das doenças obrigatórias, não se constituem em novidade no contexto da assistência à saúde, contudo no campo curricular vem timidamente sendo discutida em alguns cursos da área da saúde, em outros permanece no esquecimento, quando da formação dos seus profissionais. Estes profissionais necessitam estar constantemente se aprimorando e aperfeiçoando, pois os conhecimentos de hoje, tornam-se obsoletos, se não estiverem em constante aperfeiçoamento.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993)<sup>7</sup>, aponta também, a necessidade dos profissionais da Enfermagem, manterem-se atualizados, ampliando seus conhecimentos científicos e culturais e conseqüente o aperfeiçoamento profissional.

Art. 18:

---

<sup>7</sup> Código de Ética do Profissionais de Enfermagem – COFEN. Aprovado pela Resolução COFEN - 160 de 12 de maio de 1993. Capítulo III - Das Responsabilidades.

“Manter-se atualizado ampliando sus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão”.

Art. 19:

“Promover e/ou facilitar o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão”.

A realidade atual demonstra para a busca de conhecimentos por parte dos profissionais de Enfermagem, numa perspectiva de direito, a qual desencadeará uma prática que responda a seus compromissos sociais não apenas com competência tecnocientífica, mas também ética e moral (Carraro, 1998).

O ser humano e a sociedade necessitam estar informados sobre as Notificações das Doenças Obrigatória, a quem compete notificá-las e quais são suas implicações, pois acredito que quanto mais informado o paciente e a sociedade estiverem, melhor será o desenvolvimento do processo das notificações.

Para Garrafa (1996, p. 38),

*O setor sanitário passa a cúmplice no crescimento da exclusão social e no aumento da expropriação a que vem sendo submetidos milhares de seres humano no País e que lhes rouba a possibilidade de participar do processo de desenvolvimento. Dentro de todo este contexto, tanto a formação de profissionais de saúde como as práticas de saúde tem um papel decisivo a representar. Faz-se urgente a construção de novas regras éticas de convivência para que nossos cidadãos possam viver melhor, de forma mais justa e feliz.*

A composição das equipes das CCIH, até por sua legislação, deve ser multidisciplinar, intervindo nos demais setores da instituição e mantendo relações próximas, objetivando agregar as diversas contribuições dos trabalhos realizados. Diminuindo assim, a desinformação dos profissionais quanto o seu papel.

A retroalimentação é uma das formas de incentivar o trabalho realizado pelos profissionais que atuam na CCIH, bem como de toda a equipe envolvida com estas questões. Estabelecer rotinas de encaminhamento do resultado das notificações, quais foram as ações planejadas e as realizadas é uma estratégia de retroalimentação.

A falta de envolvimento dos enfermeiros foi representada pelas seguintes falas:

*“Os demais enfermeiros, não comunicam a existência de casos que necessitam de notificação”* (enfermeira B).

*“Quando tem algum caso de doença de notificação internado, geralmente eu fico sabendo por outras pessoas, não pelos enfermeiros”* (enfermeira C).

*“Quase sempre eu realizo busca ativa dos casos para poder realizar as notificações”*(enfermeira E).

*“Tudo poderia ser bem mais fácil se o colega telefonasse avisando quando o paciente está internado [...]”* (enfermeira F).

Diante deste contexto, somente uma enfermeira afirmou que pode contar com a contribuição dos demais enfermeiros.

*“Eu não posso reclamar, pois tenho ajuda de todos os colegas”* (enfermeira A).

Esta participante salienta que até os enfermeiros que somente prestam cuidados, não são funcionários do hospital, comunicam a existência de doenças de notificações.

As demais participantes afirmaram que sentem-se sozinhas nesta caminhada, em busca da informação, dos dados dos pacientes. Diariamente fazem visitas às Unidades de Internamento para verificar casos novos.

Todos estes pontos-chave abordados neste segundo momento, foram levantados pelas participantes, como elementos que contribuem para a subnotificação.

#### 5.4 HIPÓTESES DE SOLUÇÃO E ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO NA REALIDADE, EMERGIDAS NO SEGUNDO MOMENTO

As hipóteses de solução levantadas pelo grupo, fundamentadas nos pontos-chave trabalhados neste segundo momento, são:

⇒ Discussão das questões abordadas, no local de trabalho, junto aos enfermeiros, administradores, diretores e demais membros da equipe, objetivando diminuir as oportunidades perdidas das notificações, ressaltando sua importância;

⇒ Trabalhar com a Vigilância Sanitária, a necessidade de enfermeiro exclusivo para a CCIH;

⇒ Contratação de novos funcionários, conforme o número de leitos;

⇒ A contribuição da Vigilância Epidemiológica, quanto as questões da ausência do diagnóstico médico, nos prontuários e demais documentos hospitalar.

As estratégias planejadas para a aplicação na realidade, consideradas viáveis sua aplicação, pelo grupo e de acordo com cada realidade local, são:

⇒ As enfermeiras envolvidas com este estudo, sugeriram participar de reuniões de equipe de Enfermagem, expondo a necessidade da participação dos colegas no processo das notificações, para que eles informem a CCIH, sempre que houver internamentos de casos notificáveis;

⇒ Conversar com os administradores das instituições e diretores clínicos, solicitando que o diagnóstico médico estivesse explícito no prontuário e demais documentos relativos ao paciente, melhorando assim, a comunicação de casos à CCIH, em se tratando, principalmente, de doenças notificáveis;

⇒ Também, quanto a ausência do diagnóstico médico, foi sugerido que a Vigilância Epidemiológica auxiliasse, pois quando realiza busca em prontuários, não encontra as informações;

⇒ Conversar com o setor da Vigilância Sanitária, que realiza vistorias nos hospitais, quando em suas visitas, auxilie quanto a necessidade de um enfermeiro exclusivo na CCIH, assim como existe em determinado hospital;

⇒ Também solicitar à Vigilância Sanitária, a verificação da contratação de novos funcionários, conforme o número de leitos hospitalar.

Estas foram as hipóteses de solução levantadas pelo grupo, para a aplicação na realidade, ou seja: retorno à realidade, para a aplicação das hipóteses de solução, consideradas viáveis sua aplicação.

## Abordagem Problematizadora ao Processo de Notificação das Doenças Obrigatórias

### TEORIZAÇÃO: Segundo Momento:

- ⇒ A sobrecarga de trabalho/rotatividade de pessoal e a ausência de enfermeiro exclusivo na CCIH;
- ⇒ Ausência do diagnóstico médico;
- ⇒ Falta de envolvimento dos demais enfermeiros da instituição hospitalar.

### PONTOS-CHAVE Seleccionados pelo grupo para o Segundo Momento:

- ⇒ A sobrecarga de trabalho/rotatividade de pessoal e a ausência de enfermeiro exclusivo na CCIH;
- ⇒ Ausência do diagnóstico médico;
- ⇒ Falta de envolvimento dos demais enfermeiros da instituição hospitalar.

### HIPÓTESES DE SOLUÇÃO: Segundo Momento:

- ⇒ Discussões das questões abordadas, no local de trabalho, junto aos enfermeiros, administradores, diretores e demais membros da equipe, ressaltando sua importância;
- ⇒ Trabalhar com a Vigilância Sanitária, a necessidade de enfermeiro exclusivo para a CCIH;
- ⇒ Contratação de novos funcionários;
- ⇒ Contribuição da Vigilância Epidemiológica, quanto as questões da ausência do diagnóstico médico.

### OBSERVAÇÃO DA REALIDADE:

- ⇒ Subnotificação.

### APLICACAO NA REALIDADE: Segundo Momento:

- ⇒ Participar de reuniões de equipe de Enfermagem, expondo a necessidade da participação dos colegas no processo de notificação, informando os casos notificáveis a CCIH;
- ⇒ Conversar com administradores e diretores clínicos, solicitando que o diagnóstico médico esteja explícito no prontuário do paciente;
- ⇒ Auxílio da Vigilância Epidemiológica quanto as questões da ausência do diagnóstico médico;
- ⇒ Auxílio da Vigilância Sanitária nas questões da exclusividade de enfermeiro na CCIH e contratação de novos funcionários.

## O Processo de Notificação das Doenças Obrigatórias: Uma Abordagem Problematizadora.

Maraschin (2000), adaptado de Bordenave & Pereira (1998). Estratégia de Ensino - Aprendizagem.

## 6 - DISCUSSÕES SOBRE A VIVÊNCIA

Ao término deste estudo, penso ser importante tecer algumas considerações acerca da prática realizada e com ela, a aprendizagem e novas experiências, porém, não absoluta, com outras formas de abordagens que realizei conjuntamente com os enfermeiros que atuam na CCIH e procedem as notificações das doenças obrigatórias. Desde os primeiros ensaios e pesquisas para a realização deste trabalho, busquei algo, que, pudesse contribuir com a aprendizagem, com a melhoria do processo de notificação das doenças obrigatórias e ao mesmo tempo, viesse ao encontro de minhas necessidades quanto docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE e enfermeira da Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Desde o início, a minha inquietação era porque os profissionais de saúde, principalmente, os enfermeiros que atuam em CCIH, não valorizam o processo de notificação e suas conseqüências ao Ser Humano.

*Assim, a intencionalidade deste estudo foi identificar, analisar e intervir nas dificuldades encontradas quanto ao processo de notificação das doenças obrigatórias ou compulsórias, junto aos profissionais que procedem as notificações nas CCIH, dos hospitais da cidade de Cascavel - Pr, mediante prática educativa, não exercendo o papel fiscalizador e punitivo como trata o termo “compulsório”, mas mostrar, sensibilizar e instrumentalizar os enfermeiros quanto a importância das notificações.*

Utilizando nesta caminhada a Metodologia Problematizadora e fazendo uma abordagem democrática das questões em estudo, parti da vivência individual de cada profissional e juntos traçamos estratégias para melhorar o entendimento das ações de notificações, bem como; a reflexão sobre a atuação de cada profissional. Este envolvimento veio potencializar o estudo à medida em que os profissionais puderam contribuir com a riqueza de suas experiências científicas e práticas, frente à singularidade da realidade na qual interagimos como grupo.

Diante disto, fui conhecer como estavam acontecendo os encaminhamentos das fichas de notificação das doenças obrigatórias, como estavam sendo preenchidas e encaminhadas, à Vigilância Epidemiológica. Após estas informações elaborei um instrumento que pudesse ser utilizado junto às enfermeiras, sendo este, a entrevista, que deu continuidade ao estudo, constituindo-se à fase da observação da realidade, conforme a Metodologia Problematizadora utilizada e o Arco de Maguerez. Segundo Farhat et al., (1998, p. 48), “nada mais correto e racional que o conhecimento do agravo à saúde e o acompanhamento de seus fatores condicionantes sejam constantemente monitorados através de um sistema de vigilância epidemiológica”.

Com as informações obtidas na observação da realidade, suscitou-me interesse e desejo de intervir nesta realidade encontrada. Os pontos-chave foram selecionados, para que pudessem ser teorizados e organizados, subsidiando com isto, as hipóteses de solução e a busca de maneiras de aplicá-los à realidade local, necessitando desta forma, que o problema fosse apreendido para poder ser resolvido.

A fase da teorização foi dividida em dois momentos, para podermos abordar os pontos-chave priorizados pelas enfermeiras participantes, sendo eles:

Primeiro momento abordamos: notificação das doenças obrigatórias; subnotificação e preenchimento das fichas epidemiológicas.

Segundo momento: A sobrecarga de trabalho/rotatividade de pessoal e a ausência de enfermeiro exclusivo na CCIH; ausência de diagnóstico médico e falta de envolvimento dos demais enfermeiros da instituição hospitalar.

Nos trabalhos em grupo, onde conteúdos e procedimentos didáticos tiveram a inserção e a reflexão do cotidiano, indo ao encontro dos anseios, necessidades e objetivos

do grupo, a dinâmica dependeu dos assuntos que estávamos abordando, sendo esta uma forma coletiva de trabalho. Conforme Pinheiro & Gonçalves (1997), o ensino tradicional, não caracteriza uma autêntica comunicação. Este tipo de ensino, superdimensiona a figura do professor, o qual é responsável pela transmissão de conhecimentos acabados a alunos receptores, que os absorvem passiva e cumulativamente.

Em situações anteriores, utilizei o modelo vertical no planejamento das ações, entretanto, neste momento, busquei no modelo grupal uma forma democrática para abordar as questões emergentes. Sem dúvidas, isto constituiu para mim um desafio pessoal e acredito que tenha sido mais do que isto, foi um novo aprendizado e muita satisfação em realizá-lo.

Nos contatos com as enfermeiras notificadoras e integrantes deste estudo, diversas situações-problema foram levantadas e discutidas em conjunto, buscando planejar as ações e várias estratégias, objetivando assim, sua solução. Este encaminhamento assegurou, diante de cada ponto-chave, a argumentação dos profissionais envolvidos. Entendo que seria impossível discutir os pontos-chave e suas causas, e ainda planejar ações e estratégias para soluções, caso os profissionais envolvidos não fossem ouvidos, ou ainda, não tivessem a oportunidade de expressar suas opiniões; caso contrário, não estaríamos agindo como um grupo, estaríamos sim, desrespeitando eticamente as enfermeiras e reproduzindo a metodologia tradicional de planejamento.

Este exercício despertou-me o interesse em aplicar a Metodologia Problematizadora também com os alunos da graduação, durante o estágio de Saúde Coletiva II, que como docente eu estava realizando no momento. Diariamente, reservava uma hora do estágio para trabalhar as questões que surgiam. Deste modo, pude aprender e adquirir habilidades em lidar com esta nova forma de abordagem, entretanto, tenho certeza que ainda preciso de muito exercício, leituras e vivência para ter mais segurança com este método, pois, só se adquire habilidades praticando e desenvolvendo. Aos poucos estou inserindo esta metodologia também nas aulas teóricas da graduação.

Algum tempo se passou desde a realização deste trabalho, muitos problemas permanecem inalterados, várias ações foram planejadas e implementadas, outras estão em fase de viabilização. Algumas demandarão mais tempo, por vezes aliadas às questões políticas, administrativas ou até mesmo do dia-a-dia da equipe de trabalho. Este pode ter

sido um tempo curto para avaliarmos as mudanças, pois qualquer mudança demora para ser incorporada na rotina de muitos anos. Porém, fomentamos coletivamente mudanças, demonstramos possibilidades de implementações, planejando novas formas de sensibilizar os profissionais quanto ao processo de notificações das doenças obrigatórias.

Este estudo não teve a intenção de propor ou recomendar medidas a serem adotadas e sim despertar o interesse pela temática, buscando coletivamente estratégias de ações, acredito que as questões aqui levantadas e discutidas não são totalmente desconhecidas das equipes dos serviços de saúde, porém sua modificação dependerá muito da atuação profissional.

Esta pesquisa, levou-me a refletir, sobre o respeito pelo ser humano, pois em várias situações acreditava, que estava abordando questões lógicas, que deveriam no entanto estar inseridas na rotina diária, de cada profissional, ainda eram desconhecidas dos enfermeiros, com a troca de novas experiências advindas das atividades individuais e grupais, fundamentaram estas reflexões.

A aprendizagem e a instrumentalização do ser humano deve ser gradativa e constante, buscando desta forma o repensar da prática, objetivando aperfeiçoamentos e melhorias. Sendo assim, considero o ser humano inacabado e em constantes mudanças, encontrando assim, novas formas de complementação e lapidação.

Neste caminhar, pude encontrar colegas e ser bem recebida. Partilhar este momento importante de minha vida e saber que a maioria delas também almejam este caminho, deixou-me feliz e levou-me a acreditar que os caminhos da Enfermagem ainda podem melhorar.

As questões políticas, estiveram sempre presentes, principalmente, durante o desenvolvimento dos trabalhos em grupo, quando pontuadas pelas enfermeiras e tornando-se necessário abordá-las, cada vez que o termo entrasse em pauta. A crise econômica do país, muitas vezes, serve de argumentos para as instituições hospitalares em dispor de um enfermeiro atuando exclusivamente na CCIH, pois muitas vezes os representantes de cargos públicos, são os mesmos das instituições privadas, priorizando desta forma, os projetos em benefício próprio, desconsiderando o serviço público.

O Governo Brasileiro sistematicamente vem assumindo o papel que caberia à iniciativa privada, pois que, as verbas públicas freqüentemente utilizadas para fins industriais é exatamente aquela verba que deveria fornecer os serviços básicos para a população (Valla, Stotz, 1991).

Penso que além das questões econômicas que são de fundamental importância para a sobrevivência humana, as questões de vida e saúde do ser humano, também necessitam ser ponderadas e levadas mais a sério, por meio destas questões é que as políticas de saúde deveriam ser melhores traçadas, satisfazendo assim, a necessidade da população oprimida.

Estas possibilidades deveriam ainda, constituírem grandes desafios, pelos planejadores e gestores do Sistema de Saúde, aprofundando as questões metodológicas do planejamento, capazes de elaborar e definir propostas de intervenção e condução, com a participação efetiva dos trabalhadores deste sistema.

A temática, notificação das doenças obrigatória na saúde, envolve amplas e inesgotáveis perspectivas de investigação a serem elaboradas e desenvolvidas. O ser humano, transforma e é transformado dinamicamente, a todo instante, portanto não tenho dúvidas, o desafio está lançado.

A realidade local precisa ser respeitada e muitas vezes compreendida, entretanto, não poderá ser encarada com estagnação e mesmice, deverá ser sim, haver uma política de sensibilização dos profissionais em saúde, onde contribuirão para a conquista de novos espaços profissional.

A situação das CCIH, das seis (6) instituições hospitalares que participaram deste estudo, no que se refere à profissional enfermeira é a seguinte:

⇒O único hospital que tinha uma enfermeira exclusiva na CCIH, permanece com a exclusividade, porém a participante foi substituída temporariamente;

⇒Dois hospitais estão com as mesmas enfermeiras que continuam realizando as funções da CCIH e atuando em outros setores;

⇒Outros dois hospitais, substituíram a enfermeira, mesmo assim, a situação permanece a mesma, elas continuam atuando na CCIH e em outros setores do hospital;

⇒Um hospital está sem enfermeira atuando na CCIH.

Mesmo com este quadro, que está longe de ser o ideal, quanto à atuação da profissional-enfermeira em CCIH, já percebemos melhorias nas notificações, por meio das fichas preenchidas mais adequadamente, com informações corretas, quando da compilação semanal dos dados recebidos das fontes notificadoras. Estas melhorias têm contribuído para redimir a subnotificação, quando os casos deixam de ser notificados, sendo então necessário utilizar as fontes informais de notificações, tais como: as declarações de óbitos, declarações de nascimento, resultados de exames laboratoriais, entre outras.

Como percebemos, falta muito para a implementação efetiva desta proposta, apesar do tempo transcorrido, muitas situações permanecem inalteradas, enfermeiras continuam atuando em vários setores e respondendo pela CCIH.

Pergunto-me valeu a pena, isto tudo? Tenho certeza que sim. Um novo olhar à realidade mostra que precisamos recomeçar esta dinâmica educativa com as enfermeiras, novas integrantes das CCIH dos hospitais da cidade.

O olhar da Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, percebeu-se à necessidade de aplicar esta prática educativa também na Secretaria Municipal de Saúde. Assim, iniciamos um trabalho com os enfermeiros e coordenadores locais das Unidades Básicas de Saúde, utilizando a Metodologia Problematizadora.

Sendo assim, a intencionalidade deste estudo: *identificar, analisar e intervir nas dificuldades encontradas, quanto ao processo de notificação das doenças obrigatórias ou compulsórias, junto aos profissionais que procedem as notificações nas CCIH, dos hospitais da cidade de Cascavel, mediante prática educativa*, foi atingida. Seus resultados estão sendo vivenciados na realidade das notificações das doenças obrigatórias em Cascavel - Pr.

Algumas hipóteses de solução levantadas pelo grupo, estão sendo conduzidas pelas Vigilância Sanitária e Epidemiológica:

Hipótese de solução encaminhada à Vigilância Sanitária:

⇒Necessidade de contratação de novos funcionários;

⇒ Exclusividade de enfermeiro na CCIH.

⇒ O setor de Vigilância Sanitária, está usando nas suas visitas, ou vistorias, como é conhecido pelo referido setor, solicitar formalmente o cumprimento do número de trabalhadores da saúde, conforme o número de leitos credenciados pelo hospital, ou seja, toda capacidade instalada têm um número mínimo de trabalhadores necessários, entretanto, vários são os argumentos das instituições hospitalares em trabalhar com um número mínimo de funcionários. Mínimo este, que muitas vezes não representa nem o mínimo necessário.

⇒ A Vigilância Sanitária, também tem argumentado sobre a necessidade da exclusividade do enfermeiro na CCIH, clareando seu papel e necessidades.

Hipótese de solução encaminhada à Vigilância Epidemiológica:

⇒ Contribuição da Vigilância Epidemiológica, quanto à ausência do diagnóstico médico nos prontuários e demais documentos do paciente.

⇒ Esta hipótese de solução, está sendo trabalhada pela Vigilância Epidemiológica gradativamente, em momentos individuais com o médico, por meio de correspondências e solicitações dos casos, quando necessário notificar, mesmo assim, tem encontrado algumas dificuldades para realizar este procedimento.

Os resultados deste estudo podem nutrir as questões sobre as notificações, bem como a construção de novos entendimentos sobre esta temática, ponderando as discussões ao ser humano, quanto a promoção, prevenção e até mesmo de reabilitação de sua saúde. Poderá ainda, contribuir para que a Enfermagem se adapte a um novo tempo, no qual, não ignore a coletividade. Não intenciono, com isto, priorizar uma determinada assistência, em detrimento de outras, mas defender que este campo de atuação precisa ser contemplado pela Enfermagem, indicando possibilidades de melhorias no processo, maiores garantias no trabalho da Enfermagem e melhor assistência ao paciente e seus contatos, quando acometido por alguma doença de notificação obrigatória.

A realidade é vislumbrada como uma construção, onde os profissionais da Enfermagem e a Sociedade, encontram espaço para participar, refletir, opinar e buscar uma nova forma de pensar e atuar no processo de notificação das doenças obrigatórias.

Ainda antes de encerrar as discussões sobre a vivência neste trabalho e sem a intenção de esgotar as questões aqui levantadas, espero ter contribuído para se fazer avançar novas metodologias sobre a temática notificação das doenças obrigatórias.

Acredito que por mais que se tente inverter um quadro dentro de uma rotina profissional, sabemos perfeitamente que toda transição é lenta e gradual, mesmo assim, ciente das dificuldade e entraves que poderá haver em qualquer processo de mudanças. Nesta minha pesquisa, creio ter realizado pelo menos uma pequena parcela de todo trabalho que objetiva melhorias no processo de notificação das doenças obrigatórias.

Confesso que meu intento foi alcançado, posso me sentir realizada, porque foram muitos pontos positivos e satisfações ao desenvolver este trabalho. Muitos foram os conhecimentos compartilhados e adquiridos, creio que a semente foi plantada. Tenho esperanças que bons frutos poderão ser colhidos. Só o tempo dirá!...

## 7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALSELMI, Maria Luiza. A Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1997. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

BORDENAVE, Juan Díaz; PEREIRA, Adair Martins. Estratégias de ensino - aprendizagem. 19ª edição. Petrópolis : editora vozes, 1998.

\_\_\_\_\_. A enfermeira como agente mediador e suas ferramentas operativas: comunicação, participação e planejamento. S/d (mimeo), 7 p. 199\_.

\_\_\_\_\_. A enfermeira como agente mediador. S/d (mimeo), 4 p. 199\_.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Informe Epidemiológico do SUS. Fundação Nacional de Saúde. Brasília : CENEPI, ano 4, 147 p. 1995.

BREILH, Jaime. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo : UNESP: HUCITEC, São Paulo, 1991.

CARRARO, Telma Elisa. Mortes Maternas por Infecções Puerperais : os componentes da assistência de Enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis. Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado), Universidade Federal de Santa Catarina.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). 2ª edição. São Paulo : editora Hucitec, 1995.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Aprovado pela Resolução 160, de 12 de maio de 1993. Rio de Janeiro, 1993.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Principais legislações: para o exercício da Enfermagem. 1996 - 1999.

FARHAT, Calil Kairalla et al. Infectologia pediátrica. 2ª edição. São Paulo : Editora Atheneu, 1998.

FORTES, Paulo Antônio Carvalho; SACARDO, Daniele Pompei. Ética na assistência à saúde do adolescente e do jovem. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Volume I. Brasília, 1999.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 11ª edição. São Paulo : editora Paz e Terra, 1999.

GARRAFA, Volnei. Ética e Subjetividade no Trabalho em Saúde. Revista Divulgação - em saúde para debate. Nº 12, junho de 1996.

GERMANO, Raimunda Medeiros. A evolução do ensino da ética para enfermeiros. In: BIOÉTICA. SIMPÓSIO: O ENSINO DA ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Vol. 4, nº 1, 1996. p. 79-86.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projetos e relatórios, publicações e trabalhos científicos. 4ª edição revista e ampliada. São Paulo : editora Atlas, 1995.

LAURENTI, Rui; SILVEIRA, in: MARLET, Meira. Saúde da comunidade: temas de medicina preventiva e social. 2ª edição. Editora McGraw do Brasil, 1976.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo : E.P.U, 1986.

MEIRIEU, Philippe. Aprender...sim, mas como? Tradução por Vanise Dresch. 7ª edição. Porto Alegre : Artes Médicas, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª edição. São Paulo - Rio de Janeiro : HUCITEC - ABRASCO, 1993.

\_\_\_\_ (Org). Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade. 6ª edição. Petrópolis, RJ : Vozes, 1996.

PEREIRA, Gomes Pereira. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S.A, 1995.

PERRENOUD, Philippe. Dez novas competências para ensinar. Tradução por: Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 2000.

PINHEIRO, Beatriz, Maria A . de A; GONÇALVES, Maria Helena B. O processo ensino-aprendizagem. Rio de Janeiro : Ed. SENAC Nacional, 1997.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo : Annablume, 1998.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ª edição. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

REIS, Joaquim da Cruz. O sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos saúde e doença. Lisboa, Portugal : Vega, 1998.

ROSEN, George. Uma história da Saúde Pública. 2ª edição. São Paulo : HUCITEC/ABRASCO, 1994.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. Epidemiologia & Saúde. 4ª edição. Rio de Janeiro : MEDSI, 1994.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA, Naomar. Epidemiologia & Saúde. 5ª edição. Rio de Janeiro : MEDSI, 1999.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Cascavel, 1998.

\_\_\_\_\_. Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Cascavel, 1998.

\_\_\_\_\_. Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Cascavel, 1999.

\_\_\_\_\_. Plano Municipal de Saúde: do município de Cascavel. Elaboração para o biênio 1998/1999.

STEFANELLI, Maguida. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. 2ª edição. São Paulo : Robe Editorial, 1993.

TEIXEIRA, Maria Glória, et al., in: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Informe epidemiológico do SUS/centro de Epidemiologia, coord. - Brasília : Fundação Nacional de Saúde. Ano VII, nº 1, jan/mar/1998.

TRIVIÑOS, Augusto, N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo : Atlas, 1995.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. Normas para apresentação de trabalhos. 5ª edição. Curitiba : Ed. da UFPR, 1995.

\_\_\_\_\_. Biblioteca Central. Normas para apresentação de trabalhos. 6ª edição. Curitiba : Ed. da UFPR, 1996.

VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo. Participação popular e saúde. 2ª edição. Petrópolis - Rio de Janeiro : CDDH, 1991.

VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. Epidemiologia para os municípios. Tradução por: Carlos Dora. 2ª edição. São Paulo, 1997.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1<sup>1</sup> - Número de notificações de doenças obrigatórias, realizadas pelos hospitais participantes do estudo, no período de Janeiro a Julho de 1999.**

Doença	Instituição A	Instituição B	Instituição C	Instituição D	Instituição E	Instituição F	Instituição G *
Ac. Animal Peçonhento		57	1	1			
AIDS		2					
Cisticercose							
Cólera							
Coqueluche							
D.S.T.							1
Dengue							
Difteria							
Doença Exantemática		4					
Esquistossomose							
Febre Reumática							
Febre Tifóide							
Hanseníase							
Hepatite	3	9	3	1		4	
Leishmaniose							
Leptospirose	4	24	8	2		7	
Meningite							2
Oc. Toxicológica		84	1				2
Paralisia Flácida Aguda			1				
Pênfigo							
Raiva Humana							
Sífilis		7					
Sífilis Congênita		16					
Teníase							
Tétano		1					
Tuberculose		4					

**Fonte:** Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica - SINAN/99 - Cascavel.

<sup>1</sup> A caracterização das instituições hospitalares foi feita por letras, para manter o sigilo e anonimato das mesmas.

\* Esta instituição não participou dos trabalhos desenvolvidos.

## ANEXO 2 - Modelo de Ficha Individual de Investigação - FII

SUS - MS - FNS - CENEPI		SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃO		TUBERCULOSE	
DADOS GERAIS					
1- NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO		2- DATA DA NOTIFICAÇÃO		3- SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE NOTIFICAÇÃO	
4- CÓDIGO MUNICÍPIO		5- NOME DO MUNICÍPIO			
6- CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE		7- NOME DA UNIDADE DE SAÚDE			
DADOS DO CASO					
8- NOME DO PACIENTE					
9- DATA NASCIMENTO		10- IDADE		11- SEXO	
		D- DIAS M- MESES		A- ANOS I- IGNORADO	
12- GRAU DE INSTRUÇÃO		1- ANALFABETO 2. 1.º GRAU 3. 2.º GRAU 4. SUPERIOR		5- NÃO SE APLICA 6- SUPERIOR 7- IGNORADO	
14- CÓDIGO ETNIA		15- SE É INDÍO, ETNIA			
16- CÓDIGO MUNICÍPIO		17- NOME DO MUNICÍPIO			
18- CÓDIGO DISTRITO		19- DISTRITO		20- ZONA	
				1- URBANA 2- RURAL	
22- CÓDIGO BAIRRO		23- BAIRRO OU LOCALIDADE			
24- ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, APTD. Nº)					
25- PONTO DE REFERÊNCIA				26- TELEFONE	
DADOS COMPLEMENTARES					
27- NOME DA MÃE				28- NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DIAGNÓSTICO					
29- BACTIOSCOPIA DE ESCARRO		1- POSITIVA 2- NEGATIVA		3- NÃO REALIZADA	
31- CULTURA DE ESCARRO		1- POSITIVA 2- NEGATIVA		3- EM ANDAMENTO 4- NÃO REALIZADA	
33- RAO X DO PULMÃO		1- SUSPEITO 2- NORMAL		3- OUTRA ALTERAÇÃO 4- NÃO REALIZADO	
35- EXTRAPULMONAR		1- PLEURAL 2- CANG. PERIF. 3- GÊNITO URINÁRIO		4- ORLA 5- OCULAR 6- MILIAR	
		7- MENINGITE 8- OUTRAS		9- NÃO SE APLICA	
37- COMUNICANTE DE TUBERCULOSE		1- SIM 2- NÃO		38- HIV	
		1- POSITIVO 2- NEGATIVO		3- EM ANDAMENTO 4- NÃO REALIZADO	
39- HISTOPATOLOGIA		1- BAAR POSITIVO 2- SUGESTIVO DE TB		3- NÃO SUGESTIVO DE TB 4- EM ANDAMENTO 5- NÃO REALIZADO	
TRATAMENTO					
40- TRATAMENTO ANTERIOR		41- DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL		42- DROGAS	
1- NÃO 2- SIM - CURADO 3- SIM - ABANDONADO				RIFAMPICINA ISONIAZIDA PIRAZINAMIDA ETAMBUTOL ESTREPTOMICINA ETIONAMIDA OUTRAS	
HOSPITALIZAÇÃO (PREENCHIMENTO EXCLUSIVO POR HÓSPITAIS)					
43- OCORREU		44- DATA DA INTERNÇÃO		45- DATA DA ALTA	
1- SIM 2- NÃO				46- ASSOCIAÇÃO COM AIDAS	
47- MOTIVO DA INTERNÇÃO		1- MENINGITE TUBERCULOSA 2- INDICAÇÕES CIRÚRGICAS EM DECORRÊNCIA DA TUBERCULOSE (Pneumotórax, hemoptise, infarctos, etc.) 3- COMPLICAÇÕES GRAVES DA DOENÇA, EXCETO MAL ESTADO GERAL (Pneumotórax, hemoptise ou infarctos, etc.) 4- INTOLERÂNCIA TOTAL À MEDICAÇÃO NÃO CONTROLÁVEL EM AMBULATORIO 5- EPITUBERCULOSES CLÍNICAS OU CIRÚRGICAS (Cavidades, aperturas, etc.) 6- ESTADO GERAL QUE NÃO PERMITE TRATAMENTO AMBULATORIAL (Câncer) 7- CAUSAS SOCIAIS 8- OUTROS 9- IGNORADO			
48- MOTIVO DA ALTA HOSPITALAR		1- ALTA PARA TRATAMENTO AMBULATORIAL 2- TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE FEDERAL		3- ÓBITO 4- ALTA A REVELAR	
5- OUTRO ESPECIFICAR:					
INVESTIGADO (RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO)					
49- NOME DO MUNICÍPIO / UNIDADE DE SAÚDE				50- CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE	
51- NOME		52- FUNÇÃO		53- DATA	
				54- ASSINATURA:	

ANEXO 3 - Modelo de Ficha Individual de Notificação - FIN



ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ  
INSTITUTO DA SAÚDE DE VIGILÂNCIA E PESQUISA  
SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS

FICHA INDIVIDUAL  
DE NOTIFICAÇÃO

DADOS GERAIS		2-DATA DA NOTIFICAÇÃO / /	
1-NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO Nº 609226			
4-CODIGO MUNICIPIO		5-NOME MUNICIPIO	
6-CODIGO UNIDADE DE SAÚDE		7-UNIDADE NOTIFICANTE	
DADOS DO CASO			
8-NOME DO PACIENTE			
9-DATA NASCIMENTO: / /	10-IDADE	11-SEXO	12-COR DE PIEL
			13-GRUPO SANGUÍNEO
14-NOME AGRVO	15-PROVINCIA	16-CIDADE	17-NOME MUNICIPIO
18-CODIGO DISTRITO	19-DISTRITO	20-ZONA	21-UF
22-CODIGO BAIRRO	23-BAIRRO DO LOCAL/TOME	24-ENDERECO RUA, AVENIDA, Nº, APTº	25-TELEFONE
19-DATA PRIMEIROS SINTOMAS			26-VIA

OBSERVAÇÃO: não preencher campos com hachuras.

Data: / / Nome do Notificante:

**ANEXO 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da  
Instituição UFSC/UFPR - CCS - Pós Graduação em Enfermagem**

Eu, Maristela Salete Maraschin, mestranda do curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina em convênio com a Universidade Federal do Paraná, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e enfermeira da Secretaria de Saúde de Cascavel, na Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Por meio do presente termo, comprometo-me a utilizar eticamente as informações coletadas, no trabalho de Prática Assistencial de enfermagem, integrada as disciplinas de Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem e Educação e Assistência de Enfermagem, garantindo sigilo e anonimato da instituição pesquisada, assim como dos participantes da mesma.

Subscrevo-me e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Maristela Salete Maraschin  
COREn 33245 Pr

R Universitária 161  
Bairro Universitário  
Fone: (045) 220-3000

R. Paraná 5000  
Centro  
Fones: (045) 321-2264 e 321-2250

**ANEXO 5 - Termo de Compromisso de Sigilo e Anonimato  
UFSC/UFPR - CCS - Pós-Graduação em Enfermagem**

A Enfermeira Maristela Salete Maraschin, mestranda do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina em convênio com a Universidade Federal do Paraná, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e enfermeira da Secretaria de Saúde de Cascavel, da Divisão de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, está desenvolvendo seu trabalho de Prática Assistencial na área da epidemiologia, mais especificamente trabalhando com as Doenças de Notificação Obrigatória.

A proposta de pesquisa busca identificar o entendimento junto aos profissionais que atuam na CCIH, das doenças que são objeto de notificação obrigatória bem como suas conseqüências ao ser humano. A partir desta identificação este trabalho visa instrumentalizar os enfermeiros a refletir sobre as possibilidades de melhorias do processo das doenças de notificação obrigatórias e suas conseqüências ao ser humano.

Assim, a enfermeira Maristela Salete Maraschin, solicita consentimento para realizar este trabalho, junto aos profissionais das CCIH, na forma de entrevista e trabalhos em grupos, comprometendo-se em manter o sigilo devido em sua pesquisa científica, não identificando em momento algum a instituição e o profissional, que participaram desta pesquisa.

Cascavel, \_\_/\_\_/\_\_

---

Assinatura do Responsável

**ANEXO 6 - Instrumento de Coleta de Dados, Estruturado com  
Cinco Questões Norteadoras sobre Notificação das  
Doenças Obrigatórias**

⇒ **QUESTÃO 1:** O que é para você não proceder a notificação das doenças obrigatórias?

⇒ **QUESTÃO 2:** Quais as dificuldades encontradas pela CCIH, para proceder as notificações das doenças obrigatórias?

⇒ **QUESTÃO 3:** Como você percebe as subnotificações?

⇒ **QUESTÃO 4:** Como acontece a retroalimentação e/ou orientação da Vigilância Epidemiológica à CCIH?

⇒ **QUESTÃO 5:** Qual o seu entendimento quanto as doenças de notificação obrigatória?