

**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CARLA MANUELA RODRIGUES NOGUEIRA**

**A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: O CASO  
DOS ATENDIMENTOS ANTIRRÁBICOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2016**

CARLA MANUELA RODRIGUES NOGUEIRA

A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: O CASO  
DOS ATENDIMENTOS ANTIRRÁBICOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

Coorientadora: Profa. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto

FORTALEZA-CEARÁ

2016

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

N778n Nogueira, Carla Manuela Rodrigues.  
A notificação compulsória na atenção primária em saúde: o caso dos atendimentos antirrábicos no município de Fortaleza-CE. / Carla Manuela Rodrigues Nogueira. -- 2016.  
153 f. : mapa; tab.; graf.

Orientadora: Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer  
Coorientadora: Sharmênia de Araújo Soares Nuto  
Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, Fortaleza – CE, 2016.

1. Notificação de Doenças. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Raiva. 4. Análise de Dados. 5. Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.4098131

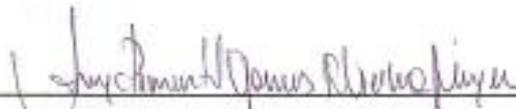
CARLA MANUELA RODRIGUES NOGUEIRA

A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: O CASO  
DOS ATENDIMENTOS ANTIRRÁBICOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

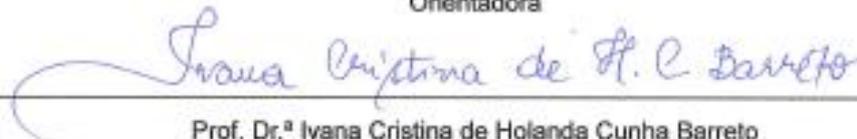
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 27/10/2016

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer  
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)  
Orientadora



Prof. Dr.ª Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto  
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)  
Membro Interno



Prof.ª Dr.ª Paola Gondim Calvasina  
Prefeitura Municipal de Fortaleza  
Membro Externo



Prof. Dr. Adriano Rodrigues Souza  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)  
Membro Externo

Dedico ao meu marido, **Rômulo Costa**, às minhas filhas, **Letícia e Luísa**, à minha mãe, **Regina** e aos meus irmãos, **Rafaela** e **Emanuel**, pelo eterno apoio e amor incondicional.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a **Deus**, responsável por guiar meus passos na vida.

Ao meu marido **Rômulo Costa**, pelo amor, atenção e companheirismo que sempre me dedica.

Às minhas filhas **Letícia** e **Luísa**, pelo amor que dedicam. Amo mais que o infinito.

Aos **meus pais**, pelo apoio e incentivo na minha realização profissional.

À minha orientadora **Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer**, pelo exemplo como pessoa e profissional, pelo seu otimismo, pela oportunidade, pela confiança, pela dedicação, pela orientação, pela paciência e pelo valioso nível de conhecimento transmitido.

À minha coorientadora **Profa. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto**, por todo apoio, incentivo e 'socorros' prestados, tão importantes para a conclusão desse estudo.

Aos **mestrandos da família RENASF UECE-FIOCRUZ**, que foram minha fonte de inspiração, força e motivação.

À **Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Moraes**, pela amizade, solidariedade, carinho e, principalmente, pelo valioso aprendizado.

A todos os **funcionários e professores do Mundo Verde**, pelos ensinamentos e convivência harmoniosa.

Aos **profissionais participantes deste estudo**, pela contribuição ao desenvolvimento da pesquisa.

A **todos** os que, de alguma forma, ajudaram na realização deste sonho, o meu MUITO OBRIGADO!

## RESUMO

A notificação compulsória de doenças ou agravos é a principal fonte de dados da vigilância epidemiológica, sendo um dos fatores desencadeadores do processo informação-decisão-ação. Por conta disso, faz-se necessária a qualidade das notificações, principalmente no nível da atenção básica, que se constitui em um instrumento importante de captação oportuna de enfermidades. Desse modo, essa pesquisa objetivou analisar a prática da notificação compulsória de doenças ou agravos no âmbito das UAPS do município de Fortaleza-CE, enfatizando os atendimentos antirrábicos, já que a doença raiva se constitui um grave problema de saúde pública no Brasil e em vários outros países, principalmente pela sua altíssima letalidade. Tratou-se de um estudo quantitativo, desenvolvido em três etapas. A primeira delas consistiu de um estudo documental, descritivo, sobre a completude dos dados das fichas de notificação de atendimento antirrábico humano, realizadas pelas UAPS de Fortaleza-CE. A segunda etapa teve o objetivo de avaliar o conhecimento e atitudes de profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação às notificações compulsórias de doenças e agravos, com destaque para o atendimento antirrábico humano. E a terceira etapa analisou os fluxos de atendimento relacionados às notificações antirrábicas, desde o contato inicial com o paciente até o encerramento do caso. Em todas as etapas deste estudo os dados foram digitalizados e codificados utilizando do programa Epi Data versão 3.1. Posteriormente foi realizada uma análise dos dados coletados através do programa *Stata SE 14* a luz dos objetivos da pesquisa. De acordo com os resultados deste estudo a qualidade de preenchimento das fichas de notificação antirrábicas foi considerada ruim (67%), conforme a classificação de qualidade do Ministério da Saúde. Em se tratando de conhecimentos sobre as doenças de notificação compulsórias e os atendimentos antirrábicos humanos, percebeu-se um bom nível na maioria dos profissionais. Além disso, 88,1% desses profissionais notificam e adotam a conduta indicada para cada caso, mediante atendimento de um paciente vítima de agressão por animal potencialmente transmissor da raiva. Já em relação aos atendimentos antirrábicos humanos, a maioria dos profissionais adota a conduta inicial de forma correta, mas desconsidera a possibilidade de mudança terapêutica frente ao resultado da observação do animal após o período de 10 dias. Com relação ao fluxo das notificações antirrábicas dentro das UAPS de Fortaleza, na

maioria delas (44,7%) não há acompanhamento estruturado desde o atendimento inicial do paciente até o encerramento dos casos. Em conclusão, é preciso investir em estratégias de capacitação sobre o preenchimento das fichas de notificação e sobre o manejo frente aos atendimentos antirrâbicos, tendo como alvo os trabalhadores da ESF. Além disso, os resultados deste estudo mostraram a necessidade de se refletir acerca das dificuldades evidenciadas por parte dos profissionais que atuam na ESF, relacionadas ao processo de trabalho desenvolvido nas UAPS de Fortaleza, que influenciam diretamente na qualidade das informações e no cuidado longitudinal dos casos de atendimentos antirrâbicos. Baseado nos resultados, recomenda-se para a atenção básica a capacitação permanente dos profissionais em relação às notificações compulsórias; feedback periódico das vigilâncias regionais ou municipais objetivando divulgação e avaliação das informações geradas; retorno das unidades locais de vigilância epidemiológica; investimento em programas educativos direcionados aos profissionais e à comunidade sobre a doença raiva e instituição, a nível municipal, de um protocolo de fluxo das notificações compulsórias.

**Palavras-chave:** Notificação de doenças. Atenção primária à saúde. Raiva.

## ABSTRACT

The compulsory notifiable diseases or injuries are the main source of surveillance data, being one of the triggers of the information-decision-action process. Because of this, the quality of notifications is necessary, especially at the level of primary care, which constitutes an important tool for timely capture of diseases. Thus, this study aimed to analyze the practice of compulsory notifiable diseases or injuries within the Primary Health Care Unit (PHCU) in Fortaleza-CE, emphasizing anti-rabies calls, since rabies is a serious public health problem in Brazil and in several other countries, mainly because of its high lethality. This is a quantitative study, developed in three stages. The first, with a documentary approach, is a descriptive study on the completeness of data on the reporting forms of human anti-rabies care held by PHCU. The second step evaluated the Family Health Strategy professional knowledge and attitudes in relation to the compulsory notification of diseases and disorders, particularly human anti-rabies treatment. The third step assessed the service flow related to rabies notifications, from initial contact with the patient until the end of the case. At all stages of this study, data were digitalized processed and encoded using the Epi Data version 3.1. Subsequently, the analysis of the collected data was performed utilizing the Stata SE program 14 in light of the research objectives. According to the results of this study and the quality rating of the Ministry of Health, rabies reporting forms was considered poor (67%). In the case of professionals knowledge regarding compulsory notifiable diseases and human anti-rabies calls, a good level was found. 88.1% of professionals notify and adopt the indicated for a patient victim of aggression by an animal that can potentially transmit rabies. In relation to human anti-rabies calls, most professionals adopts the initial conduct correctly, but disregards the possibility of therapeutic change after the 10 days animal observation. Regarding the flow of rabies notifications within the PHCU in Fortaleza, most of them (44.7%) did not possess structured monitoring - from the patient's initial treatment until the end of the case. In conclusion, it is necessary to invest in training strategies, targeting FHS workers, regarding anti-rabies care and filling rabies reporting forms. In addition, the results of this study showed the need to reflect on the difficulties highlighted by the professionals working in the FHS, related to the work process developed in Fortaleza's PHCU, which directly influence the quality of the information and longitudinal care of anti-rabies calls. Based on the

findings, it is recommended a permanent training for the primary health care professionals regarding compulsory notifications; a periodic feedback from the regional or local epidemiology surveillance aiming dissemination and evaluation of the information generated; epidemiological surveillance feedback to health units; investment in educational programs targeted at professionals and community about rabies, as well as the creation of firm protocol for compulsory notifications.

**Keywords:** Disease notification. Primary health care. Rabies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Casos confirmados de raiva animal, por UF, no Brasil, até dezembro de 2014 .....	23
Quadro 2 – Casos confirmados de raiva animal, por UF, no Brasil, até maio de 2015 .....	24
Quadro 3 – Esquema para profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular .....	41
Quadro 4 – Estratificação da amostra por categoria profissional .....	50
Figura 1 – Ciclos epidemiológicos da raiva .....	27
Figura 2 – Mapas das Regionais de Fortaleza .....	48

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação, preenchimento e qualidade dos campos das fichas de notificação de atendimento antirrábico humano, existentes no banco de dados do SINAN do município de Fortaleza, no ano de 2014 .....	55
Tabela 2 – Características sociodemográficas dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza participantes do estudo .....	62
Tabela 3 – Conhecimentos dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre notificação compulsória de doenças .....	63
Tabela 4 – Atitudes dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre notificação compulsória de doenças .....	67
Tabela 5 – Conhecimentos e atitudes dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre atendimento antirrábico humano .....	69
Tabela 6 – Relação entre as características sociodemográficas, atitudes e conhecimentos dos respondentes relativos às doenças de notificação compulsória e aos atendimentos antirrábicos humanos .....	76
Tabela 7 – Características sociodemográficas dos gestores ou responsáveis técnicos pela VE e do fluxo de atendimento antirrábico humano das UAPS de Fortaleza-CE .....	87
Tabela 8 – Relação entre as características sociodemográficas dos respondentes e os fluxos do atendimento antirrábico das UAPS de Fortaleza-CE .....	93

## LISTA DE SIGLAS

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica
DNC	Doenças de Notificação Compulsória
FIN	Ficha Individual de Notificação
FII	Ficha Individual de Investigação
OMS	Organização Mundial da Saúde
UF	Unidade Federativa
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
SR	Secretarias Regionais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Código de Endereçamento Postal

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	17
2.1	GERAL .....	17
2.2	ESPECÍFICOS .....	17
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
3.1	A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS OU AGRAVOS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA .....	18
3.2	EPIDEMIOLOGIA DA RAIVA NO BRASIL E NO MUNDO .....	22
3.3	A DOENÇA RAIVA .....	26
3.4	A PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA NO BRASIL .....	33
3.5	O PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO .....	44
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	46
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	46
4.2	DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO .....	47
4.3	POPULAÇÃO-ALVO .....	48
4.4	COLETA DE DADOS .....	51
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	51
4.6	ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS .....	52
4.7	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO .....	53
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	54
5.1	COMPLETITUDE DOS DADOS DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO .....	54
<b>5.1.1</b>	<b>Resultados descritivos</b> .....	55
5.2	CONHECIMENTOS E ATITUDES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO ÀS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS DE DOENÇAS E AGRAVOS, COM DESTAQUE PARA O ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO .....	60

<b>5.2.1 Resultados descritivos</b> .....	60
<b>5.2.2 Resultados analíticos</b> .....	76
<b>5.3 FLUXO ORGANIZACIONAL DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS DENTRO DAS UAPS</b> .....	86
<b>5.3.1 Resultados descritivos</b> .....	86
<b>5.3.2 Resultados analíticos</b> .....	92
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	102
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	118
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	120
<b>APÊNDICES</b> .....	125
APÊNDICE A – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO .....	126
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO – ETAPA 2 .....	127
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO – ETAPA 3 .....	131
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MÉDICOS E ENFERMEIROS) .....	133
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEIS TÉCNICOS OU GESTORES DAS UAPS) .....	135
<b>ANEXOS</b> .....	137
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	138
ANEXO B – PORTARIA 1.271 DE 6 DE JUNHO DE 2014 .....	142
ANEXO C – FICHA DE NOTIFICAÇÃO RAIVA HUMANA .....	145
ANEXO D – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO.....	147
ANEXO E – INSTRUMENTO PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO .....	149

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção básica (AB) abrange ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, tanto ao nível individual como coletivo, de forma a alcançar uma atenção integral que favoreça a autonomia das pessoas e impacte nos determinantes e condicionantes de saúde das populações (BRASIL, 2012).

Estas ações se promovem por meio de práticas de trabalho em equipe, democráticas e participativas, direcionadas a populações que residem em um território definido, utilizando tecnologias de cuidado complexas e variadas, que auxiliam na busca de soluções das demandas e necessidades de saúde mais frequentes e relevantes das coletividades, de acordo com os critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012) considera como equivalentes os termos “Atenção Básica” (AB) e “Atenção Primária à Saúde” (APS) e tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para a efetivação da atenção básica. Além disso, a PNAB define as atribuições comuns a todos os profissionais que atuam nas equipes de atenção básica e, dentre elas, estão a realização da busca ativa e a notificação compulsória de doenças, agravos e de outras situações de importância local, além da garantia que os profissionais precisam assumir diante da qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica.

Em se tratando da notificação, esta pode ser definida como a comunicação da ocorrência de uma doença ou agravo, realizada por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, direcionadas à autoridade sanitária, com o objetivo de garantir a adoção de medidas de intervenção pertinentes (BRASIL, 2009b).

Historicamente, a notificação compulsória (obrigatória) se constitui na principal fonte de dados da vigilância epidemiológica, sendo o fator desencadeador, na maioria das vezes, do processo informação-decisão-ação. Para isso, torna-se necessária a precisão da qualidade do registro das informações no nível local, ou seja, onde ocorre o evento sanitário, já que o valor da informação (dado analisado que desencadeará as ações pertinentes) depende dessa precisão (BRASIL, 2009b).

Desse modo, os serviços da AB, devido à sua capilaridade, inserem-se tanto como promotores das ações de prevenção e controle das doenças

transmissíveis, quanto como elementos responsáveis pela identificação de novas situações e potenciais ameaças sanitárias nacionais, o que demonstra a importância da associação da notificação compulsória de doenças ou agravos ao papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) como um instrumento privilegiado para a captação oportuna de enfermidades (BRASIL, 2009a).

Ademais, sabe-se que as pesquisas têm revelado que todos os países, estados e municípios necessitam de informações confiáveis a respeito da saúde de sua população, de forma a desenvolver a vigilância das doenças. Baseado nisso, nos últimos anos, na área da saúde, grandes esforços políticos, técnicos e organizacionais têm sido empreendidos nas diversas esferas governamentais da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) na busca de conhecer, interpretar e analisar a situação da saúde da população brasileira (RIBEIRO, 2010).

Dessa forma, dados de má qualidade provenientes das notificações compulsórias de doenças ou agravos, aqui entendido como os campos em branco e incompleto das fichas de notificação, representam inconsistências nas informações, oriundas do primeiro nível hierárquico de entrada de dados do sistema, o que pode comprometer o conhecimento do perfil de morbimortalidade, dos principais fatores de risco e de seus determinantes, além das características demográficas das populações (RIBEIRO, 2010).

A Portaria 1271 de 6 de junho de 2014 do Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2014) define a listagem das doenças ou agravos de notificação compulsória (em casos suspeitos ou confirmados) e, dentre os agravos pertencentes a esta listagem, encontra-se o acidente por animal potencialmente transmissor da raiva, que é uma encefalite viral aguda, transmitida por mamíferos como, cães, gatos e morcegos, considerada de extrema importância para a saúde pública, por ter uma letalidade de aproximadamente 100% (BRASIL, 2011c).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013), estudos relacionados à raiva e aos atendimentos antirrábicos mostram a escassa ação da vigilância epidemiológica nesta área, a subnotificação em muitos países em desenvolvimento, os frequentes erros de diagnóstico da raiva, a ausência de coordenação entre todos os setores envolvidos e a incompletude no preenchimento das fichas de notificação, o que pode torná-la uma doença reemergente.

Na cidade de Fortaleza-CE, quinta cidade mais populosa do Brasil, com uma população estimada de 2.571.896 habitantes (IBGE, 2014) e cobertura

populacional de equipes de saúde da família, em maio de 2015, de aproximadamente 47% (DATASUS, 2015), os atendimentos antirrábicos apresentam a maior incidência dentre os agravos notificáveis, segundo o relatório do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para o ano de 2014. Segundo este relatório, dos 15.435 casos notificados em Fortaleza-CE, 8062 foram de atendimentos antirrábicos (BRASIL, 2016a).

Mediante todas as considerações realizadas até o presente momento, e considerando a inexistência de estudos envolvendo a cidade de Fortaleza-CE, ao se realizar busca nas bases de dados nacionais e internacionais, utilizando-se as várias associações entre os descritores “notificação de doenças”, “atenção primária à saúde” e “raiva”, o presente estudo teve como objetivo analisar a prática da notificação compulsória de doenças ou agravos nos cenários das unidades de atenção primária à saúde (UAPS) do município de Fortaleza-CE, com ênfase nos atendimentos antirrábicos.

Além disso, desde março de 2013, ao exercer a gestão de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza-CE, mais precisamente no Bairro Bonsucesso, passei a me deparar com um grande número de atendimentos antirrábicos mensais e com uma conseqüente dificuldade local de organizar o fluxo desses atendimentos, desde a notificação até a conclusão final dos casos, o que ocasionou o levantamento das seguintes questões: Como está organizada a prática das notificações compulsórias nas unidades de atenção primária à saúde de Fortaleza-CE? Qual o conhecimento dos profissionais que atuam na atenção primária de Fortaleza-CE relacionado à notificação compulsória de doenças ou agravos e aos atendimentos antirrábicos? Quais os aspectos facilitadores e desafiadores da prática de notificação compulsória na atenção primária em Fortaleza-CE? Quais as características das notificações antirrábicas desenvolvidos pelos profissionais que atuam na atenção primária de Fortaleza-CE?

Em face do exposto, ao se considerar como objeto de estudo a prática da notificação compulsória de doenças ou agravos, a presente pesquisa foi justificada por uma necessidade de se rediscutir as ações da notificação compulsória desenvolvidas pelos profissionais que atuam na Atenção Básica, de forma a contribuir para a clareza, autenticidade e qualidade acerca de casos suspeitos ou confirmados de doenças ou agravos de interesse sanitário.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Analisar a prática da notificação compulsória de doenças ou agravos no âmbito das UAPS do município de Fortaleza-CE, com ênfase nos atendimentos antirrâbicos.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar a completude dos dados das fichas de notificação de atendimento antirrâbico humano;
- Identificar o conhecimento e atitudes de profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação às notificações compulsórias de doenças e agravos, com destaque para o atendimento antirrâbico humano;
- Verificar o fluxo organizacional da notificação compulsória de doenças dentro das UAPS.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS OU AGRAVOS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

A AB é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A PNAB, que estabelece as diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define como um dos fundamentos e diretrizes da AB a coordenação da integralidade das ações de saúde, de forma a envolver ações programáticas e de demanda espontânea, articulando a promoção à saúde, a prevenção de agravos, a vigilância à saúde, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2012, grifo nosso).

Observa-se, desse modo, que existe uma integração de equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e Vigilância em Saúde, já que, por conhecer a realidade local e trabalhar vínculo e responsabilização às famílias, as equipes de saúde da família terão maiores subsídios para a realização de diagnóstico, investigação dos casos e implementação de projeto terapêutico adequado às condições de vida dos pacientes, de forma a investir na transformação da relação dos indivíduos com os fatores que propiciam o desenvolvimento de doenças, além de fortalecer o conceito de cidadania e a autonomia dos sujeitos para a modificação e melhoria da qualidade de suas vidas (BRASIL, 2009a).

Corroborando com a importância da vigilância dentro dos serviços de saúde, o decreto 7.508 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, diz que para uma Região de Saúde ser instituída, deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a, grifo nosso).

De acordo com o manual de gestão da vigilância em saúde, esta tem por objetivo a observação e a análise contínua da situação de saúde das populações, de

forma a controlar os determinantes, riscos e outros agravos à saúde das pessoas, através de uma abordagem individual e coletiva, garantindo, com isso, a integralidade da atenção (BRASIL, 2009c).

As ações da vigilância em saúde devem estar inseridas em todos os níveis de atenção e envolve os seguintes componentes: a vigilância epidemiológica, a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária (BRASIL, 2009c).

Em se tratando da vigilância epidemiológica (VE), a Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990), em seu parágrafo 2º do artigo 6º, a define como:

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

Com essa definição, o conceito de VE passou a ser ampliado e suas ações começaram a ser operacionalizadas num contexto de reorganização do sistema de saúde brasileiro, caracterizado por uma prestação de serviços baseada na descentralização de responsabilidades e no atendimento universal, integral e equânime (BRASIL, 2009b).

Com isso, as atividades rotineiras da AB/ESF, desenvolvidas objetivando seguir os princípios e diretrizes de universalidade e de integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde das populações, passaram a utilizar a epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, de alocação de recursos e de orientação programática (BRASIL, 2009a).

Isto só foi possível devido à proximidade que a AB, através da ESF, sempre manteve com as famílias, o que ocasionou a formação de um canal de comunicação permanente e oportuno para a difusão de informações relativas ao processo saúde-doença, contribuindo para o conhecimento do processo saúde-doença e suas formas de prevenção e controle, além de proporcionar um melhor conhecimento sobre os fatores condicionantes e situação de saúde, além de favorecer a participação da população local na definição de prioridades, na elaboração e na manutenção das ações de controle de agravos a serem desenvolvidas de acordo com as suas especificidades (BRASIL, 2009a).

As funções da VE são específicas, intercomplementares e contínuas, de modo que as medidas de intervenção a um determinado agravo ou doença possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. Essas funções envolvem: coleta, processamento, análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas; promoção das ações de prevenção e controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes (BRASIL, 2009b).

Em relação à coleta de dados, esta possui como objetivo a **INFORMAÇÃO PARA AÇÃO**, através de uma adequada investigação de informações geradas no local onde ocorre o evento sanitário. Os dados e informações que alimentam o sistema de VE são os seguintes: dados demográficos, ambientais e socioeconômicos; dados de morbidade; dados de mortalidade e notificação de emergências de saúde pública, surtos e epidemias (BRASIL, 2009b).

Os dados de morbidade, que são os mais utilizados em VE, permitem a detecção imediata de problemas sanitários e correspondem à distribuição de casos de acordo com a condição de portadores de infecções ou patologias específicas, como também de sequelas associadas a essas condições. Tratam-se, em geral, de dados produzidos através da notificação de casos e surtos, da busca ativa de casos, de investigações epidemiológicas, entre outras fontes (BRASIL, 2009b).

A notificação é a comunicação da ocorrência de uma doença ou agravo, realizada por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, direcionadas à autoridade sanitária, com o objetivo de garantir a adoção de medidas de intervenção pertinentes. Historicamente, a notificação compulsória (obrigatória) se constitui na principal fonte de dados da VE, sendo o fator desencadeador, na maioria das vezes, do processo informação-decisão-ação (BRASIL, 2009b).

Os dados correspondentes das notificações e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (DNC) compõem o SINAN, que é o sistema mais importante para a vigilância epidemiológica. A partir da alimentação desse sistema pode-se calcular a incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, bem como analisar as características de pessoa, tempo e lugar relacionadas, particularmente, às doenças transmissíveis de notificação obrigatória, além de avaliar a qualidade dos dados obtidos (BRASIL, 2009b).

O MS padroniza dois tipos de formulários para alimentar o SINAN, que são denominados de Ficha Individual de Notificação (FIN) e Ficha Individual de Investigação (FII). A FIN é sempre preenchida pelos profissionais de saúde para cada paciente que apresente caso suspeito de qualquer doença de notificação compulsória. A FII é preenchida pelos serviços capacitados para a realização de investigação epidemiológica, tendo a finalidade de pesquisar sobre cada tipo de agravo e identificar fontes de infecção das doenças e seus mecanismos de transmissão (RIBEIRO, 2010).

É de suma importância para o bom funcionamento do SINAN que as informações advindas das notificações compulsórias sejam oportunas e reais, de modo que o SINAN capte o mais precocemente possível as modificações que podem suceder no perfil de morbimortalidade de uma determinada área, bem como, avaliar a organização e a cobertura das atividades desenvolvidas pela vigilância epidemiológica (RIBEIRO, 2010).

A atual portaria 1271 de 6 de junho de 2014 do MS (ANEXO B) define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e traz a diferença conceitual entre doença e agravo, definindo doença como uma enfermidade ou estado clínico que represente um dano significativo para a coletividade, independente da procedência. Já agravo, a portaria define como qualquer dano à integridade dos indivíduos, tanto fisicamente como mentalmente, ocasionado por circunstâncias nocivas como, por exemplo, acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais e lesão autoprovocada (BRASIL, 2014).

A portaria 1271 também estabelece dois tipos de periodicidade de notificação das doenças: a notificação compulsória imediata, que deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível; e a notificação compulsória semanal, que será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória (BRASIL, 2014).

Esse imediatismo imposto a alguns tipos de notificações é justificado pela necessidade de desencadear medidas de prevenção e controle em tempo hábil, nos

casos de doenças com elevada gravidade ou disseminadoras e desencadeadoras de surtos (SOUSA *et al.*, 2012).

Dentre os agravos de notificação compulsória imediata pertencentes a listagem de doenças de notificação encontra-se o acidente por animal potencialmente transmissor da raiva, que, no Brasil, apresenta-se em grande número, devido, principalmente, ao envolvimento de pessoas em acidentes com cães e gatos, mesmo com a raiva urbana estando controlada na maioria dos estados e a com a diminuição significativa na ocorrência de casos humanos da doença (FRIAS, 2012).

Sousa *et al.* (2012), em um estudo sobre o conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da ESF no Município de Teresina, Estado do Piauí, perceberam deficiência no conhecimento sobre as doenças que devem ser notificadas imediatamente (em menos de 24 horas da suspeita inicial), em maiores proporções para os casos de raiva humana, influenza A, H1N1 e cólera.

Por conta disso, Gomes *et al.* (2012) dizem que o conhecimento a respeito da doença raiva e das condutas a serem adotadas, nos casos que envolvem agressões humanas por animais potencialmente transmissores desta doença, é de extrema importância para os profissionais que atuam na área da saúde, principalmente para aqueles que atuam em serviços de AB, que é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, de modo que se possa adotar as condutas oportunas e indicadas para cada caso e, com isso, prevenir o risco de raiva nas pessoas agredidas.

### 3.2 EPIDEMIOLOGIA DA RAIVA NO BRASIL E NO MUNDO

Com algumas exceções (ilhas principalmente), o vírus da raiva é encontrado em todo o mundo. Alguns países, incluindo o Reino Unido, Irlanda, Suécia, Noruega, Islândia, Japão, Austrália, Nova Zelândia, Singapura, a maioria da Malásia, Papua Nova Guiné, as ilhas do Pacífico e algumas ilhas da Indonésia estão livre do vírus da raiva clássica há muitos anos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), para um país ser considerado livre da raiva, não pode haver casos autóctones em humanos ou animais durante dois anos, com vigilância adequada e regulamentação de importação (WHO, 2013).

Os dados da situação epidemiológica da raiva no Brasil mostram que o país não pode ser considerado livre da raiva, já que, no ano de 2014, foram registrados casos de raiva animal e em 2015 foram registrados casos de raiva animal e humana. Com relação aos casos de raiva animal, em 2014, tomando como exemplo a raiva canina, o quadro 1 abaixo mostra que foram registrados 15 casos no país, sendo 12 deles na Região Nordeste (BRASIL, 2016b).

**Quadro 1 – Casos confirmados de raiva animal, por Unidade Federativa (UF), no Brasil, até dezembro de 2014**

Estado	C	G	B	E	MH	MnH	Mc	R	O
Norte	-	-	28	8	-	2	-	-	2
Rondônia	-	-	4	1	-	2	-	-	-
Acre	-	-	1	1	-	-	-	-	-
Amazonas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Roraima	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pará	-	-	17	4	-	-	-	-	2
Amapá	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Tocantins	-	-	4	2	-	-	-	-	-
Nordeste	12	3	86	7	-	16	3	10	7
Maranhão	10	2	5	3	-	-	-	-	2
Piauí	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceará	-	-	9	-	-	3	3	5	2
R.G.do Norte	1	-	18	1	-	12	-	1	1
Paraíba	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Pernambuco	-	1	25	1	-	1	-	4	-
Alagoas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sergipe	1	-	4	-	-	-	-	-	-
Bahia	-	-	23	2	-	-	-	-	2
Sudeste	2	1	392	64	5	67	-	-	10
Minas Gerais	-	-	141	21	1	25	-	-	3
Espirito Santo	-	-	51	8	1	1	-	-	-
Rio de Janeiro	-	-	20	3	-	-	-	-	-
São Paulo	2	1	180	32	3	41	-	-	7
Sul	-	1	173	19	6	43	-	-	1
Paraná	-	-	28	6	2	26	-	-	1
S.Catarina	-	-	26	1	1	4	-	-	-
R.G.do Sul	-	1	119	12	3	13	-	-	-
Centro-Oeste	1	-	65	13	-	11	-	-	-
M.G.do Sul	-	-	20	1	-	1	-	-	-
Mato Grosso	-	-	33	5	-	1	-	-	-
Goiás	1	-	12	7	-	8	-	-	-
D. Federal	-	-	-	-	-	1	-	-	-
<b>Brasil</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>744</b>	<b>111</b>	<b>11</b>	<b>139</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>19</b>

Legenda: C - Cão; G - Gato; B - Bovino; E - Equino; MH - Morcegos Hematófagos;  
MnH - Morcegos não Hematófagos; Mc - Macacos; R - cachorro-do-mato; O - Outros

Fonte: SVS/MS

Obs: \*dados parciais até Dezembro de 2014, sujeito a alterações.

Fonte: Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS)/MS.

Já no ano de 2015, conforme quadro 2, o número de casos de raiva canina aumentou quase seis vezes mais no Brasil, já que contabilizou 83 casos, sendo 11 deles na Região Nordeste e 71 na Região Centro-Oeste. Já no ano de 2016, até o mês de abril, já foram contabilizados 3 casos de raiva canina, sendo 1 deles na região Nordeste (BRASIL, 2016b).

**Quadro 2 – Casos confirmados de raiva animal, por UF, no Brasil, no ano de 2015**

Estado	C	G	B	E	MH	MnH	Mc	R	O
Norte	-	-	43	8	1	1	-	-	1
Rondônia	-	-	2	2	-	1	-	-	-
Acre	-	-	3	2	-	-	-	-	1
Amazonas	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Roraima	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pará	-	-	3	2	-	-	-	-	-
Amapá	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tocantins	-	-	33	2	1	-	-	-	-
<b>Nordeste</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>53</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>3</b>
Maranhão	3	1	6	-	-	-	-	-	-
Piauí	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceará	2	1	1	-	-	1	3	2	-
R.G.do Norte	6	-	5	-	-	7	-	1	1
Paraíba	-	1	3	-	-	-	-	-	-
Pernambuco	-	-	26	-	-	2	1	5	2
Alagoas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sergipe	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahia	-	-	12	1	2	8	-	9	-
<b>Sudeste</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>104</b>	<b>27</b>	<b>3</b>	<b>33</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2</b>
Minas Gerais	-	-	46	5	1	4	-	-	-
Espirito Santo	-	-	2	1	-	-	-	-	-
Rio de Janeiro	-	-	20	2	-	-	-	-	-
São Paulo	1	4	36	19	2	29	-	-	2
<b>Sul</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>74</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>16</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Paraná	-	-	-	-	-	1	-	-	-
S.Catarina	-	-	10	-	-	7	-	-	-
R.G.do Sul	-	1	64	3	-	8	-	-	-
<b>Centro-Oeste</b>	<b>71</b>	<b>-</b>	<b>39</b>	<b>9</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
M.G.do Sul	71	-	-	-	-	3	-	-	-
Mato Grosso	-	-	29	2	-	-	-	-	-
Goiás	-	-	10	4	-	-	-	-	-
D. Federal	-	-	-	3	-	-	-	-	-
<b>Brasil</b>	<b>83</b>	<b>8</b>	<b>313</b>	<b>48</b>	<b>6</b>	<b>71</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>6</b>

Legenda: C - Cão; G - Gato; B - Bovino; E - Equino; MH - Morcegos Hematófagos; MnH - Morcegos não Hematófagos; Mc - Macacos; R - cachorro-do-mato; O - Outros

Fonte: SVS/MS.

Com relação ao número de casos confirmados de raiva humana, entre 1990 a maio de 2016, o Brasil registrou um declínio considerável a partir de 2006, sendo os últimos casos registrados em 2013 (3 no Maranhão e 2 no Piauí), 2015 (1 caso na Paraíba e 1 caso em Mato Grosso do Sul) e em 2016 (1 caso em Roraima) (BRASIL, 2016b).

Sobre esse declínio, Nociti, Nociti e Valeriano (2011) dizem que uma das principais medidas adotadas no Brasil para controle da raiva em áreas urbanas é a vacinação de cães e gatos, que é responsável pela diminuição do número de casos de raiva canina e de raiva felina e, conseqüentemente, da raiva humana.

No Brasil, entretanto, ainda existem áreas endêmicas para o ciclo urbano, o qual envolve reservatórios domésticos, como cães e gatos. Por sua vez, tem-se observado a emergência do ciclo silvestre e seus reservatórios selvagens, como morcegos, cachorros-do-mato, raposas e primatas não humanos (BRASIL, 2009b).

A região Nordeste destaca-se por apresentar uma maior fragilidade a surtos ou casos de raiva transmitida por cães. Além do Nordeste, as áreas de fronteiras, principalmente municípios que fazem limites com a Bolívia, também apresentam fragilidades e susceptibilidades na sustentabilidade da circulação viral (BRASIL, 2016a).

Esses últimos casos de raiva humana registrados em 2015 e 2016 foram transmitidos pelas espécies caninas (1 caso) e felinas (2 casos), o que significa um retrocesso do Brasil em relação ao controle dessa doença, já que, segundo o relatório de gestão 2011-2014 da vigilância à saúde (BRASIL, 2015), o Brasil tinha assumido o compromisso de eliminar a raiva humana transmitida por cães até 2015.

Importante destacar que todos os casos de raiva humana ocorridos no Brasil, no período de 2011 a 2016, foram conseqüências da falta de procura pelo atendimento médico em tempo oportuno ou por equívocos no atendimento profilático antirrábico humano, já que não foi seguido o esquema preconizado pelo Ministério da Saúde. Nenhum deles ocorreu pela falta da vacina, soro ou imunoglobulina na rede de assistência (BRASIL, 2016a).

Os casos de Jati-CE, Rio Casca-MG, Tapurah-MT (todos em 2012), Parnaíba-PI (2013), Corumbá-MS (2015) e Boa Vista-RR (2016) foram submetidos ao Protocolo de Tratamento de Raiva Humana no Brasil (Protocolo de Recife), mas infelizmente sem sucesso. Houve anteriormente ao período analisado, somente um caso de sucesso de tratamento, em 2008, registrado em Floresta-PE (BRASIL, 2016a).

Em relação ao Estado do Ceará, uma análise nos indicadores epidemiológicos da raiva em herbívoros, no período de 2006 a 2012, mostrou que o número de focos é muito oscilante, em cenário de vigilância decrescente e com flutuação contínua na relação de exames positivos/exames totais, o que prejudica sobremaneira a avaliação da incidência da doença no estado (BRASIL, 2013).

Sobre a ocorrência da raiva em herbívoros, Oliveira *et al.* (2013) dizem que são muitas as perdas econômicas e os problemas de saúde pública relacionados à raiva nos herbívoros, principalmente quando se leva em consideração a transmissão ao homem. Além disso, esses mesmos autores ressaltam que a subnotificação dos casos suspeitos é um grande empecilho ao controle da doença, visto que essa é a principal maneira de reduzir o número da doença nos animais de produção.

Diante disso, é preocupante a dificuldade de vigilância efetiva em relação à raiva humana, devido ao risco de circulação viral, sendo muito provável que os atuais registros de raiva no Ceará não retratem a real situação, devido a potencial subnotificação da doença e à existência de áreas silenciosas para a doença. É necessário que as ações sejam executadas de maneira estratégica e com regularidade (BRASIL, 2013).

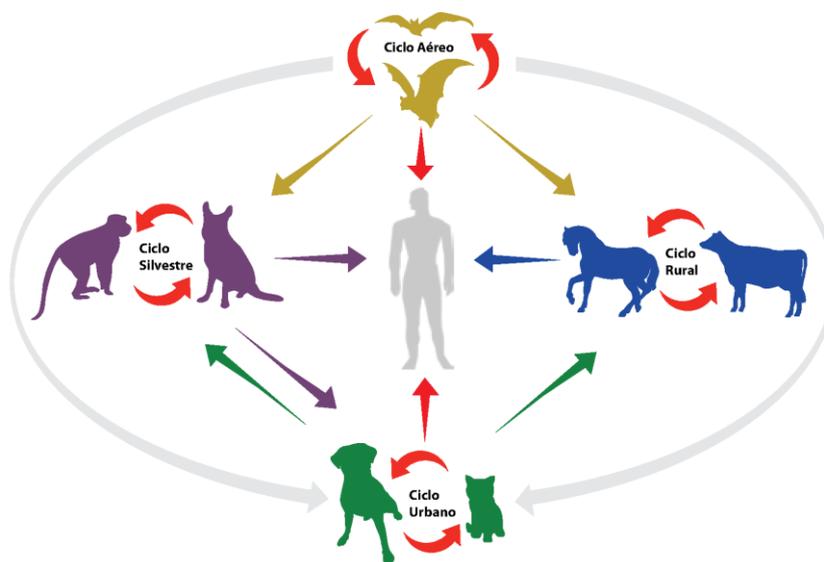
### 3.3 A DOENÇA RAIVA

A raiva é uma doença de extrema importância para a saúde pública por ter uma letalidade de aproximadamente 100% (WHO, 2013; BRASIL, 2011c), por ocasionar altos custos com tratamentos, diagnósticos e reações adversas às vacinas (WHO, 2013), e por causar forte impacto psíquico e emocional nas pessoas mordidas, devido ao temor de contrair a doença (ACHA; SZIFRES, 2003 *apud* FRIAS; LAGES; CARVALHO, 2011).

É considerada uma zoonose viral caracterizada por uma encefalite aguda e letal, na qual todos os mamíferos são suscetíveis ao vírus, podendo transmiti-la. A doença possui como agente etiológico o vírus rábico pertencente à ordem Mononegavirales, família Rhabdoviridae e gênero *Lyssavirus* (BRASIL, 2009b).

A figura 1 mostra os quatro ciclos epidemiológicos em relação à fonte de infecção da raiva, são eles: o urbano, em que a enfermidade se mantém em algumas áreas em cães e gatos; o rural, representado por animais de produção, especialmente os herbívoros (bovinos, equídeos, caprinos e ovinos), em que o morcego hematófago é o principal transmissor; o silvestre, representado principalmente pelos carnívoros, como raposas e guaxinins, além de primatas não humanos (saguís) e morcegos; e o aéreo, representado pelos morcegos (BRASIL, 2009b).

**Figura 1 – Ciclos epidemiológicos da raiva**



Fonte: BRASIL, 2011c.

Apenas os mamíferos transmitem e adoecem pelo vírus da raiva. No Brasil, o morcego é o principal responsável pela manutenção da cadeia silvestre, enquanto o cão, em alguns municípios, continua sendo fonte de infecção importante. Outros reservatórios silvestres são: macaco, cachorro-do-mato, raposa, gato-do-mato, mão-pelada, guaxinim, entre outros. Na Europa ocidental e nos Estados Unidos da América (EUA), as origens mais comuns são os guaxinins, as raposas, os morcegos e os coiotes (dentre os animais selvagens) e cães e gatos, dentre os mamíferos domésticos (BRASIL, 2011c).

A transmissão da raiva ocorre através da penetração do vírus contido na saliva do animal infectado, principalmente através da mordedura, mas também, de forma mais rara, através da arranhadura e lambedura de mucosas. Após penetrar no organismo o vírus atinge o sistema nervoso periférico e o sistema nervoso central, disseminando-se posteriormente para vários órgãos e glândulas salivares, onde se multiplica e é eliminado pela saliva das pessoas ou animais infectados (BRASIL, 2009b).

Em relação à incidência da raiva humana, Gomes *et al.* (2012), em um estudo sobre a atualização dessa doença em seus aspectos epidemiológicos e clínicos, dizem que existem dois picos, um na faixa etária por volta dos cinco e, outro, por volta dos 14 anos, devido a maior exposição deste grupo etário ao contato com animais.

O período de incubação da raiva varia desde dias até anos, com uma média de 45 dias no homem e de 10 dias a 2 meses no cão. Esta variação está diretamente relacionada com a localização, extensão e profundidade da mordedura, arranhadura, lambedura ou contato com a saliva do animal infectado; com a distância entre o local do ferimento, o cérebro e troncos nervosos da vítima; além da concentração de partículas virais inoculadas e cepa viral (BRASIL, 2009b).

A doença no homem apresenta a fase prodrômica, que dura de dois a quatro dias, com presença de sinais e sintomas inespecíficos, por exemplo, mal-estar geral, pequeno aumento de temperatura, anorexia, cefaleia, náuseas, dor de garganta, entorpecimento, irritabilidade, inquietude e sensação de angústia. Podem ocorrer também hiperestesia e parestesia no trajeto de nervos periféricos, próximos ao local da mordedura, além de alterações no comportamento (BRASIL, 2011d).

Outra fase que caracteriza a doença é a fase neurológica, que apresenta duas formas: a forma furiosa, que é relacionada principalmente a vírus transmitidos por canídeos; e a forma parálitica relacionada, na maioria dos casos, a vírus transmitidos por morcegos (BRASIL, 2011d).

Na forma furiosa o paciente apresenta manifestações de ansiedade e hiperexcitabilidade crescentes, febre, delírios, espasmos musculares involuntários, generalizados e/ou convulsões, espasmos dos músculos da laringe, faringe e língua devido à hidrofobia, sialorreia intensa, disfagia, aerofobia e fotofobia (BRASIL, 2011d).

Já na forma parálitica ocorre parestesia, dor e prurido no local da mordedura, além de paralisia muscular flácida precoce, febre marcante, elevada e intermitente, alterações cardiorrespiratórias, retenção urinária, obstipação intestinal (embora se observem espasmos musculares, especialmente na laringe e faringe). Não se percebe claramente a hidrofobia, e a consciência é preservada na maioria dos casos (BRASIL, 2011d).

Na espécie canina a forma furiosa caracteriza-se por inquietação, tendência ao ataque, anorexia pela dificuldade de deglutição e latido bitonal, posteriormente, apresenta paralisia, coma e, conseqüentemente, morte do animal. Já na forma parálitica, não há inquietação ou tendência ao ataque, o cão tende a se isolar e se esconder em locais escuros, além disso, apresenta paralisia progressiva, que se inicia pelas patas traseiras, levando o animal à morte (BRASIL, 2009 d).

O diagnóstico laboratorial em vida da raiva humana pode ser realizado pelo método de imunofluorescência direta (IFD), em impressão de córnea, raspado de mucosa lingual (*swab*) ou tecido bulbar de folículos pilosos, obtidos por biópsia de pele da região cervical (BRASIL, 2009b).

De acordo com as normas técnicas de profilaxia da raiva humana (Brasil, 2011a), não existe um tratamento da raiva comprovadamente eficaz, já que poucos pacientes sobrevivem à doença, a maioria com sequelas graves. Em 2004 foi registrado nos Estados Unidos o primeiro relato de raiva que evoluiu para cura, em um paciente que não tinha recebido vacina ou soro antirrábico. Nesse caso, o paciente foi submetido a um tratamento à base de antivirais e indução ao coma, denominado Protocolo de Milwaukee, e sobreviveu sem receber vacina ou soro (BRASIL, 2010; BRASIL, 2009a).

No Brasil, um caso semelhante de cura só foi registrado em 2008, em um paciente mordido por um morcego hematófago. Nesse caso, foi iniciado o protocolo de Milwaukee adaptado à realidade brasileira, o qual originou o Protocolo de tratamento de raiva humana no Brasil – Protocolo de Recife (BRASIL, 2011d).

Essa evolução do paciente para cura da raiva abriu perspectivas para tratamento de uma doença que, até o momento, era considerada letal. Desse modo, o Protocolo de Tratamento da Raiva Humana passou a ser recomendado para todo paciente com suspeita clínica de raiva, que tenha vínculo epidemiológico e profilaxia antirrábica inadequada. O tratamento deve ser aplicado o mais precocemente possível e consiste na indução de coma, uso de antivirais, reposição de enzimas e manutenção dos sinais vitais do paciente (BRASIL, 2011d).

Apesar do sucesso nesse caso de cura da raiva, esse protocolo ainda não garante a sobrevivência do paciente e pode deixar sequelas graves e/ou irreversíveis. Desse modo, como a raiva continua tendo uma letalidade de aproximadamente 100%, a profilaxia antirrábica é a melhor alternativa e, por isso, deverá ser adequadamente executada (BRASIL, 2009a).

Para tanto, é imprescindível que, ao suspeitar de raiva humana, o caso seja notificado de imediato às instâncias da vigilância epidemiológica municipal, estadual e federal, através de uma notificação individual e compulsória (FICHA DE NOTIFICAÇÃO RAIVA HUMANA – ANEXO C), para que sejam providenciados os exames laboratoriais e medicamentos necessários à condução do caso, além de possibilitar sua investigação pelos serviços de saúde. Nesses casos, onde se tem a

suspeita da raiva humana, os pacientes não devem receber vacina ou soro antirrábico (BRASIL, 2009b).

Associado a isso, toda agressão por animal potencialmente transmissor da raiva também deve ser notificada, independente do paciente ter indicação de receber vacina ou soro antirrábico. Para isso, existe uma ficha individual que deve ser devidamente preenchida e notificada (FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO – ANEXO D), que se constitui em um instrumento fundamental para decisão da conduta de profilaxia a ser adotada pelo profissional de saúde.

Em relação ao controle da raiva no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família, dentre as atribuições comuns a todos os profissionais que atuam neste nível, está a garantia da notificação do caso suspeito (humano e animal), acompanhamento e continuidade do cuidado nesse nível de atenção (BRASIL, 2009a).

No caso específico dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estes são responsáveis por: identificar a pessoa vítima de agressão por animal e encaminhá-lo à unidade básica de saúde para avaliação e tratamento profilático antirrábico; orientar o usuário e sua família sobre a importância da observação do animal durante o tempo indicado, comunicando imediatamente à equipe de saúde, caso ocorra a morte do animal; acompanhar o usuário em tratamento profilático inclusive quanto aos sinais e sintomas de reação adversa vacinal e orientá-lo quanto à importância de concluir todo o tratamento prescrito; compartilhar com as Equipes da Unidade de Saúde/Saúde da Família as informações colhidas durante a visita domiciliar; realizar busca ativa de usuários faltosos e/ou que abandonaram o tratamento antirrábico profilático, dentre outros (BRASIL, 2009a).

Em relação aos auxiliares e técnicos de enfermagem, estes devem identificar sinais e sintomas de raiva e encaminhar imediatamente os casos suspeitos para atendimento pela Equipe da Unidade de Saúde/Saúde da Família; observar no cartão de vacinas dos usuários agredidos por animal suspeito o registro das doses da vacina antirrábica humana; realizar a vacinação antirrábica humana em usuários agredidos quando prescrita; orientar o usuário a ser vacinado sobre as características da vacina, seus possíveis efeitos e reações adversas e quais condutas devem ser tomadas nesse caso; registrar as doses aplicadas no cartão de vacinas, na ficha de notificação e nos impressos de doses aplicadas do

imunobiológico respectivo; encaminhar ao setor competente as fichas de notificação de tratamento profilático e de casos suspeitos de raiva humana; contribuir e participar das ações de educação em saúde da equipe quanto à vigilância epidemiológica da raiva e sua importância; consolidar mensalmente os atendimentos antirrábicos realizados na área de abrangência da equipe e encaminhá-los à vigilância epidemiológica local (BRASIL, 2009a).

Quanto aos enfermeiros que atuam na Atenção Básica/Saúde da Família, suas atribuições relacionadas ao controle da raiva são as seguintes (Brasil, 2009a, grifo nosso):

- Identificar sinais e sintomas de raiva e, na ausência do médico, encaminhar para a unidade hospitalar de referência para o tratamento e notificar o caso à vigilância epidemiológica;
- Realizar consulta de enfermagem em paciente agredido, solicitar exames complementares e prescrever tratamento profilático conforme protocolo ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- Preencher, de forma legível e completa, a ficha de notificação de raiva ou de atendimento antirrábico humano;
- Avaliar os usuários a serem vacinados ou sorovacinados quanto à possibilidade de reações adversas e alérgicas ao imunobiológico a ser administrado;
- Orientar os usuários a serem vacinados sobre as características da vacina, seus possíveis efeitos e reações adversas e quais condutas devem ser tomadas nesse caso;
- Observar no cartão de vacinas dos usuários agredidos por animal suspeito o registro das doses da vacina antirrábica humana e acompanhar o tratamento;
- Orientar os usuários e familiares sobre a importância do acompanhamento da situação clínica do animal agressor e, caso ocorra a morte do animal, eles devem notificar à vigilância epidemiológica e informar a equipe de saúde responsável pelo tratamento profilático;
- Orientar, juntamente com o médico, os auxiliares/técnicos de enfermagem quanto à importância de informar sobre as reações adversas e alérgicas do tratamento utilizado, inclusive do acompanhamento do período imediatamente após a administração dos imunobiológicos;

- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em relação à vigilância da raiva, juntamente com o médico;
- Orientar os auxiliares/técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Controle de Endemias para o acompanhamento do usuário em tratamento profilático.

Ainda em relação ao controle da raiva na Atenção Básica/Saúde da Família, as atribuições direcionadas aos profissionais médicos são (Brasil, 2009a, grifo nosso):

- Realizar as condutas preconizadas em caso de possível exposição ao vírus da raiva;
- Identificar sinais e sintomas de raiva, encaminhar para a unidade hospitalar de referência para o tratamento e notificar o caso à vigilância epidemiológica;
- Preencher, de forma legível e completa, a ficha de notificação de raiva ou de atendimento antirrábico humano;
- Avaliar os usuários a serem vacinados ou sorovacinados quanto à possibilidade de reações adversas e alérgicas ao imunobiológico a ser administrado;
- Orientar os usuários a serem vacinados sobre as características da vacina, seus possíveis efeitos e reações adversas e quais condutas devem ser tomadas nesse caso;
- Observar no cartão de vacinas dos usuários agredidos por animal suspeito o registro das doses da vacina antirrábica humana e acompanhar o tratamento;
- Orientar o usuário e familiares sobre a importância do acompanhamento da situação clínica do animal agressor e, caso ocorra a morte do animal, eles devem notificar à vigilância epidemiológica e informar a equipe de saúde responsável pelo tratamento profilático;
- Orientar, juntamente com a enfermeira, os auxiliares/técnicos de enfermagem quanto à importância de informar os usuários sobre as reações adversas e alérgicas do tratamento utilizado e do acompanhamento no período imediatamente após a administração dos imunobiológicos;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em relação à vigilância da raiva, juntamente com a enfermeira;
- Orientar enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento do usuário em tratamento profilático.

Com relação aos profissionais que compõem a saúde bucal (cirurgião-dentista), técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar de saúde bucal (ASB), estes também devem contribuir no controle da raiva identificando sinais e sintomas de raiva e encaminhando os casos suspeitos para consulta; desenvolvendo ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle de raiva na sua área de abrangência; participando da capacitação dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle de raiva; orientando a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção de doenças (BRASIL, 2009a).

Mesmo assim, apesar de existirem todas as orientações em relação ao controle da raiva, nos serviços de saúde de um modo geral, Moutinho, Nascimento e Paixão (2015), em um estudo recente sobre as ações de vigilância e controle da raiva no Estado do Rio de Janeiro, concluíram que essas ações estavam sendo negligenciados e não eram uma prioridade dos serviços de saúde, principalmente devido à falha na vigilância da circulação do vírus da raiva, notificação e acompanhamento de animais suspeitos ou agressores

### 3.4 A PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA NO BRASIL

Como a presença de um único caso de raiva significa a falência do sistema de vigilância local, a instituição da profilaxia da raiva humana constitui a mais importante medida de controle, sempre que houver suspeita de exposição ao vírus da raiva (FILGUEIRA; CARDOSO; FERREIRA, 2011).

Por conta disso, toda pessoa com histórico de agressão por animal potencialmente transmissor da raiva deve procurar atendimento em uma unidade de saúde e, conforme avaliação, receber vacinação ou soro vacinação ou, ainda, receber acompanhamento durante o período de observação animal (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2009b).

Para os casos que tenham indicação de uso da vacina ou soro antirrábico, deve-se ficar atento para evitar que o paciente abandone o esquema de vacinação completo, tendo os profissionais da rede dos serviços de saúde uma obrigatoriedade em realizar a busca ativa desses pacientes (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2009b).

Em relação às vacinas antirrábicas, a OMS recomenda o uso de vacinas de cultivo celular, que tem em sua composição o vírus inativado, por esta apresentar resposta imunológica comprovada, maior segurança e menores riscos de reações adversas. No Brasil, essa vacina vem sendo utilizada desde 2003, sendo gratuita e estando disponível em toda a rede do SUS (GOMES *et al.*, 2012; BRASIL, 2009b).

Por conta da elevada letalidade da raiva, o uso da vacina não apresenta restrições, de forma que, grávidas, mulheres lactantes e pacientes que tenham doenças intercorrentes ou que estejam fazendo outros tipos de tratamento podem fazer uso dela. É importante enfatizar que a dose de aplicação dessa vacina independe da idade e do peso do paciente (GOMES *et al.*, 2012).

A vacina pode ser aplicada por via intramuscular ou intradérmica. A dose intramuscular é de 0,5 e 1 ml, dependendo do fabricante, devendo ser aplicada profundamente na região do deltoide ou vasto lateral da coxa, nunca na região glútea. No caso de crianças com até 2 anos de idade, está indicado o vasto lateral da coxa. Já na via intradérmica, a dose usual é de 0,1 ml, com aplicação feita geralmente nos braços, na inserção do músculo deltoide, por ser um local de drenagem linfática (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2009b).

Com relação à via intradérmica, as normas técnicas de profilaxia da raiva humana afirmam que essa via é recomendada pela OMS porque, como utiliza volumes menores da vacina, reduz os custos do tratamento. No entanto, essa via só pode ser utilizada se forem tomadas algumas precauções essenciais, que são: necessidade de pessoal capacitado; condições de armazenamento (entre 4°C e 8°C após reconstituição) e possibilidade de se agendar um grupo de pessoas a serem vacinadas para um horário e local predeterminados, porque, após a reconstituição, a vacina tem que ser desprezada em, no máximo, 8 horas (BRASIL, 2011c).

A imunização passiva, realizada por soro (heterólogo ou homólogo), se dá pela infiltração do soro no ferimento, respeitando-se a dose recomendada a cada paciente e procurando-se prover o maior volume possível de infiltração. Caso a região anatômica não permita a introdução de todo o volume do soro, a quantidade restante, a menor possível, deve ser aplicada por via intramuscular, preferencialmente em regiões sem muito tecido adiposo e em áreas díspares em relação à administração da vacina (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2009b).

Existem dois tipos de profilaxia da raiva humana, que devem ser adequadamente executados, já que são a melhor maneira de prevenir a doença: o

esquema de pré-exposição e o de pós-exposição. O primeiro é indicado para pessoas que, durante suas atividades ocupacionais, convivem com risco de exposição permanente ao vírus da raiva, como, os médicos veterinários, biólogos, funcionários de zoológicos, pescadores, estudantes de veterinária, Biologia e Agrotécnica, dentre outros (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Já o esquema de pós-exposição é indicado para pessoas que sofreram agressão por animal potencialmente transmissor do vírus da raiva, sendo imprescindível, nesses casos, a limpeza do ferimento com água corrente e sabão, ou outro detergente, o mais rápido possível após a agressão, pois essa conduta diminui o risco de infecção. Após a limpeza, o paciente deve procurar uma unidade de saúde mais próxima, a fim de receber orientações quanto ao esquema de profilaxia da raiva humana (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

No Brasil, é grande o número de tratamentos pós-exposição efetuados devido ao envolvimento de pessoas em acidentes com cães e gatos, mesmo com a raiva urbana estando controlada na maioria dos estados e a com a diminuição significativa na ocorrência de casos humanos da doença. Esses acidentes (principalmente as mordeduras), além de acarretar grandes preocupações pela possibilidade de transmissão da raiva e também pelos danos físicos (algumas vezes fatais) e emocionais, acabam gerando também despesas excessivas em decorrência dos cuidados em medicina assistencial (FRIAS, 2012).

O MS, há algum tempo, já vem manifestando preocupação com o aspecto econômico da raiva, uma vez que são extremamente elevados os custos com tratamentos pós-exposição. Em muitos municípios brasileiros e também em outros países, existem relatos de falhas na aplicação das normas técnicas de profilaxia antirrábica humana, o que levam à instituição de tratamento pós-exposição de forma inadequada, muitas vezes desnecessária, gerando grandes demandas aos cofres públicos, principalmente com o uso dos imunobiológicos (FRIAS, 2012).

Por conta disso, Gomes *et al.* (2012) dizem que o conhecimento das condutas a serem adotadas é de extrema importância para os profissionais que atuam na área da saúde, principalmente para aqueles que atuam em serviços de urgência e emergência. A adoção de um correto manejo pode estimular a resposta imunológica do paciente e a eliminação das partículas virais da lesão, impedindo que o vírus da raiva chegue às terminações nervosas adjacentes à solução de continuidade.

No esquema pré-exposição são indicadas 3 (três) doses da vacina, com 0, 7 e 28 dias, além do controle sorológico a partir do 14º dia após a última dose do esquema. Suas vantagens são: protege contra a exposição inaparente; simplifica a terapia pós-exposição, eliminando a necessidade de imunização passiva e diminuindo o número de doses da vacina; e desencadeia resposta imune mais rápida quando iniciada a pós-exposição (BRASIL, 2009a, BRASIL, 2009b).

No caso da profilaxia pós-exposição, o procedimento de limpeza do ferimento deve ser repetido na unidade de saúde, de forma cuidadosa, objetivando eliminar as sujidades sem agravar o ferimento e, em seguida, devem ser aplicados no local antissépticos que inativem o vírus da raiva como, o povidine ou álcool iodado. Uma observação importante é que o uso dessas substâncias deverá ser feito apenas uma única vez, ficando indicada, posteriormente, a lavagem da região afetada com solução fisiológica sempre que possível (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Nesses casos, a indicação correta da profilaxia deverá ser baseada em uma anamnese completa, utilizando-se a ficha de atendimento antirrábico humano (ANEXO C), para, a partir dela, classificar o acidente de acordo com as características do ferimento e do animal envolvido no acidente (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

De acordo com as normas técnicas de profilaxia da raiva humana (Brasil, 2011c), as características do ferimento devem ser avaliadas com relação à:

- Local: são mais graves os ferimentos localizados próximos ao sistema nervoso central (cabeça, face ou pescoço) e em locais muito inervados (mãos, polpas digitais e planta dos pés), porque facilitam a exposição do sistema nervoso ao vírus. Outro fator considerado grave é a lambedura de mucosas, pois estas são permeáveis ao vírus, mesmo quando intactas. A lambedura também é considerada grave por, geralmente, abranger áreas mais extensas.
- Profundidade: os ferimentos superficiais são aqueles sem a presença de sangramento; já os profundos ultrapassam a derme e, conseqüentemente, apresentam sangramento. Estes últimos aumentam o risco de exposição do sistema nervoso e oferecem dificuldades à assepsia. Uma observação importante a ser feita é que os ferimentos

puntiformes, apesar de algumas vezes não apresentarem sangramento, são considerados como profundos.

- Extensão e número de lesões: a agressão pode ocasionar uma ou várias portas de entrada, de acordo com a ocorrência de uma única lesão ou múltiplas. Quanto à extensão, os ferimentos mais graves são aqueles que envolvem maiores extensões.

De acordo com as características acima descritas, são classificados como acidentes leves os ferimentos superficiais, decorrentes de mordeduras ou arranhaduras, pouco extensos, geralmente únicos, localizados em tronco e membros (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés), além das lambeduras de pele com lesões superficiais (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Já os acidentes graves envolvem ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé; ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo; lambeduras de mucosas ou de pele onde já existe lesão grave; ferimentos profundos causados por unha de gato e qualquer ferimento provocado por morcego (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Nos casos que envolvem apenas contatos indiretos, como a manipulação de utensílios potencialmente contaminados, e a lambedura na pele íntegra, a profilaxia da raiva não é indicada, já que estes não são considerados acidentes de risco (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Com relação ao animal envolvido no acidente, as normas técnicas de profilaxia da raiva humana (Brasil, 2011c) dizem que cães e gatos apresentam as mesmas características da raiva com relação ao período de incubação, transmissão e quadro clínico e, por conta disso, esses animais são analisados em conjunto nos seguintes aspectos:

- Estado de saúde do animal no momento da agressão: avaliar se o animal estava sadio ou com sinais sugestivos de raiva. Animais com maior risco de estarem acometidos de raiva são aqueles que agridem espontaneamente, sem causa aparente.
- Possibilidade de observação do animal por 10 dias: todo animal, independentemente de estar sadio ou não, deve ser mantido em observação por um período de 10 dias. Durante esse tempo, se o animal permanecer vivo e saudável, não há risco de transmissão do vírus.

- Procedência do animal: saber se o animal é procedente de uma área de raiva controlada ou não controlada;
- Hábitos de vida do animal: investigar se o animal é domiciliado ou não domiciliado. O animal domiciliado é aquele que vive exclusivamente dentro do domicílio e, por conta disso, não tem contato com outros animais desconhecidos. Já o animal não domiciliado passa longo período fora do domicílio e sem controle, devendo ser considerados como animais de risco, mesmo que tenham proprietário ou tenham sido vacinados.

Quanto ao período de observação do animal, ele é baseado no período em que existe a possibilidade de transmissão do agente infeccioso da raiva de um organismo para outro (período de transmissibilidade). Esse período em cães e gatos dura, na grande maioria das vezes, cerca de 2 a 4 dias antes do aparecimento dos sintomas, durando até sua morte, que acontece 5 dias após. Por conta disso, foi fixado o período de observação de cães e gatos agressores em 10 dias (SANDRI, 2014).

Com relação aos animais silvestres (morcegos de qualquer espécie, micos, macaco, raposa, guaxinim, quati, gambá, roedores silvestres, cachorro-domato, felídeos selvagens, dentre outros), não existe período de observação e todos devem ser classificados como animais de risco na transmissão da raiva, mesmo que sejam domiciliados ou domesticados, uma vez que, no caso deles, a patogenia da raiva não é bem conhecida (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Animais como os bovinos, bubalinos, equídeos, caprinos, ovinos, suínos e outros animais domésticos de interesse econômico ou de produção também são considerados de risco para a transmissão da raiva. Nesses casos, a profilaxia dependerá do tipo, frequência e grau do contato ou exposição que os tratadores e outros profissionais têm com esses animais e a incidência da raiva na região onde vivem (BRASIL, 2009b).

Os seguintes animais (urbanos ou de criação) são considerados como de baixo risco para a transmissão da raiva: ratazana-de-esgoto (*Rattus norvegicus*), rato-de-telhado (*Rattus rattus*), camundongo (*Mus musculus*), cobaia ou porquinho-da-índia (*Cavea porcellus*), hamster (*Mesocricetus auratus*) e coelho (*Oryetolagus cuniculus*). Desse modo, em caso de agressão envolvendo esses animais, a

profilaxia da raiva não é necessária (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

As normas técnicas de profilaxia da raiva humana (Brasil, 2011c) dizem que as características acima descritas são fundamentais para determinar ou não a indicação de profilaxia da raiva, indicando os esquemas profiláticos descritos abaixo:

- Casos de contato indireto: Independente da condição e do tipo do animal agressor, deve-se lavar o local com água e sabão e não realizar esquema profilático;
- Casos de acidentes leves: Quando o cão ou gato não tiver suspeita de raiva no momento da agressão deve-se lavar o local com água e sabão e observar o animal durante 10 dias após a exposição. Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, deve-se indicar a administração de 5 doses de vacina, com 0, 3, 7, 14 e 28 dias. Nos casos de agressão relacionados aos cães e gatos clinicamente suspeitos de raiva, deve-se lavar o ferimento com água e sabão, além de iniciar o tratamento com duas doses da vacina, sendo uma no dia 0 e outra no dia 3. Nesses casos, o animal também deve ser observado por 10 dias e, se a suspeita de raiva for descartada, deve-se suspender o tratamento e encerrar o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou tornar-se raivoso, deve-se completar o esquema de vacinação até 5 doses, sendo uma dose entre o 7º e o 10º dia e outras duas doses nos dias 14 e 28. Já nos casos de agressão envolvendo cães e gatos raivosos, desaparecidos ou mortos; animais silvestres e animais domésticos de interesse econômico ou de produção, deve-se lavar o ferimento com água e sabão e iniciar imediatamente o esquema de vacinação com 5 doses (dias 0, 3, 7, 14 e 28 dias);
- Casos de acidentes graves: Quando envolvem cães e gatos sem suspeita de raiva no momento da agressão a conduta é lavar o local com água e sabão, observar o animal por 10 dias após a agressão e indicar duas doses da vacina (dias 0 e 3). Se o animal permanecer sadio após a observação, encerra-se o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, deve-se continuar o esquema de vacinação até 5 doses (uma entre o 7º e 10º dias e as outras duas nos dias 14 e 28) e

administrar o soro antirrábico. Quando cão ou gato estiver clinicamente com suspeita de raiva no momento da agressão, deve-se lavar o local com água e sabão, iniciar o esquema profilático com soro e 5 doses da vacina (dias 0, 3, 7, 14 e 28) e observar o animal por 10 dias. Caso a suspeita de raiva seja descartada após os 10 dias de observação, a conduta é suspender o esquema profilático e encerrar o caso. Nos casos de agressão envolvendo cães e gatos raivosos, desaparecidos ou mortos; animais silvestres e animais domésticos de interesse econômico ou de produção, deve-se lavar o local da agressão com água e sabão e iniciar, imediatamente, o esquema profilático com soro e 5 doses de vacina nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (Brasil, 2009b), o atendimento antirrábico humano deve ser garantido todos os dias, incluindo finais de semana e feriados, de modo que o paciente tenha acesso até a última dose prescrita, de acordo com o esquema. Caso o paciente não compareça nas datas agendadas para aplicação das vacinas prescritas, é de total responsabilidade do serviço de saúde realizar a busca ativa imediata desse paciente.

Corroborando com o assunto, Brandespim *et al.* (2012) dizem que, mesmo na ausência de casos de raiva humana em determinado local, as equipes de saúde devem realizar a busca ativa dos faltosos nos tratamentos antirrábicos indicados, devido ao percentual de tratamentos abandonados e casos ignorados. Associado a isso, os autores também consideram importante a implantação permanente de programas educativos sobre a guarda responsável dos animais junto à comunidade, enfatizando principalmente informações sobre prevenção e procedimentos a serem tomados após a agressão por animais domésticos, além da importância do tratamento antirrábico.

Quando a vacina antirrábica tiver que ser feita em uma unidade básica de saúde que não funciona nos fins de semana, deve-se encaminhar o usuário para realização da vacina em local que realize o atendimento antirrábico, sendo importante, para isso, que todo profissional de saúde conheça a rede de serviços para encaminhamento nessas situações (BRASIL, 2009a).

Nos casos de abandono de tratamento por parte dos pacientes, as normas técnicas de profilaxia da raiva humana (Brasil, 2011c) descrevem as seguintes condutas a serem adotadas:

- No esquema recomendado de 5 doses (dias 0, 3, 7, 14 e 28), todas elas deverão ser administradas no período de 28 dias a partir do início do tratamento;
- Quando o paciente faltar para a 2<sup>o</sup> dose: aplicar no dia que comparecer e agendar a 3<sup>a</sup> dose com intervalo mínimo de 2 dias;
- Quando o paciente faltar para a 3<sup>a</sup> dose: aplicar no dia que comparecer e agendar a 4<sup>a</sup> dose com intervalo mínimo de 4 dias;
- Quando o paciente faltar para a 4<sup>a</sup> dose: aplicar no dia que comparecer e agendar a 5<sup>a</sup> dose para 14 dias após;
- Quando o paciente faltar para a 5<sup>a</sup> dose: aplicar no dia em que comparecer.

O quadro 3 apresenta, em síntese, o esquema para profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular.

**Quadro 3 – Esquema para profilaxia da raiva humana com vacina de cultivo celular**

<b>Condições do Animal Agressor</b>	<b>Cão ou Gato sem Suspeita de Raiva no Momento da Agressão</b>	<b>Cão ou Gato Clinicamente Suspeito de Raiva no Momento da Agressão</b>	<b>Cão ou Gato Raivoso, Desaparecido ou Morto; Animais Silvestres<sup>5</sup> (Inclusive os Domiciliados) Animais Domésticos de Interesse Econômico ou de Produção</b>
<b>Tipo de Exposição</b>			
Contato Indireto	lavar com água e sabão não tratar	lavar com água e sabão não tratar	lavar com água e sabão não tratar
Acidentes Leves ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta dos pés); podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente lambedura de pele com lesões superficiais	lavar com água e sabão observar o animal durante 10 dias após a exposição <sup>1</sup> se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar cinco doses de vacina (dias 0, 3, 7, 14 e 28)	lavar com água e sabão iniciar esquema com duas doses, uma no dia 0 e outra no dia 3 observar o animal durante 10 dias após a exposição <sup>1</sup> se a suspeita de raiva for descartada após o 10 <sup>o</sup> dia de observação, suspender o esquema e encerrar o caso se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até cinco doses. Aplicar uma dose entre o 7 <sup>o</sup> e o 10 <sup>o</sup> dia e uma dose nos dias 14 e 28	lavar com água e sabão iniciar imediatamente o esquema com cinco doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28
Acidentes Graves ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo lambedura de mucosas lambedura de pele onde já existe lesão grave ferimento profundo causado por unha de animal	lavar com água e sabão observar o animal durante 10 dias após exposição <sup>1,2</sup> iniciar esquema com duas doses, uma no dia 0 e outra no dia 3 se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dar continuidade ao esquema, administrando o soro <sup>3,4</sup> e completando o esquema até cinco doses. Aplicar uma dose entre o 7 <sup>o</sup> e o 10 <sup>o</sup> dia e uma dose nos dias 14 e 28	lavar com água e sabão iniciar o esquema com soro <sup>3</sup> e cinco doses de vacina nos dias 0, 3, 7, 14 e 28 observar o animal durante 10 dias após a exposição se a suspeita de raiva for descartada após o 10 <sup>o</sup> dia de observação, suspender o esquema e encerrar o caso	lavar com água e sabão iniciar imediatamente o esquema com soro <sup>3</sup> e cinco doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28

Fonte: BRASIL, 2011c

Em caso de reexposição ao vírus da raiva em pessoas que já tenham recebido a profilaxia pós-exposição, as seguintes condutas deverão ser adotadas: caso a pessoa tenha recebido tratamento completo em menos de 90 dias, não realizar esquema profilático. Se o esquema de pós-exposição completo estiver com mais de 90 dias, indicar 2 doses da vacina, uma no dia 0 e outra no dia 3. Já se o esquema pós-exposição tiver sido incompleto e estiver com menos de 90 dias, deve-se completar o número de doses, do contrário, ou seja, se estiver com mais de 90

dias, deve-se indicar o esquema pós-exposição conforme o caso (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2009b).

Para esses casos de reexposição associado a um esquema profilático anterior, caso o animal agressor (cão ou gato) seja passível de observação, deve-se considerar a hipótese de somente observar o animal, pois o risco de reações adversas às vacinas aumenta com a quantidade de doses aplicadas, como nos casos de pacientes que receberam o esquema completo de pós-vacinação e vários esquemas de reexposição (BRASIL, 2011c).

Quanto às reações adversas ocasionadas pela aplicação da vacina antirrábica, sua incidência relatada na literatura varia entre 3% e 25%, ocasionando, na maioria das vezes, dor, prurido, edema, enduração e pápulas urticariformes. A conduta clínica a ser adotada nesses casos é o tratamento sintomático, não havendo contraindicação para doses subsequentes. Esses eventos não devem ser notificados (BRASIL, 2009a).

Visando minimizar esses problemas, a OMS recomenda o uso de vacinas de cultivo celular (compostas por vírus inativado), por apresentarem resposta imunológica comprovada, maior segurança e menores riscos de reações adversas. No Brasil, essa vacina vem sendo utilizada desde 2003, sendo gratuita e estando disponível em toda a rede do SUS (GOMES *et al.*, 2012; BRASIL, 2009b).

Algumas observações devem ser consideradas em relação à profilaxia da raiva humana, são elas: deve ser iniciada o mais precocemente possível; sempre que indicada, o paciente deve ser atendido em qualquer momento, independentemente do tempo entre a exposição e o acesso à unidade; o histórico de vacinação do animal agressor não é indicativo para a dispensa da profilaxia da raiva humana; em caso de abandono de esquema profilático, deve-se completar as doses de vacina prescritas e não iniciar novo esquema (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Além disso, deve ser recomendado ao paciente que, durante e logo após o esquema profilático, evite esforços físicos excessivos e bebidas alcoólicas; em casos de pacientes imunodeprimidos, deve-se usar, obrigatoriamente, o esquema de sorovacinação; o uso do soro antirrábico, nos casos necessários, deve ser feito antes da aplicação ou até a 3ª dose da vacina de cultivo celular, pois após esse prazo o uso do soro tornar-se desnecessário; não há relatos de caso de raiva humana transmitida através do consumo de produtos de origem animal suspeitos de raiva; não se recomenda a sutura dos ferimentos, apenas a aproximação das bordas

com pontos isolados nos casos necessários (nesses casos o soro antirrábico, se indicado, deverá ser infiltrado no ferimento, uma hora antes da sutura); deve-se proceder à profilaxia do tétano e uso de antibióticos após avaliação médica (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Contudo, mesmo com todas as recomendações descritas acima, estudos como o de Frias, Lages e Carvalho (2011), realizado no município de Jaboticabal, São Paulo, no período de 2000 a 2006, concluíram que a normatização de profilaxia antirrábica pós-exposição em humanos envolvidos em agravos com cães e gatos, em cujas espécies a patogenia está bem estabelecida, não foi seguida com critério, uma vez que não se considerava a condição do animal no momento da agressão.

Outro estudo que demonstrou percentual reduzido de inadequação da conduta, preconizada pelas Normas técnicas de Profilaxia da Raiva Humana, foi o de Moriwaki *et al.* (2013), o qual verificou que 41,56% dos atendimentos antirrábicos estavam inadequados, com 13,44% de conduta excessiva e 28,11% de conduta deficitária, e as principais condutas excessivas foram a observação do animal (51,36%) e para as condutas deficitárias a observação e vacina (51,31%).

Diante disso, como nos últimos anos ainda têm sido evidenciados casos de raiva humana, torna-se imprescindível que se intensifique medidas de prevenção que, para Veloso *et al.* (2011), devem se distribuir em quatro estratégias fundamentais: 1) vigilância de animais e da saúde humana; 2) educação em saúde; 3) posse responsável de animais e 4) qualificação do sistema de informações.

A vigilância de animais inclui a coleta de material para diagnóstico, a vacinação e a observação qualificada dos animais agressores. Com relação à vigilância da saúde humana, esta deve objetivar o estabelecimento da conduta terapêutica adequada em indivíduos expostos a agressões animais, sendo necessário, para isso, que os profissionais sejam capacitados (VELOSO *et al.*, 2011).

A educação em saúde diz respeito tanto aos profissionais quanto à população em geral. Para os profissionais faz-se necessário a capacitação para o completo preenchimento das fichas individuais de atendimento e a responsabilização pela busca ativa dos faltosos ao tratamento. Para a população é preciso que se adotem cuidados primários sobre o comportamento dos animais, medidas frente às agressões e posse responsável (VELOSO *et al.*, 2011).

Por fim, com vistas à qualificação do sistema de informações e redução dos sub-registros, principalmente relacionados às conclusões dos tratamentos, é necessário que o SINAN seja disponibilizado on-line, em intranet, de forma que todos os serviços de referência que realizem o atendimento a pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva possam informar que os pacientes receberam as doses aprazadas, logo após a aplicação da vacina (VELOSO *et al.*, 2011).

### 3.5 O PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO

Como dito anteriormente, a falha no preenchimento das fichas de atendimento antirrábico humano é um grande entrave para o aproveitamento dos dados para o estudo epidemiológico das agressões por animais e posterior instituição do tratamento antirrábico, quando realmente necessário (BRANDESPIN *et al.*, 2012).

Vários estudos, como os de Brandespin *et al.* (2012); Moriwaki *et al.* (2013); Gomide Júnior (2013); Veloso *et al.* (2011); Silva *et al.* (2013) e Oliveira *et al.* (2012) mostraram percentuais elevados de omissão de informações relativas à algumas variáveis existentes nas fichas de notificação de atendimento antirrábico.

No estudo de Oliveira *et al.* (2012), ao avaliarem fichas de atendimento antirrábico humano, foi demonstrado que apenas os campos considerados obrigatórios para entrada da notificação estavam completamente preenchidos. Os campos considerados importantes para a prescrição médica estavam, em grande parte, em branco.

Na pesquisa de Silva *et al.* (2013) foram encontradas várias fichas de notificação com a presença de variáveis como condição do animal, condição, tipo e localização do ferimento com dados ignorados e/ou em branco, e entre estes, uma grande quantidade de tratamentos prescritos também em branco.

Veloso *et al.* (2011) demonstraram falhas de preenchimento em grande número relativas à conclusão do tratamento, ou seja, mais da metade dos sujeitos foram considerados como tendo interrompido o tratamento. Nesses casos, os autores afirmaram a possibilidade desses valores não serem tão elevados, pois os

indivíduos, muitas vezes, trocam de unidade referência para a continuidade da vacina.

Diante disso, visando reforçar o correto preenchimento das fichas de notificações antirrábicas, o MS disponibiliza um informe instrucional de preenchimento das fichas de notificação de atendimento antirrábico (ANEXO E) e ressalta que essas fichas contêm os elementos essenciais a serem coletados. Por conta disso, todos os seus campos devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa. Outros itens e observações podem ser incluídos em relatório anexo, conforme as necessidades e peculiaridades de cada situação (BRASIL, 2016b).

:

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo quantitativo, desenvolvido em três etapas, cuja abordagem pretendeu testar teorias objetivas, examinando a relação entre as variáveis, as quais foram medidas tipicamente por instrumentos, de forma que os dados numéricos puderam ser analisados por procedimentos estatísticos. (CRESWELL, 2010).

Com relação às etapas do estudo, a primeira delas consistiu de um estudo documental, descritivo, com abordagem quantitativa, sobre a completude dos dados das fichas de notificação de atendimento antirrábico humano, realizadas pelas UAPS de Fortaleza-CE, no ano de 2014. Para esta etapa, foi utilizada a base de dados do SINAN on-line da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE.

Para Marconi e Lakatos (2003) a pesquisa documental é aquela que utiliza a técnica de observação indireta, tendo como característica uma fonte de coleta de dados restrita a documentos, escritos ou não, que são denominadas de fontes primárias. Esse material-fonte é importante por trazer conhecimentos que servem de pano de fundo ao campo de interesse, por evitar possíveis duplicações e/ou esforços desnecessários e por sugerir problemas e hipóteses e orientar para outras fontes de coleta.

De posse dos dados da primeira etapa, foi realizada a segunda e a terceira etapas, que se apresentaram como pesquisas de campo, transversais, descritivas, com abordagens quantitativas.

As pesquisas de campo utilizam a técnica de observação direta, ou seja, o levantamento dos dados é feito no próprio local onde ocorrem os fenômenos. Essas pesquisas objetivam conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema ou descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Os estudos transversais utilizam a coleta de dados em um momento do tempo, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos (CRESWELL, 2010). Segundo Gil (2010), são incluídas no grupo de pesquisas descritivas aquelas que visam descobrir a existência de relações entre variáveis, ou então, descrever as características de determinada população ou fenômeno.

Com relação à segunda etapa, esta teve o objetivo de avaliar o conhecimento e atitudes de profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação às notificações compulsórias de doenças e agravos, com destaque para o atendimento antirrábico humano, através de entrevistas baseadas em um questionário semiestruturado.

Já a terceira etapa analisou os fluxos de atendimento relacionados às notificações antirrábicas, desde o atendimento inicial do paciente até o encerramento do caso, já que, segundo o manual de normas e rotinas do SINAN (Brasil, 2007), essas fichas devem permanecer na unidade até o término do esquema profilático prescrito, e só após, devem ser encaminhadas para digitação, conforme fluxo estabelecido para os demais agravos. A terceira etapa ocorreu através de entrevistas, baseadas em questionários semiestruturados, com os responsáveis técnicos da vigilância epidemiológica ou os gestores das UAPS.

#### 4.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

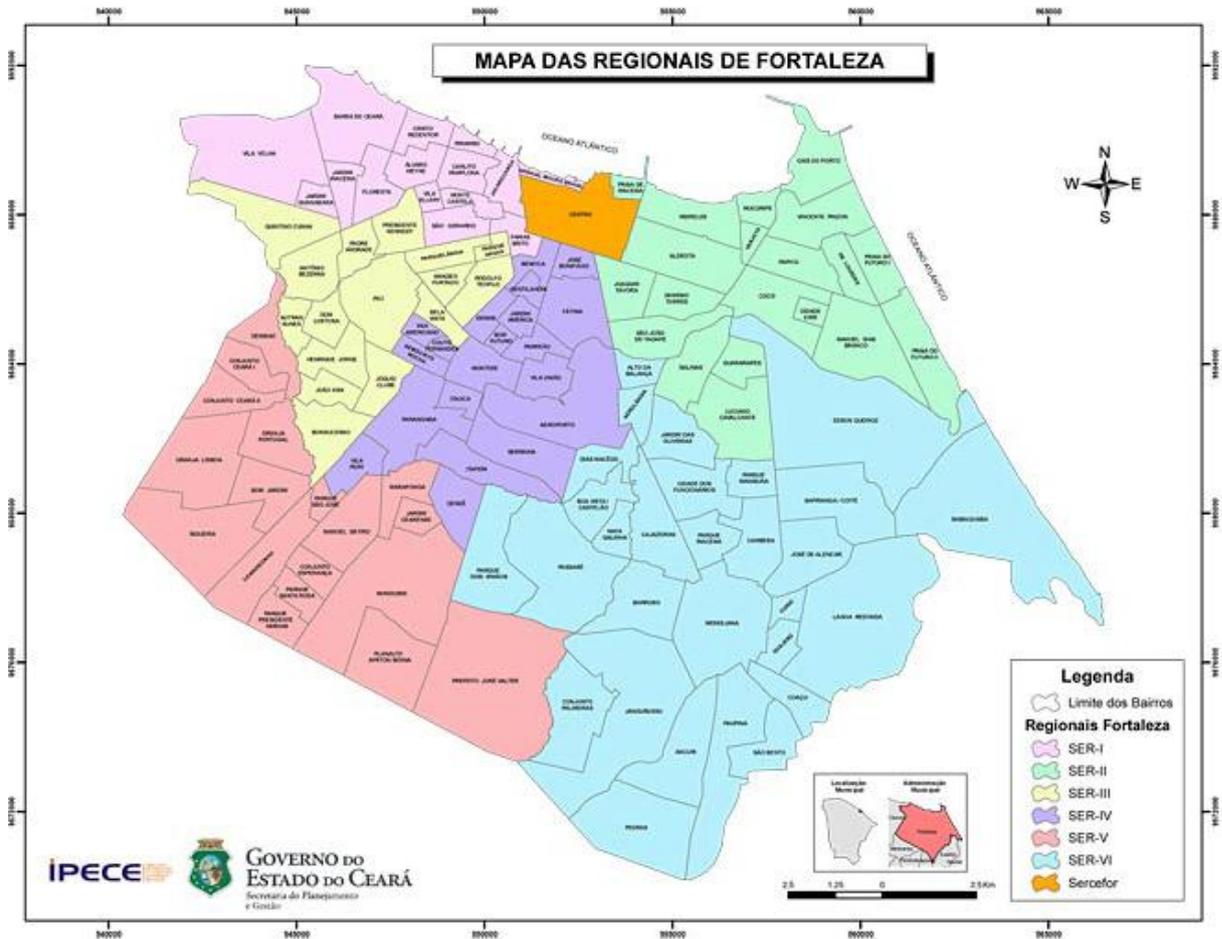
A pesquisa se deu nas UAPS do município de Fortaleza, capital do estado do Ceará. Este município está localizado no litoral norte do estado do Ceará, que é hoje a quinta cidade mais populosa do Brasil, com população estimada de 2.571.896 habitantes (IBGE, 2014).

Atualmente, conforme mostra figura 2, Fortaleza está dividida em 7 (sete) secretarias regionais (SR), que são: Regional do Centro; Regional I, Regional II, Regional III, Regional IV, Regional V e Regional VI (FORTALEZA, 2016).

O serviço de AB de Fortaleza-CE apresenta uma cobertura populacional de equipes de saúde da família de aproximadamente 47% (DATASUS, 2015) e está estruturado atualmente em 103 UAPS, assim distribuídas: 13 na Regional I, 12 na Regional II, 16 na Regional III, 13 na Regional IV, 21 na Regional V e 28 na Regional VI. (FORTALEZA, 2016). A Regional Centro não possui UAPS e nem distrito de saúde.

Dessas UAPS, 98 funcionam no horário de 7 h as 19 h e os profissionais da Estratégia Saúde da Família têm suas atividades assistenciais desenvolvidas em 32 horas semanais, ficando as 8 horas restantes semanais dedicadas às atividades de educação permanente (FORTALEZA, 2016).

**Figura 2 – Mapas das Regionais de Fortaleza**



Fonte: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE).

### 4.3 POPULAÇÃO-ALVO

Na primeira etapa do estudo, a população compreendeu todos os registros de notificação antirrábica existentes no banco de dados do SINAN, realizados pelas UAPS do município de Fortaleza no ano de 2014.

As variáveis existentes nas fichas de notificações antirrábicas (dados gerais; notificação individual; dados de residência; antecedentes epidemiológicos e tratamento atual) foram classificadas de acordo com o tipo de preenchimento do campo em: campo de preenchimento obrigatório, campo essencial, campo chave e campo não discriminado (ND), conforme o dicionário de dados do SINAN que os define da seguinte maneira: o campo-chave corresponde aos identificadores do registro no sistema; o campo obrigatório é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no SINAN; o campo essencial é aquele que registra dado necessário à análise epidemiológica ou

operacional; e o campo não-discriminado (ND) é aquele não definido pelo dicionário de dados do sistema (BRASIL, 2008).

Em relação ao preenchimento, as variáveis foram dispostas de acordo com os percentuais (número de campo preenchido/total de notificações x 100), de modo a avaliar a completude dos registros que, segundo o roteiro para uso do SINAN NET (BRASIL, 2008), significa o grau de preenchimento dos campos. As variáveis em branco ou preenchidas com 'ignorado' ou "desconhecido" foram consideradas como incompletas, já que são consideradas como indicadores de ausência do dado (ABATH *et al.*, 2014).

Por fim, foi realizada a classificação das variáveis de acordo com a mensuração da qualidade dos dados. Para isso, o MS definiu uma escala de desempenho para a qualidade do SINAN, baseada no percentual de preenchimento dos campos referentes ao total de notificações registradas no sistema e considera os seguintes critérios para a classificação da qualidade: excelente (acima de 90%); regular (entre 70 e 89%); ruim (abaixo de 70%) (BRASIL, 2008).

Em se tratando da segunda etapa, a população do estudo foi composta pelos profissionais de saúde médicos e enfermeiros, de ambos os sexos, das UAPS de Fortaleza (segundo a Secretaria Municipal de Saúde, após solicitação, havia, em abril de 2015, 373 médicos e 423 enfermeiros). A escolha destas categorias profissionais foi baseada no guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2009a), que cita esses profissionais como os responsáveis pelo preenchimento, de forma legível e completa, da ficha de notificação de atendimento antirrábico humano.

Como critérios de exclusão, tivemos: estar o profissional médico e enfermeiro em exercício ativo nas UAPS de Fortaleza há menos de um ano. Além disso, foram excluídos também os profissionais que estavam desenvolvendo funções administrativas.

De posse da população acima descrita, buscou-se realizar o cálculo amostral. Para tanto, utilizou-se a fórmula para populações finitas a seguir:

- População finita (abaixo de 10000 elementos)

$$n = \frac{S^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N - 1) + S^2 \cdot p \cdot q}$$

- Onde

$n$  = tamanho da amostra

$S^2$  = nível de confiança (estabelecido em número de desvios)

$p$  = proporção da característica pesquisada no universo (em percentagem)

$q = 100 - p$  (em percentagem)

$N$  = tamanho da população

$e^2$  = erro estimado permitido

Com isso, sendo considerado um erro amostral de 5%, um nível de confiança de 95 % e uma probabilidade de ocorrência do defeito em 50 %, em um universo de 373 médicos e 423 enfermeiros na ESF de Fortaleza, chegou-se a um total de 260 profissionais. Essa amostra foi estratificada proporcionalmente por categoria profissional, chegando-se ao número de 122 médicos e 138 enfermeiros (Quadro 6). A seleção da referida amostra se deu por conveniência, nas 76 UAPS sorteadas na terceira etapa da pesquisa.

**Quadro 4 – Estratificação da amostra por categoria profissional**

Categoria profissional	População	Amostra
Médicos	373	122
Enfermeiros	423	138
Total	796	260

Fonte: SMS/Fortaleza

Para a terceira etapa, a população foi composta pelos responsáveis técnicos da vigilância epidemiológica de cada UAPS, seguindo os mesmos critérios de exclusão acima descritos. Na ausência do responsável técnico local foi incluída a participação do gestor da UAPS.

Vale destacar que, nessa etapa, a unidade de referência para o desenho amostral foi a própria UAPS. Assim, levando em consideração que existiam 93 UAPS no município, no momento do cálculo amostral desta pesquisa, foi utilizada a fórmula para populações finitas, com erro amostral de 5%, intervalo de confiança de 95% e  $p = 50\%$ , chegando-se à conclusão de que seria necessário entrevistar 76 técnicos locais da vigilância epidemiológica ou gestor. Acrescenta-se, ainda, que as UAPS que compuseram essa etapa da pesquisa foram selecionadas através de aleatorização simples.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Na primeira etapa do estudo, foi utilizado o banco de dados do SINAN, compreendendo as notificações antirrábicas, realizados pelas UAPS do município de Fortaleza no ano de 2014. Para acesso a esses dados, foi solicitado autorização junto à Prefeitura Municipal de Fortaleza, através de um termo de fiel depositário (APÊNDICE A).

Para a realização da segunda etapa do estudo foi utilizada uma entrevista baseada em questionário padronizado (APÊNDICE B), que foi previamente testado, contendo 28 questões semiestruturadas, divididas em quatro blocos: Bloco I – Informações gerais dos profissionais (sendo incluídas perguntas sobre idade, sexo, categoria profissional, instituição onde concluiu a graduação, tempo de formado, participação em cursos de pós-graduação e treinamentos em serviço envolvendo o assunto sobre doenças de notificação compulsória); Bloco II – Conhecimentos sobre notificação compulsória de doenças ou agravos (sendo incluídas questões baseadas na portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (ANEXO B)), Bloco III – Atitudes dos profissionais sobre o preenchimento da ficha de notificação compulsória de doenças e agravos, e Bloco IV – Conhecimentos sobre atendimento antirrábico humano (sendo incluídas questões baseadas na Norma Técnica de Profilaxia da Raiva Humana (BRASIL, 2011b)).

Para a terceira etapa do estudo foi utilizada uma entrevista como instrumento de coleta de dados, baseada em um questionário semiestruturado (APÊNDICE C), que também foi previamente testado, de forma a se verificar a clareza da linguagem, o entendimento das questões abordadas e o tempo médio para sua aplicação. Os questionamentos dessa etapa abordaram a dinâmica do fluxo de atendimento dos pacientes que sofreram agressões por animais potencialmente transmissores da raiva, desde o atendimento inicial do paciente dentro das UAPS de Fortaleza até o encerramento dos casos.

#### 4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Em todas as etapas deste estudo os dados foram processados e codificados através do programa Epi Data versão 3.1. Posteriormente foi realizada uma análise dos dados coletados através do programa *Stata SE 14* (StataCorp LP, College Station, Texas) a luz dos objetivos da pesquisa.

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva, na qual os dados quantitativos foram apresentados através de suas médias, desvios padrões e intervalos de confiança 95%, enquanto os dados ordinais foram apresentados através de suas frequências.

Posteriormente, foi realizado o relacionamento de dados utilizando o teste t independente, o teste qui-quadrado (variáveis ordinais), correlação de Pearson ou Spearman para os dados contínuos (dependendo se os valores forem normais ou não), assim como o teste One Way Anova (ou teste kruskal wallis) para verificar a diferença de médias entre três ou mais grupos.

#### 4.6 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS

Foram obedecidos os aspectos éticolegais da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Todos os entrevistados foram previamente orientados, de forma que participaram da pesquisa apenas aqueles que concordaram por livre e espontânea vontade, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D). Além disso, suas identidades foram resguardadas e seus bem-estares físico, moral e social foram plenamente respeitados, já que tiveram o direito de desistir de participar da pesquisa no momento em que desejaram.

Antecipamos riscos mínimos para o aceite em participar desta pesquisa. Como o entrevistado poderia se cansar ou se entediar ao responder às questões, além de poder sentir-se incomodado com algumas perguntas, a entrevista poderia ser pausada, para que o participante descansasse, e ou interrompida, se o respondente não se sentisse à vontade e ou confortável em prosseguir com o estudo.

Quanto aos benefícios, estes foram assegurados, já que a realização da presente pesquisa contribuiu para a clareza, autenticidade e qualidade acerca de casos suspeitos ou confirmados de doenças ou agravos de interesse sanitário, desencadeando, com isso, respostas necessárias tanto no segmento de vigilância em saúde quanto na promoção, prevenção e assistência à saúde.

O presente estudo foi registrado na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde e encaminhado para aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, sendo aprovado sob o número de parecer 1.361.767 (ANEXO A).

#### 4.7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

O estudo será apresentado a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE, como forma de subsidiar o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica no município, por meio da captação oportuna e adequada de enfermidades de interesse sanitário.

## 5 RESULTADOS

A presente pesquisa destinou-se a avaliar a completude dos dados das fichas de notificação de atendimento antirrábico humano, realizadas pelas UAPS de Fortaleza-CE, no ano de 2014. Além disso, a pesquisa objetivou identificar os conhecimentos e atitudes de médicos e enfermeiros da ESF em relação às notificações compulsórias de doenças e agravos, com destaque para o atendimento antirrábico humano, além de verificar o fluxo organizacional da notificação compulsória de doenças dentro das UAPS de Fortaleza-CE.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a julho de 2016, em que a primeira etapa, correspondente à análise das fichas de notificação antirrábicas existentes no SINAN, ocorreu no mês de junho e a aplicação dos questionários, referentes às segundas e terceiras etapas, foram realizadas no período de janeiro a julho de 2016. Anteriormente a esta etapa foi realizado o pré-teste dos questionários, entre os dias seis e oito de janeiro, com os profissionais de três UAPS da SR III, escolhidas ao acaso, e não integrantes da amostra. Após a realização dos pré-testes, foram feitas alterações estruturais na formulação de algumas das perguntas dos questionários, de modo a tornar mais claro o entendimento dos profissionais.

Para a segunda etapa da pesquisa foram aplicados questionários com 122 médicos e 138 enfermeiros que atuavam na ESF das 76 UAPS sorteadas inicialmente para a terceira etapa. Em cada uma dessas UAPS houve representatividade de pelo menos um médico e um enfermeiro.

Com relação à terceira etapa da pesquisa, inicialmente foram sorteadas 76 UAPS de Fortaleza-CE e aplicados questionários com, preferencialmente, o responsável técnico local pela VE e, na ausência deste, o gestor. Das 76 UAPS sorteadas, em 6 delas não foram encontrados, durante duas visitas consecutivas, nem o responsável técnico local pela VE e nem o gestor. Desse modo, foram sorteadas mais 6 UAPS, de forma que se pudesse conseguir o total da amostra necessária.

Para o banco de dados do SINAN foram expostos os resultados descritivos e para as segundas e terceiras etapas foram representados os resultados descritivos e analíticos.

## 5.1 COMPLETITUDE DOS DADOS DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO

### 5.1.1 Resultados descritivos

Para analisarmos a completitude das fichas de notificação de atendimento antirrábico humano, avaliamos as 1961 fichas existentes no SINAN, preenchidas pelas UAPS de Fortaleza-CE no ano de 2014. Neste ano, foi notificado um total de 8062 casos de atendimentos antirrábicos pelo município, todavia, 6101 desses casos foram notificados por outros estabelecimentos de saúde e foram excluídos do estudo. A tabela 1 mostra a classificação, o preenchimento e a qualidade dos campos das 1961 fichas de notificação de atendimento antirrábico humano.

**TABELA 1 – Classificação, preenchimento e qualidade dos campos das fichas de notificação de atendimento antirrábico humano, existentes no banco de dados do SINAN do município de Fortaleza, no ano de 2014**

(continua)

<b>Campo/variável</b>	<b>Classificação do campo segundo o MS</b>	<b>Quantidade total de preenchimento N = 1961</b>	<b>% de preenchimento</b>	<b>Qualidade</b>
<b>Dados gerais</b>				
Nome do agravo / doença	Chave	1961	100,0	Excelente
Data da notificação	Chave	1961	100,0	Excelente
UF da notificação	Obrigatório	1961	100,0	Excelente
Município de notificação	Chave	1961	100,0	Excelente
Nome da unidade de saúde	Obrigatório	1961	100,0	Excelente
Data do atendimento	Obrigatório	1961	100,0	Excelente
<b>Dados de notificação individual</b>				
Nome do paciente	Obrigatório	1961	100,0	Excelente
Data de nascimento do paciente *	Obrigatório	1872	95,4	Excelente
Idade do paciente	Obrigatório	1961	100,0	Excelente
Sexo do paciente	Obrigatório	1960	99,9	Excelente
Idade gestacional, se gestante **	Obrigatório	1811	92,3	Excelente
Raça/cor	Essencial	1691	86,2	Regular
Escolaridade	Essencial	1268	64,6	Ruim
Número do cartão do SUS do paciente	ND	2	0,1	Ruim
Nome da mãe	Essencial	1886	96,1	Excelente

**TABELA 1 – Classificação, preenchimento e qualidade dos campos das fichas de notificação de atendimento antirrábico humano, existentes no banco de dados do SINAN do município de Fortaleza, no ano de 2014**

(continuação)

<b>Campo/variável</b>	<b>Classificação do campo segundo o MS</b>	<b>Quantidade total de preenchimento N = 1961</b>	<b>% de preenchimento</b>	<b>Qualidade</b>
<b>Dados de residência</b>				
UF de residência do paciente	Obrigatório	1961	100,0	Excelente
Nome do município de residência	Obrigatório	1961	100,0	Excelente
Nome do distrito de residência	Essencial	1908	97,2	Excelente
Bairro de residência	Essencial	1925	98,1	Excelente
Nome do logradouro de residência	Essencial	1929	98,3	Excelente
Número do logradouro	Essencial	1885	96,1	Excelente
Complemento do logradouro ***	Essencial	441	22,4	Ruim
Georreferenciamento campo 1 ^	ND	0	0,0	Ruim
Georreferenciamento campo 2 ^	ND	0	0,0	Ruim
Ponto de referência do logradouro	Essencial	384	19,5	Ruim
CEP (Código de endereçamento postal)	Essencial	42	2,1	Ruim
Telefone do paciente	Essencial	1506	76,7	Regular
Zona de residência	Essencial	1857	94,6	Excelente
País de residência (se residir fora do Brasil)	Obrigatório	1961	100,0	Excelente
<b>Antecedentes epidemiológicos</b>				
Ocupação do paciente	ND	1430	72,9	Regular
Tipo de exposição ao vírus rábico				
Contato direto	Obrigatório	1877	95,7	Excelente
Arranhadura	Obrigatório	1891	96,4	Excelente
Lambadura	Obrigatório	1883	96,0	Excelente
Mordedura	Obrigatório	1925	98,1	Excelente
Outros	Obrigatório	1873	95,5	Excelente
Localização da exposição				
Mucosa	Obrigatório	1936	98,7	Excelente
Cabeça/pescoço	Obrigatório	1932	98,5	Excelente
Mãos/pés	Obrigatório	1932	98,5	Excelente
Tronco	Obrigatório	1932	98,5	Excelente
Membros superiores	Obrigatório	1935	98,6	Excelente

**TABELA 1 – Classificação, preenchimento e qualidade dos campos das fichas de notificação de atendimento antirrábico humano, existentes no banco de dados do SINAN do município de Fortaleza, no ano de 2014**

(continuação)

<b>Campo / variável</b>	<b>Classificação do campo segundo o MS</b>	<b>Quantidade total de preenchimento N = 1961</b>	<b>% de preenchimento</b>	<b>Qualidade</b>
Membros inferiores	Obrigatório	1932	99,5	Excelente
Informações sobre o ferimento	ND	1924	98,1	Excelente
Tipo de ferimento				
Profundo	ND	1872	95,4	Excelente
Superficial	ND	1888	96,2	Excelente
Dilacerante	ND	1796	91,5	Excelente
Data da exposição	ND	1880	95,8	Excelente
Antecedentes de tratamento antirrábico				
Pré-exposição	Essencial	1618	82,5	Regular
Pós-exposição	Essencial	1545	78,7	Regular
Tempo de conclusão do Tratamento anterior <sup>#</sup> (n=247)	ND	153	61,9	Ruim
Número de doses aplicadas no tratamento anterior <sup>#</sup> (n=247)	ND	138	55,8	Ruim
Espécie do animal agressor	Obrigatório	1957	99,7	Excelente
Condições do animal agressor	ND	1845	94,0	Excelente
Se animal é passível de observação (se cão ou gato) (n=1929)	ND	1663	86,2	Regular
<b>Tratamento atual</b>				
Tipo de tratamento atualmente indicado	ND	1880	95,8	Excelente
Laboratório produtor da vacina utilizada “ (n=1746)	ND	948	54,3	Ruim
Número do lote da vacina utilizada “ (n=1746)	ND	1703	97,5	Excelente
Data de vencimento do lote da vacina “ (n=1746)	ND	942	53,9	Ruim
Datas das aplicações da vacina “				
Data da 1ª dose	ND	1582	80,6	Regular
Data da 2ª dose	ND	1457	74,2	Regular
Data da 3ª dose	ND	363	18,5	Ruim
Data da 4ª dose	ND	231	11,7	Ruim
Data da 5ª dose	ND	222	11,3	Ruim
Condição final do animal após observação (n=1539)	ND	567	36,8	Ruim

**TABELA 1 – Classificação, preenchimento e qualidade dos campos das fichas de notificação de atendimento antirrábico humano, existentes no banco de dados do SINAN do município de Fortaleza, no ano de 2014**

(conclusão)

<b>Campo / variável</b>	<b>Classificação do campo segundo o MS</b>	<b>Quantidade total de preenchimento N = 1961</b>	<b>% de preenchimento</b>	<b>Qualidade</b>
Se houve interrupção do tratamento indicado (n=1849)	ND	995	53,8	Ruim
Motivo da interrupção do tratamento indicado (n=181)	Obrigatório	181	100,0	Excelente
Se houve busca ativa em caso de abandono (n=169)	ND	148	87,5	Regular
Reação a vacina	Obrigatório	798	40,6	Ruim
Se houve indicação do soro antirrábico	ND	593	30,2	Ruim
Peso do paciente, se soro indicado <sup>+</sup> (n=148)	ND	8	5,4	Ruim
Quantidade de soro aplicada em “ml” <sup>+</sup> (n=148)	ND	2	1,3	Ruim
Tipo de soro antirrábico humano aplicado <sup>+</sup> (n=148)	ND	0	0,0	Ruim
Se houve infiltração de soro no ferimento <sup>+</sup> (n=148)	ND	5	3,3	Ruim
Nome do laboratório produtor do soro <sup>+</sup> (n=148)	ND	0	0,0	Ruim
Número da partida ou lote do soro utilizado <sup>+</sup> (n=148)	ND	0	0,0	Ruim
Se houve evento adverso ao soro <sup>+</sup> (n=148)	Essencial	8	5,4	Ruim
Data de encerramento do caso	Essencial	1780	90,7	Excelente

\* Esse campo não apresentou 100% de preenchimento, pois existe opção para o preenchimento do campo idade ou data de nascimento.

\*\* Existência de opção para informação “ignorada” ou “não se aplica”.

\*\*\* Preenchido apenas caso haja algum complemento no logradouro.

<sup>^</sup> Preenchidos apenas caso esteja sendo usado o georreferenciamento.

<sup>#</sup> Preenchidos apenas nos casos de existência de tratamento anterior.

“ Preenchidos apenas nos casos de indicação da vacina antirrábica e de acordo com o tratamento indicado.

<sup>+</sup> Preenchidos apenas nos casos de indicação do soro antirrábico (nesses casos o paciente é encaminhado para o Hospital São José).

ND: campo não discriminado pelo dicionário de dados do SINAN-net.

Fonte: Elaborado pela autora.

Para alguns campos, a porcentagem de preenchimento foi calculada de acordo com a quantidade máxima que a variável poderia conter, por exemplo, a variável “Tempo de conclusão do tratamento anterior” que foi calculada considerando o total (n) das respostas “sim” da variável “Antecedentes de tratamento antirrábico”, já que só deveria preencher a variável “Tempo de conclusão do tratamento anterior” quem confirmasse “sim” na variável “Antecedentes de tratamento antirrábico”. Nestes casos, a variável na tabela apresenta entre parênteses o valor máximo que a variável poderia conter.

Na classificação dos 76 campos presentes na ficha de notificação antirrábica, observou-se que a maioria (42,1%; n=32) não apresentava categorização pelo manual do SINAN e foram identificados como campo “não discriminado”; 32,9% (n=25) pertenciam à categoria “obrigatório”; 21,0% (n=16) eram campos “essenciais” e 4% (n=3) foram considerados campos “chave”.

A análise da completitude revelou que a proporção média de preenchimento das variáveis foi de 67,8%. A completitude dos campos chaves teve 100% de preenchimento, variou de 92,3 a 100% para a maioria dos campos obrigatórios, com exceção do item “reação à vacina” que obteve 40,6% de preenchimento. Com relação aos campos essenciais e ND houve uma grande variabilidade na porcentagem, como pode ser observado na tabela 1.

Em relação aos campos obrigatórios, embora haja a premissa de preenchimento total para esses campos, a maioria deles (64%, n=25) apresentou preenchimento abaixo de 100%. Nessa categoria, apenas as variáveis “UF da notificação”, “nome da unidade de saúde”, “data do atendimento”, “nome do paciente”, “idade do paciente”, “UF de residência”, “nome do município de residência”, “país de residência (se residir fora do Brasil)” e “motivo da interrupção do tratamento indicado” apresentaram 100% de preenchimento.

Dentre os campos obrigatórios, variáveis importantes para a investigação no SINAN como “sexo” (99,9%), “idade gestacional, se gestante (92,3%)”, “tipo de exposição ao vírus rábico” (média de 96,3%), “localização da exposição” (média de 98,7%), “espécie do animal agressor” (99,7%) e “se houve reação vacinal” (40,6%) não apresentaram 100% de preenchimento.

Em relação à qualidade de preenchimento, foi verificado um predomínio de completitude excelente (96%, n=25) nos campos de preenchimento obrigatório. Dentre os campos essenciais, houve maior número de campos inseridos nas

categorias regular e ruim (56,3%, n=9). Ressalta-se que, dentre os campos não discriminados (n=32), 59,4% foram classificados com ruim.

A avaliação da completitude em relação às variáveis existentes nas fichas de notificações antirrábicas (dados gerais; notificação individual; dados de residência; antecedentes epidemiológicos e tratamento atual) mostra a média percentual de completitude de 100% para os dados gerais, 81,6% para os dados de notificação individual, variando entre 0,1% (e.g. “número do cartão do SUS do paciente”) e 100,0% (e.g. “nome do paciente”/“idade do paciente”).

Para o bloco “dados de residência”, a média percentual de completitude foi de 64,6%, sendo “geo campo 1” e “geo campo 2” as variáveis com a menor completitude (0,0%) e “UF de residência do paciente”, “nome do município de residência” e “país de residência (se residir fora do Brasil)” com as maiores (100,0%).

No bloco “antecedentes epidemiológicos”, a proporção de preenchimento foi de 90,9%, variando entre 55,8% (“número de doses aplicadas no tratamento anterior”) e 99,7% (“espécie do animal agressor”). O bloco “tratamento atual” teve preenchimento de 41,4%, sendo as variáveis “nome do laboratório produtor do soro” e “número da partida ou lote do soro utilizado” com os menores preenchimentos (0,0%) e “motivo da interrupção do tratamento indicado” com o maior (100,0%).

## 5.2 CONHECIMENTOS E ATITUDES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO ÀS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS DE DOENÇAS E AGRAVOS, COM DESTAQUE PARA O ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO

### 5.2.1 Resultados descritivos

A tabela 2 apresenta as características sociodemográficas dos respondentes, mostrando que, dentre os profissionais médicos, a média de idade foi de 36,5 anos (DP  $\pm$  8,4), sendo a maioria do sexo feminino (54,9%, n=67), proveniente de instituição pública de ensino superior (80,3%, n=98), com curso de pós-graduação na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da família (68,9%, n=84), com uma média de 9,8 anos de formação profissional (DP  $\pm$  8,2) e sem curso curso/treinamento envolvendo o assunto sobre as doenças de notificação compulsória nos últimos cinco anos (61,5%, n=75).

Com relação aos enfermeiros, a média de idade (38,1 anos; DP  $\pm$  9,0) e de formação profissional (12,0 anos; DP  $\pm$  8,8) foram superiores aos dos médicos. A maioria também foi representada pelo sexo feminino (89,9%, n=124), proveniente de instituição pública de ensino superior (63,8 %, n=88), com curso de pós-graduação na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da família (72,5 %, n=100) e sem participação em algum curso/treinamento envolvendo o assunto sobre as doenças de notificação compulsória nos últimos cinco anos (76,1%, n=105).

**TABELA 2 – Características sociodemográficas dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza participantes do estudo**

	Médicos				Enfermeiros				Total			
	Média	Desvio padrão	N	%	Média	Desvio padrão	N	%	Média	Desvio padrão	N	%
			122	100,0			138	100,0			260	100,0
<b>Idade</b>	36,5	8,4	--	--	39,5	9,2	--	--	38,1	9,0	--	--
<b>Regional</b>												
1	--	--	11	9,0	--	--	14	10,1	--	--	25	9,6
2	--	--	12	9,8	--	--	14	10,1	--	--	26	10,0
3	--	--	40	32,8	--	--	43	31,2	--	--	83	31,9
4	--	--	20	16,4	--	--	23	16,7	--	--	43	16,5
5	--	--	21	17,2	--	--	24	17,4	--	--	45	17,3
6	--	--	18	14,8	--	--	20	14,5	--	--	38	14,6
<b>Sexo</b>												
Masculino	--	--	55	45,1	--	--	14	10,1	--	--	69	26,5
Feminino	--	--	67	54,9	--	--	124	89,9	--	--	191	73,5
<b>Instituição de ensino onde concluiu a graduação</b>												
Pública	--	--	98	80,3	--	--	88	63,8	--	--	186	71,5
Privada	--	--	24	19,7	--	--	50	36,2	--	--	74	28,5
<b>Tempo de formado (anos completos)</b>	9,8	8,2	--	--	13,9	8,9	--	--	12,0	8,8	--	--
<b>Realizou curso de pós-graduação na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da família?</b>												
Sim	--	--	84	68,9	--	--	100	72,5	--	--	184	70,8
Não	--	--	38	31,1	--	--	38	27,5	--	--	76	29,2
<b>Participou de algum curso/treinamento envolvendo o assunto sobre as doenças de notificação compulsória nos últimos 5 anos?</b>												
Sim	--	--	47	38,5	--	--	33	23,9	--	--	80	30,8
Não	--	--	75	61,5	--	--	105	76,1	--	--	180	69,2

Fonte: Elaborado pela autora.

Além das características sociodemográficas, foram caracterizados também os conhecimentos desses médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre notificação compulsória de doenças ou agravos (TABELA 3).

Para a maioria dos médicos as notificações compulsórias são obrigatórias somente para algumas doenças (91,8%, n=112); podem ser realizadas por médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde (78,7%, n=96); podem ser comunicadas à autoridade de saúde por qualquer cidadão que delas tenha conhecimento (62,3%, n=76) e são realizadas mediante suspeita de doença, agravo ou evento de saúde pública (96,7%, n=118), mostrando que a maioria desses profissionais dominam conceitos relativos às notificações compulsórias.

As respostas da maioria dos enfermeiros foram semelhantes aos dos médicos, porém com porcentagens maiores. Em se tratando das doenças e dos agravos, a maioria dos médicos e enfermeiros identificou corretamente aqueles que são de notificação compulsória.

**TABELA 3 – Conhecimentos dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre notificação compulsória de doenças**

(continua)

	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
	122	100,0	138	100,0	260	100,0
<b>Sobre notificação compulsória de doenças ou agravos marque Verdadeiro ou Falso:</b>						
É obrigatória somente para algumas doenças.						
Verdadeiro	112	91,8	129	93,5	241	92,7
Falso	10	8,2	9	6,5	19	7,3
Deve ser realizada somente por médicos e/ou enfermeiros.						
Verdadeiro	34	27,9	42	30,4	76	29,2
Falso	88	72,1	96	69,6	184	70,8
Pode ser realizada por médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.						
Verdadeiro	96	78,7	111	80,4	207	79,6
Falso	26	21,3	27	19,6	53	20,4
Sua comunicação pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.						
Verdadeiro	76	62,3	96	69,6	172	66,1
Falso	46	37,7	42	30,4	88	33,8

**TABELA 3 – Conhecimentos dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre notificação compulsória de doenças**

(continuação)

	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
	122	100,0	138	100,0	260	100,0
É realizada mediante suspeita de doença, agravo ou evento de saúde pública.						
Verdadeiro	118	96,7	134	97,1	252	96,9
Falso	4	3,3	4	2,9	8	3,1
Deve ser realizada somente após a confirmação da doença, agravo ou evento de saúde pública.						
Verdadeiro	4	3,3	7	5,1	11	4,2
Falso	118	96,7	131	94,9	249	95,8
<b>Quais doenças abaixo são consideradas de notificação compulsória?</b>						
Tuberculose						
Sim	120	98,4	135	97,8	255	98,1
Não	2	1,6	3	2,2	5	1,9
Não sei	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva						
Sim	102	83,6	130	94,2	232	89,2
Não	16	13,1	7	5,1	23	8,8
Não sei	4	3,3	1	0,7	5	1,9
Dengue						
Sim	116	95,1	134	97,1	250	96,2
Não	6	4,9	3	2,2	9	3,5
Não sei	0	0,0	1	0,7	1	0,4
Pneumonia						
Sim	2	1,6	9	6,5	11	4,2
Não	120	98,4	120	87,0	240	92,3
Não sei	0	0,0	9	6,5	9	3,5
Doença de Chagas Aguda						
Sim	95	77,9	98	71,0	193	74,2
Não	17	13,9	18	13,0	35	13,5
Não sei	10	8,2	22	15,9	32	12,3
Asma						
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	122	100,0	128	92,8	250	96,2
Não sei	0	0,0	10	7,2	10	3,8
Amebíase						
Sim	0	0,0	1	0,7	1	0,4
Não	119	97,5	130	94,2	249	95,8
Não sei	3	2,5	7	5,1	10	3,8

**TABELA 3 – Conhecimentos dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre notificação compulsória de doenças**

(continuação)

	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
	122	100,0	138	100,0	260	100,0
<b>Febre de Chikungunya</b>						
Sim	118	96,7	132	95,7	250	96,2
Não	2	1,6	4	2,9	6	2,3
Não sei	2	1,6	2	1,4	4	1,5
<b>Acidente Vascular Cerebral</b>						
Sim	5	4,1	2	1,4	7	2,7
Não	115	94,3	125	90,6	240	92,3
Não sei	2	1,6	11	8,0	13	5,0
<b>Hanseníase</b>						
Sim	116	95,1	134	97,1	250	96,2
Não	4	3,3	3	2,2	7	2,7
Não sei	2	1,6	1	0,7	3	1,2
<b>Hepatites Virais</b>						
Sim	68	55,7	108	78,3	176	67,7
Não	41	33,6	20	14,5	61	23,5
Não sei	13	10,7	10	7,2	23	8,8
<b>HIV/AIDS</b>						
Sim	106	86,9	130	94,2	236	90,8
Não	8	6,6	7	5,1	15	5,8
Não sei	8	6,6	1	0,7	9	3,5
<b>Câncer</b>						
Sim	1	0,8	5	3,6	6	2,3
Não	117	95,9	121	87,7	238	91,5
Não sei	4	3,3	12	8,7	16	6,2
<b>Leishmaniose tegumentar e visceral</b>						
Sim	95	77,9	111	80,4	206	79,2
Não	17	13,9	14	10,1	31	11,9
Não sei	10	8,2	13	9,4	23	8,8
<b>Erisipela</b>						
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0
Não	120	98,4	126	91,3	246	94,6
Não sei	2	1,6	12	8,7	14	5,4
<b>Óbito infantil e materno</b>						
Sim	110	90,2	107	77,5	217	83,5
Não	8	6,5	25	18,1	33	12,7
Não sei	4	3,3	6	4,4	10	3,8
<b>Raiva</b>						
Sim	118	96,7	137	99,3	255	98,1
Não	2	1,6	1	0,7	3	1,2
Não sei	2	1,6	0	0,0	2	0,8

**TABELA 3 – Conhecimentos dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre notificação compulsória de doenças**

(conclusão)

	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
	122	100,0	138	100,0	260	100,0
Síndrome da rubéola congênita						
Sim	110	90,2	126	91,3	236	90,8
Não	4	3,3	7	5,1	11	4,2
Não sei	8	6,5	5	3,6	13	5,0
Sarampo						
Sim	118	96,7	134	97,1	252	97,0
Não	2	1,6	2	1,4	4	1,5
Não sei	2	1,6	2	1,4	4	1,5
Infarto agudo do miocárdio						
Sim	5	4,1	0	0,0	5	1,9
Não	115	94,3	126	91,3	241	92,7
Não sei	2	1,6	12	8,7	14	5,4
Sífilis						
Sim	83	68,0	114	82,6	197	75,8
Não	37	30,3	23	16,7	60	23,1
Não sei	2	1,6	1	0,7	3	1,2
Tétano						
Sim	104	85,3	118	85,5	222	85,4
Não	12	9,8	17	12,3	29	11,2
Não sei	6	4,9	3	2,2	9	3,5
Alzheimer						
Sim	1	0,8	0	0,0	1	0,4
Não	118	96,7	128	92,8	246	94,6
Não sei	3	2,5	10	7,2	13	5,0
Caso grave de varicela						
Sim	87	71,3	83	60,1	170	65,4
Não	25	20,5	30	21,7	55	21,1
Não sei	10	8,2	25	18,1	35	13,5
Violências						
Sim	89	73,0	97	70,3	186	71,5
Não	21	17,2	31	22,5	52	20,0
Não sei	12	9,8	10	7,2	22	8,5

Fonte: Elaborado pela autora.

A tabela 4 expressa as atitudes dos médicos e enfermeiros diante da notificação compulsória das doenças e dos agravos. Através dela percebe-se que uma porcentagem maior de enfermeiros (97,8%, n=135) do que de médicos (92,6%, n=113) afirma realizar notificação compulsória de doenças ou agravos.

Dentre os médicos que não realizam notificações, as principais razões citadas são a complexidade e extensão das fichas (77,8%, n=7), a falta de tempo (55,6%, n=5) e o não gosto pelo preenchimento (44,4%, n=4). Já entre os enfermeiros as principais razões foram falta de capacitação (100,0%, n=3), falta de tempo (100,0%, n=3) e o não gosto pelo preenchimento (100,0%, n=3).

Quando perguntados sobre o completo preenchimento das fichas de notificação, incluindo a conclusão dos casos, a maioria dos enfermeiros (64,5%, n=89) respondeu “sim”. Já os médicos, a maioria (56,6 %, n=69) respondeu “não” e “às vezes”. Dentre os motivos citados pelos médicos para o não preenchimento por completo das fichas de notificação foram citados a falta de tempo (31,9%, n=22) e a dificuldade de localizar os pacientes, afim de coletar os dados para a conclusão dos casos (79,7%, n=55). Essa dificuldade de localizar os pacientes também foi citada pela maioria dos enfermeiros que responderam “não” ou “às vezes” (81,2 %, n=39).

Em relação às sugestões para que as notificações compulsórias tenham uma melhor qualidade e agilidade, a maioria dos médicos citou disponibilização do SINAN on-line (77,9%, n=95), enquanto a maioria dos enfermeiros citou capacitação profissional (76,1%, n=105).

Dentre os fatores que facilitariam o preenchimento das fichas de notificação compulsória, a maioria dos médicos (86,1%, n=105) e enfermeiros (73,9%, n=102) apontou a disponibilização de preenchimento das fichas de notificação através prontuário eletrônico.

**TABELA 4 – Atitudes dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre notificação compulsória de doenças**

(continua)

	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
	122	100,0	138	100,0	260	100,0
<b>Você realiza notificação compulsória de doenças ou agravos?</b>						
Sim	113	92,6	135	97,8	248	95,4
Não	9	7,4	3	2,2	12	4,6
<b>Se não, por qual (is) razão (ões)? *</b>						
Fichas de notificações são complexas e extensas	7	77,8	2	66,7	7	58,3
Falta de tempo	5	55,6	3	100,0	8	66,7
Falta de capacitação	1	11,1	3	100,0	1	8,3
Não gosto de preencher	4	44,4	3	100,0	3	25,0

**TABELA 4 – Atitudes dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre notificação compulsória de doenças**

(conclusão)

	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
	122	100,0	138	100,0	260	100,0
Outros	2	22,2	1	33,3	3	25,0
Muita demanda	0	0,0	1	100,0	1	8,3
Outros profissionais sempre preenchem	2	22,2	0	0,0	2	16,7
<b>Você procura preencher todos os campos das fichas de notificação, incluindo a conclusão dos casos?</b>						
Sim	49	40,2	89	64,5	138	53,1
Não	24	19,7	14	10,1	38	14,6
Às vezes	45	36,9	34	24,6	79	30,4
Não se aplica	4	3,3	1	0,7	5	1,9
<b>Se “não” ou “às vezes”, qual (is) o (s) motivo (s)? *</b>	69	56,6	48	34,8	117	45,0
Falta de tempo	22	31,9	5	10,4	27	23,0
Não acha necessário preencher todos os campos	2	2,9	1	2,1	3	2,6
Dificuldade de localizar o paciente	55	79,7	39	81,2	94	80,3
Outros	12	17,4	11	22,9	23	19,6
<b>Qual (is) sugestão (ões) você daria para que as notificações compulsórias tivessem uma melhor qualidade e agilidade?*</b>						
Disponibilização do SINAN on-line	95	77,9	103	74,6	198	76,1
Capacitação profissional	89	72,9	105	76,1	194	74,6
Aumento de recursos humanos	53	43,4	82	59,4	135	51,9
Outros	9	7,4	20	14,5	29	11,2
<b>Para você, qual (is) fator (es) facilitaria (m) o preenchimento da ficha de notificação compulsória de doenças?*</b>						
Ter um profissional específico para esse fim durante todo o horário de funcionamento do serviço de saúde	56	45,9	55	39,9	111	42,7
Reduzir o número de campos necessários para preenchimento	45	36,9	39	28,3	84	32,3
Disponibilização de preenchimento via internet	66	54,1	63	45,6	129	49,6
Disponibilização de preenchimento via prontuário eletrônico	105	86,1	102	73,9	207	79,6
Outros	7	5,7	9	6,5	16	6,2

\* O respondente poderia marcar mais de uma opção (% no total pode ser maior que 100 %).

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto aos conhecimentos e atitudes dos médicos e enfermeiros participantes da pesquisa, com relação ao atendimento antirrábico humano, a tabela 5 mostra que todos os médicos (100%, n=122) e a maioria dos enfermeiros (95,6%, n=132) dizem conhecer a doença raiva humana.

Quando indagados em relação a se sentir apto no manejo de pacientes suspeitos ou confirmados de raiva humana, a maioria dos médicos (61,5%, n=75) respondeu que “sim”, enquanto a maioria dos enfermeiros (51,4%, n=71) respondeu “não”.

Em relação à atitude dos profissionais, mediante a necessidade de atendimento de um paciente vítima de agressão por animal potencialmente transmissor da raiva, a maioria dos médicos (82,0%, n=100) e dos enfermeiros (93,5%, n=129) afirmam que realizam a notificação e adotam a conduta indicada para cada caso. Para isso, a maioria dos médicos (75,4%, n=92) e dos enfermeiros (84,8 %, n=117) utilizam um apoio instrucional através de um guia.

Quando interrogados em relação ao conhecimento do protocolo de profilaxia da raiva humana no Brasil, a maioria dos médicos (82,0% e n=100) e dos enfermeiros (87,0%, n=120) respondeu “sim”. Já quando questionados se o Brasil, segundo a OMS, poderia ser considerado um país livre da doença raiva, a maioria das respostas dos médicos (61,5%, n=75) e dos enfermeiros (72,5%, n=100) foi “não”, ou seja, os profissionais se mostraram cientes de que o Brasil continua registrando casos de raiva humana e, por isso, não pode ser considerado um país livre dessa doença.

**TABELA 5 – Conhecimentos e atitudes dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre atendimento antirrábico humano**

	(continua)					
	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Conhecimentos sobre o atendimento antirrábico humano</b>						
<b>Você conhece a doença raiva humana?</b>						
Sim	122	100,0	132	95,6	254	97,7
Não	0	0,0	6	4,4	6	2,3
<b>Você se considera apto em relação ao manejo de pacientes suspeitos ou confirmados de raiva humana?</b>						
Sim	75	61,5	67	48,6	142	54,6
Não	47	38,5	71	51,4	118	45,4

**TABELA 5 – Conhecimentos e atitudes dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre atendimento antirrábico humano**

(continuação)

TABELA 5: Conhecimentos e atitudes dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre atendimento antirrábico humano (continuação).

	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
	122	100,0	138	100,0	260	100,0
<b>Quando aparece um paciente vítima de agressão por animal potencialmente transmissor da raiva na UAPS e você precisa fazer o atendimento, qual sua conduta?</b>						
Notifico e adoto a conduta indicada para cada caso	100	82,0	129	93,5	229	88,1
Não notifico, apenas adoto a conduta indicada para cada caso	18	14,8	3	2,2	21	8,1
Apenas notifico e depois encaminhado para outro serviço	1	0,8	2	1,4	3	1,2
Apenas encaminhado	3	2,5	4	2,9	7	2,7
<b>Durante o manejo aos pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva, você utiliza algum apoio instrucional?</b>						
Sim	92	75,4	117	84,8	209	80,4
Não	30	24,6	21	15,2	51	19,6
<b>Se sim, qual (is)?*</b>						
Um outro profissional	36	39,1	24	20,5	60	28,7
Um guia	72	78,3	103	88,0	175	83,7
A internet	35	38,0	15	12,8	50	23,9
Outros (n = 11)	5	5,4	6	4,3	11	5,3
<b>Você conhece o protocolo de profilaxia da raiva humana no Brasil?</b>						
Sim	100	82,0	120	87,0	220	84,6
Não	22	18,0	18	13,0	40	15,4
<b>O Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde, pode ser considerado um país livre da raiva?</b>						
Sim	7	5,7	7	5,1	14	5,4
Não	75	61,5	100	72,5	175	67,3
Não sei	40	32,8	31	22,5	71	27,3
<b>Em casos de acidentes leves, quando o cão ou gato não tiver suspeita de raiva no momento da agressão, qual (is) conduta (s) deve (m) ser adotada (s)?*</b>						
Observar o animal	110	90,2	136	98,6	246	94,6
Lavar o local com água e sabão	120	98,4	136	98,6	256	98,5
Iniciar duas doses de vacina (0 e 3 dias)	20	16,4	28	20,3	48	18,5
Iniciar cinco doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias)	2	1,6	3	2,2	5	1,9

**TABELA 5 – Conhecimentos e atitudes dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre atendimento antirrábico humano**

(continuação)

	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
	122	100,0	138	100,0	260	100,0
Iniciar 2 doses de vacina (0 e 3 dias) apenas se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso	8	6,6	4	2,9	12	4,6
Iniciar 5 doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias) apenas se o animal morrer, desaparecer o se tornar raivoso	25	20,5	33	23,9	58	22,3
Não sei	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros	0	0,0	3	2,2	3	1,2
<b>Em casos de acidentes leves, quando envolvem cães e gatos clinicamente suspeitos de raiva, qual (is) conduta (s) deve (m) ser adotada (s)?*</b>						
Observar o animal	114	93,4	125	90,6	239	91,9
Lavar o local com água e sabão	116	95,1	135	97,8	251	96,5
Iniciar duas doses de vacina (0 e 3 dias)	68	55,7	81	58,7	149	57,3
Iniciar cinco doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias)	40	32,8	48	34,8	88	33,8
Apenas se o animal morrer, desaparecer ou ter o diagnóstico confirmado de raiva, é que se completa o esquema de vacinação até 5 doses	56	45,9	67	48,6	123	47,3
Não sei	2	1,6	2	1,4	4	1,5
Outros	4	3,3	11	8,0	15	5,8
Soro antirrábico	2	50,0	9	81,8	11	73,3
7 doses de vacina + soro antirrábico	0	0,0	1	9,1	1	6,7
3 doses de vacina	2	50,0	0	0,0	2	13,3
Interromper esquema vacinal se suspeita descartada	0	0,0	1	9,1	1	6,7
<b>Em casos de acidentes graves, quando envolvem cães e gatos sem suspeita de raiva no momento da agressão, qual (is) conduta (s) deve (m) ser adotada (s)?*</b>						
Observar o animal	111	91,0	130	94,2	241	92,7
Lavar o local com água e sabão	110	90,2	137	99,3	247	95,0
Iniciar duas doses de vacina (0 e 3 dias) e encerrar o caso se o animal permanecer sadio após a observação	88	72,1	83	60,1	171	65,8
Iniciar cinco doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias)	22	18,0	46	33,3	68	26,1
Apenas se o animal morrer, desaparecer ou ter o diagnóstico confirmado de raiva, é que se completa o esquema de vacinação até 5 doses e se inicia o soro antirrábico	46	37,7	60	43,5	106	40,8
Não sei	0	0,0	2	1,4	2	0,8
Outros	3	2,5	7	5,1	10	3,8

**TABELA 5 – Conhecimentos e atitudes dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre atendimento antirrábico humano**

(continuação)

	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
	122	100,0	138	100,0	260	100,0
Soro antirrábico + sutura	1	33,3	0	0,0	1	10,0
7 doses de vacina + soro	0	0,0	1	14,3	1	10,0
Encaminhamento para Hosp. São José	0	0,0	3	42,9	3	30,0
Soro antirrábico	2	66,7	3	42,9	5	50,0
<b>Em casos de acidentes graves, quando cão ou gato estiver clinicamente com suspeita de raiva no momento da agressão, qual (is) conduta (s) deve (m) ser adotada (s)?*</b>						
Observar o animal	102	83,6	116	84,1	218	83,8
Lavar o local com água e sabão	111	91,0	129	93,5	240	92,3
Iniciar duas doses de vacina (0 e 3 dias) e soro	17	13,9	6	4,3	23	8,8
Iniciar cinco doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias) e soro	105	86,1	125	90,6	230	88,5
Se a suspeita de raiva for descartada após os 10 dias de observação, a conduta é suspender o esquema profilático e encerrar o caso	42	34,4	44	31,9	86	33,1
Não sei	0	0,0	1	0,7	1	0,4
Outros	1	0,8	7	5,1	8	3,1
Soro antirrábico	1	100,0	3	42,9	4	50,0
7 doses de vacina + soro	0	0,0	1	14,3	1	12,5
Encaminhamento para São José	0	0,0	2	28,6	2	25,0
Encaminhamento para avaliação médica	0	0,0	1	14,3	1	12,5
<b>Em casos de acidentes leves envolvendo animais silvestres (domiciliados ou não) ou animais domésticos de interesse econômico ou de produção, qual (is) conduta (s) deve (m) ser adotada (s)?*</b>						
Observar o animal	69	56,6	70	50,7	139	53,5
Lavar o local com água e sabão	100	82,0	119	86,2	219	84,2
Iniciar imediatamente duas doses de vacina (0 e 3 dias) e soro	26	21,3	26	18,8	52	20,0
Iniciar imediatamente cinco doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias).	69	56,6	76	55,1	145	55,8
Iniciar imediatamente soro antirrábico	36	29,5	49	35,5	85	32,7
Não sei	11	9,0	8	5,8	19	7,3
Outros	0	0,0	3	2,2	3	1,2
Soro antirrábico	0	0,0	1	33,3	1	33,3
7 doses de vacina + soro	0	0,0	1	33,3	1	33,3
Encaminhamento para São José	0	0,0	1	33,3	1	33,3

**TABELA 5 – Conhecimentos e atitudes dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre atendimento antirrábico humano**

(conclusão)

TABELA 5: Conhecimentos e atitudes dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE sobre atendimento antirrábico humano (continuação).

	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
	122	100,0	138	100,0	260	100,0
<b>Sobre o atendimento antirrábico humano, o que você considerada correto? Responda sim, não ou não sei para cada sentença</b>						
<b>Em caso de reexposição ao vírus da raiva em pessoas que já tenham recebido a profilaxia pós-exposição, caso a pessoa tenha recebido tratamento completo em menos de 90 dias, não se deve realizar esquema profilático</b>						
Sim	64	52,5	96	69,6	160	61,5
Não	19	15,6	15	10,9	34	13,1
Não sei	39	32,0	27	19,6	66	25,4
<b>A vacina pode ser aplicada por via intramuscular ou intradérmica. A dose intramuscular é de 0,5 e 1 ml, dependendo do fabricante, devendo ser aplicada profundamente na região do deltoide ou vasto lateral da coxa, nunca na região glútea</b>						
Sim	52	42,6	51	37,0	103	39,6
Não	16	13,1	65	47,1	81	31,2
Não sei	54	44,3	22	16,0	76	29,2
<b>Por conta da elevada letalidade da raiva, o uso da vacina não apresenta restrições, de forma que, grávidas, mulheres lactantes e pacientes que tenham doenças intercorrentes ou que estejam fazendo outros tipos de tratamento podem fazer uso dela</b>						
Sim	73	59,8	94	68,1	167	64,2
Não	18	14,8	18	13,0	36	13,8
Não sei	31	25,4	26	18,8	57	21,9

\* O respondente poderia marcar mais de uma opção (% no total pode ser maior que 100 %).

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à conduta adotada pelos médicos nos casos de acidentes leves, envolvendo cães ou gatos sem suspeita de raiva no momento da agressão, a maioria indicou a observação do animal (90,2%, n=110) e a lavagem do ferimento com água e sabão (98,4%, n= 20), mas esqueceu de adotar a conduta indicada após o período de observação, ou seja, a indicação de cinco doses de vacina (0, 3, 7, 14

e 28 dias) caso houvesse a morte, o desaparecimento ou o adoecimento do animal por raiva. O mesmo foi observado entre os profissionais enfermeiros, mas com diferenças nas porcentagens, conforme pode ser observado na tabela 5.

Já nos casos de acidentes leves, agora envolvendo cães ou gatos clinicamente suspeitos de raiva, a maioria dos médicos e dos enfermeiros adotaram a conduta correta, ou seja, indicaram a observação do animal (93,4% (n=114) dos médicos e 90,6% (n=125) dos enfermeiros), a lavagem do local com água e sabão (95,1% (n=116) dos médicos e 97,8% (n=135) dos enfermeiros) e o início imediato de duas doses de vacina (0 e 3 dias) (55,7% (n=68) dos médicos e 58,7% (n=81) dos enfermeiros), sendo completado o esquema até cinco doses apenas nos casos de morte, desaparecimento ou adoecimento do animal por raiva (45,9% dos médicos (n=56) e 48,6% (n=67) dos enfermeiros).

Em relação aos casos de acidentes graves, envolvendo cães ou gatos sem suspeita de raiva no momento da agressão, a maioria dos médicos e dos enfermeiros adotaram atitudes corretas como observar o animal (91,0% (n=11) dos médicos e 94,2% (n=130) dos enfermeiros), lavar o local do ferimento com água e sabão (90,2% (n=110) dos médicos e 99,3% (n=137) dos enfermeiros) e iniciar duas doses de vacina (0 e 3 dias) (72,1% (n=88) dos médicos e 60,1% (n=83) dos enfermeiros). Todavia, a maioria desses profissionais esqueceu-se de adotar a conduta nos casos de morte, desaparecimento ou adoecimento do animal após o período de observação, que seria completar o esquema até cinco doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias) e iniciar o soro antirrábico. Nesse caso, apenas 37,7% (n=46) dos médicos e 43,5% (n=60) dos enfermeiros adotaram essa conduta.

Quando interrogados sobre a conduta frente a acidentes graves, envolvendo cães ou gatos clinicamente suspeitos de raiva no momento da agressão, a maioria dos médicos e dos enfermeiros prescreveram condutas corretas como observar o animal (83,6% (n=102) dos médicos e 84,1% (n=116) dos enfermeiros), lavar o local do ferimento com água e sabão (91,0% (n=111) dos médicos e 93,5% (n=129) dos enfermeiros) e iniciar cinco doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias) juntamente com o soro antirrábico (86,1% (n=105) dos médicos e 90,6% (n=125) dos enfermeiros). Entretanto, a maioria desses profissionais (65,6% (n=80) dos médicos e 68,1% (n=94) dos enfermeiros) esqueceu-se de considerar a suspensão do tratamento vacinal após o período de observação, caso o animal agressor tivesse

a suspeita de raiva descartada, o que impediria a administração desnecessária da vacina antirrábica, reduzindo os riscos de efeitos adversos.

Em se tratando do atendimento a pacientes vítimas de agressões, envolvendo acidentes leves com animais silvestres (domiciliados ou não) ou animais domésticos de interesse econômico ou de produção, a maioria dos médicos e dos enfermeiros adotou a conduta correta, ou seja, indicou a lavagem do local com água e sabão (82,0% (n=100) dos médicos e 86,2% (n=119) dos enfermeiros) e o início imediato de cinco doses de vacina antirrábica (0, 3, 7, 14 e 28 dias) (56,6% (n=69) dos médicos e 55,1% (n=76) dos enfermeiros). Por outro lado, apesar da maioria dos profissionais ter recomendado também a observação do animal (56,6% (n=69) dos médicos e 50,7% (n=70) dos enfermeiros), esta conduta não é indicada pelo esquema para profilaxia da raiva humana no Brasil. Além disso, uma porcentagem considerável de médicos (29,5%, n=36) e de enfermeiros (35,5%, n=49) indicou desnecessariamente o uso do soro antirrábico para esses casos.

Nos casos de reexposição ao vírus da raiva, em pessoas com histórico de tratamento completo anterior em menos de 90 dias, a maioria dos médicos (52,5%, n=64) e dos enfermeiros (69,6%, n=96) adotou a conduta correta frente, ou seja, a maioria desses profissionais indicou que nesses casos não se deve realizar esquema profilático.

O mesmo aconteceu quando os profissionais foram questionados sobre o uso da vacina antirrábica em grávidas, mulheres lactantes e pacientes que tenham doenças intercorrentes ou que estejam fazendo outros tipos de tratamento. Nesses casos, devido à elevada letalidade da raiva, o uso da vacina não apresenta restrições e isso foi respondido por 59,8% (n=73) dos médicos e 68,1% (n=94) dos enfermeiros.

Por outro lado, quando interrogados sobre a via de administração da vacina antirrábica, que pode ser intramuscular ou intradérmica, sobre a dose, que é de 0,5 e 1 ml, dependendo do fabricante, e o local de administração da via intramuscular, que deve ser aplicada profundamente na região do deltoide ou vasto lateral da coxa (nunca na região glútea), a maioria dos respondentes (57,4% (n=70) dos médicos e 63,1% (n=87) dos enfermeiros) respondeu “não” ou “não sei”.

### 5.2.2 Resultados analíticos

Para verificar a relação entre as características sociodemográficas e as atitudes e os conhecimentos dos médicos e enfermeiros relativos às notificações compulsórias e ao atendimento antirrábico humano, variáveis categóricas e contínuas foram cruzadas (Qui-quadrado, Test t independente, Anova etc.). A tabela 6 apresenta as relações que apresentaram significância estatística.

**TABELA 6 – Relação entre as características sociodemográficas, atitudes e conhecimentos dos respondentes relativos às doenças de notificação compulsória e aos atendimentos antirrábicos humanos**

(continua)

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
Sexo	Categoria profissional	p=0,001	Feminino> masculino nas categorias de médicos e enfermeiros.	Qui-quadrado
Categoria profissional	Instituição de ensino onde concluiu a graduação	p=0,003	Pública> privada nas categorias de médicos e enfermeiros.	Qui-quadrado
	Participação em algum curso/treinamento envolvendo o assunto sobre as doenças de notificação compulsória nos últimos 5 anos	p=0,011	Médico> enfermeiro	
	Se realiza notificação compulsória de doenças ou agravos.	p=0,046	Enfermeiro> médico	
	Procura preencher todos os campos das fichas de notificação, incluindo a conclusão dos casos	p=0,001	Enfermeiro> médico	
	Atribui à “falta de tempo” o motivo do não preenchimento por completo das fichas de notificação.	p=0,007	Médico> enfermeiro	
	Sugere aumento de recursos humanos para que as notificações compulsórias tenham uma melhor qualidade e agilidade.	p=0,010	Enfermeiro> médico	

**TABELA 6 – Relação entre as características sociodemográficas, atitudes e conhecimentos dos respondentes relativos às doenças de notificação compulsória e aos atendimentos antirrábicos humanos**

(continuação)

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
	Afirma que a disponibilização de preenchimento das notificações compulsórias via prontuário eletrônico facilitaria o seu preenchimento.	p=0,015	Médico>enfermeiro	
	Conhece a doença raiva humana	p=0,020		
	Considera-se apto em relação ao manejo de pacientes suspeitos ou confirmados de raiva humana.	p=0,037	Médico>enfermeiro	
	Notifica e adota a conduta indicada durante o atendimento de um paciente vítima de agressão por animal potencialmente transmissor da raiva.	p=0,004	Enfermeiro>médico	
	Não notifica, apenas adota a conduta indicada para cada caso, durante o atendimento de um paciente vítima de agressão por animal potencialmente transmissor da raiva.	p=0,001	Médico>enfermeiro	
	Utiliza a ajuda de um outro profissional durante o manejo dos pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva.	p=0,003	Médico>enfermeiro	
	Utiliza a internet como apoio instrucional durante o manejo dos pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva.	p=0,001	Médico>enfermeiro	
	Indica observar o animal como uma das condutas em casos de acidentes leves, quando o cão ou gato não tiverem suspeita de raiva no momento da agressão.	p=0,003	Enfermeiro>médico	

**TABELA 6 – Relação entre as características sociodemográficas, atitudes e conhecimentos dos respondentes relativos às doenças de notificação compulsória e aos atendimentos antirrábicos humanos**

(continuação)

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
	Indica lavar o local com água e sabão como uma das condutas em casos de acidentes graves, quando o cão ou gato não tiverem suspeita de raiva no momento da agressão.	p=0,001	Enfermeiro> médico	
	Indica lavar o local com água e sabão como uma das condutas em casos de acidentes graves, quando o cão ou gato não tiverem suspeita de raiva no momento da agressão.	p=0,001	Enfermeiro> médico	
	Indica iniciar duas doses de vacina (0 e 3 dias) e encerram o caso se o animal permanecer sadio após o período de observação em casos de acidentes graves, quando o cão ou gato não tiverem suspeita de raiva no momento da agressão.	p=0,042	Médico> enfermeiro	
	Indica iniciar cinco doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias) em casos de acidentes graves, quando o cão ou gato não tiverem suspeita de raiva no momento da agressão.	p=0,005	Enfermeiro> médico	
	Indica iniciar duas doses de vacina (0 e 3 dias) e soro em casos de acidentes graves, envolvendo cão ou gato clinicamente com suspeita de raiva no momento da agressão.	p=0,007	Médico> enfermeiro	
	Afirma que, em caso de reexposição ao vírus da raiva em pessoas que já tenham recebido a profilaxia pós-exposição, caso a pessoa tenha recebido tratamento completo em menos de 90 dias, não se deve realizar esquema profilático.	p=0,017	Enfermeiro> médico	

**TABELA 6 – Relação entre as características sociodemográficas, atitudes e conhecimentos dos respondentes relativos às doenças de notificação compulsória e aos atendimentos antirrábicos humanos**

(continuação)

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
Tempo de formado	Categoria profissional	p=0,001	Enfermeiro> médico	Test t
	Realizou curso de pós-graduação na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da família?	p=0,001	Maior média de tempo de formado para as respostas “sim”	
	A pneumonia é considerada uma doença de notificação compulsória?	p=0,006	Maior média de tempo de formado para as respostas “não sei”	Anova
	HIV/AIDS é considerada uma doença de notificação compulsória?	p=0,006	Maior média de tempo de formado para as respostas “sim”	
	O câncer é considerado uma doença de notificação compulsória?	p=0,003	Maior média de tempo de formado para as respostas “não sei”	
	O óbito infantil e materno é considerado uma doença de notificação compulsória?	p=0,026	Maior média de tempo de formado para as respostas “não sei”	
	A sífilis é considerada uma doença de notificação compulsória?	p=0,011	Maior média de tempo de formado para as respostas “sim”	
	O tétano é considerado uma doença de notificação compulsória?	p=0,006	Maior média de tempo de formado para as respostas “sim”	
	O Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde, pode ser considerado um país livre da raiva?	p=0,045	Maior média de tempo de formado para as respostas “não sei”	

**TABELA 6 – Relação entre as características sociodemográficas, atitudes e conhecimentos dos respondentes relativos às doenças de notificação compulsória e aos atendimentos antirrábicos humanos**

(continuação)

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
	Em caso de reexposição ao vírus da raiva em pessoas que já tenham recebido a profilaxia pós-exposição, caso a pessoa tenha recebido tratamento completo em menos de 90 dias, não se deve realizar esquema profilático?	p=0,003	Maior média de tempo de formado para as respostas “não”	
	Conhece a doença raiva humana?	p=0,001	Maior média de tempo de formado para as respostas “não”	T test
	Não notifica, apenas adota a conduta indicada durante um atendimento ao paciente vítima de agressão por animal potencialmente transmissor da raiva.	p=0,001	Maior média de tempo de formado para as respostas “não”	
	Apenas encaminha os pacientes vítimas de agressão por animal potencialmente transmissor da raiva (não realiza o atendimento e nem a notificação).	p=0,005	Maior média de tempo de formado para as respostas “sim”	
	Utiliza um guia durante o manejo dos pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva.	p=0,018	Maior média de tempo de formado para as respostas “não”	
	Utiliza a internet durante o manejo dos pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva.	p=0,001	Maior média de tempo de formado para as respostas “não”	
	Conhece o protocolo de profilaxia da raiva humana no Brasil.	p=0,001	Maior média de tempo de formado para as respostas “não”	

**TABELA 6 – Relação entre as características sociodemográficas, atitudes e conhecimentos dos respondentes relativos às doenças de notificação compulsória e aos atendimentos antirrábicos humanos**

(continuação)

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
	Indica iniciar duas doses de vacina (0 e 3 dias) como uma das condutas em casos de acidentes leves, quando o cão ou gato não tiver suspeita de raiva no momento da agressão.	p=0,010	Maior média de tempo de formado para as respostas “não”	
	Indica iniciar cinco doses de vacina (0,3, 7, 14 e 28 dias) como uma das condutas em casos de acidentes leves, quando o cão ou gato tiverem suspeita de raiva no momento da agressão.	p=0,004	Maior média de tempo de formado para as respostas “sim”	
	Em casos de acidentes leves, quando o cão ou gato tiverem suspeita de raiva no momento da agressão, indica-se completar o esquema com cinco doses de vacina apenas se o animal morrer, desaparecer ou ter o diagnóstico confirmado de raiva.	p=0,008	Maior média de tempo de formado para as respostas “não”	
	Em casos de acidentes graves, com cão ou gato clinicamente com suspeita de raiva no momento da agressão, indica-se suspender o esquema profilático e encerra-se o caso, se a suspeita de raiva for descartada após o período de observação.	p=0,029	Maior média de tempo de formado para as respostas “não”	
	Indica observar o animal como uma das condutas em casos de acidentes leves envolvendo animais silvestres ou animais domésticos de interesse econômico ou de produção.	p=0,019	Maior média de tempo de formado para as respostas “não”	

**TABELA 6 – Relação entre as características sociodemográficas, atitudes e conhecimentos dos respondentes relativos às doenças de notificação compulsória e aos atendimentos antirrábicos humanos**

(continuação)

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
Participação em algum curso/treinamento envolvendo o assunto sobre as doenças de notificação compulsória nos últimos 5 anos	Realiza notificação compulsória de doenças ou agravos.	p=0,034	Não>sim	Qui- quadrado
	Se considera apto em relação ao manejo de pacientes suspeitos ou confirmados de raiva humana.	p=0,012	Sim>não	
	Em casos de acidentes leves, quando o cão ou gato não tiverem suspeita de raiva no momento da agressão, indica iniciar cinco doses de vacina apenas se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso.	p=0,004	Não>sim	
	Indica observar o animal como uma das condutas em casos de acidentes graves, envolvendo cão ou gato clinicamente sem suspeita de raiva.	p=0,047	Sim>não	
	Indica lavar o local com água e sabão como uma das condutas em casos de acidentes graves, quando o cão ou gato tiverem suspeita de raiva no momento da agressão.	p=0,036	Sim>não	
	Indica lavar o local com água e sabão como uma das condutas em casos de acidentes leves, envolvendo animais silvestres ou animais domésticos de interesse econômico ou de produção.	p=0,038	Sim>não	
Realização de curso de pós-graduação na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da família	Se considera apto em relação ao manejo de pacientes suspeitos ou confirmados de raiva humana.	p=0,004	Sim>não	Qui- quadrado

**TABELA 6 – Relação entre as características sociodemográficas, atitudes e conhecimentos dos respondentes relativos às doenças de notificação compulsória e aos atendimentos antirrábicos humanos**

(conclusão)

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
	Utiliza a ajuda de um outro profissional durante o manejo dos pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva.	p=0,023	Não>sim	
	Indica iniciar duas doses de vacina (0 e 3 dias) como uma das condutas em casos de acidentes leves, quando o cão ou gato não tiver suspeita de raiva no momento da agressão.	p=0,036	Não>sim	
	Indica observar o animal como uma das condutas em casos de acidentes leves, envolvendo cão ou gato clinicamente suspeito de raiva.	p=0,010	Não>sim	
	Indica observar o animal como uma das condutas em casos de acidentes graves, envolvendo cão ou gato clinicamente sem suspeita de raiva.	p=0,004	Não>sim	
	Indica observar o animal como uma das condutas em casos de acidentes leves envolvendo animais silvestres ou animais domésticos de interesse econômico ou de produção.	p=0,001	Não>sim	
	Afirma que a vacina antirrábica pode ser aplicada por via intramuscular ou intradérmica. A dose intramuscular é de 0,5 e 1 ml, dependendo do fabricante, devendo ser aplicada profundamente na região do deltoide ou vasto lateral da coxa, nunca na região glútea.	p=0,005	Sim>não	

Fonte: Elaborado pela autora.

Por meio da tabela 6 verificou-se que o cruzamento entre as variáveis “sexo” e “categoria profissional” apresentou significância estatística ( $p=0,001$ ), evidenciando um número maior de profissionais do sexo feminino nas duas categorias (médicos e enfermeiros). Uma outra correlação, agora envolvendo as variáveis “categoria profissional” e “instituição de ensino de conclusão da graduação”; também apresentou significância estatística ( $p=0,003$ ), mostrando que a instituição pública de ensino foi a mais citada entre as duas categorias.

Utilizando o teste Qui-quadrado, foram realizadas associações entre a variável “categoria profissional” e as características sociodemográficas, atitudes e conhecimentos dos respondentes relativos às notificações compulsórias e aos atendimentos antirrábicos humanos. Os resultados estatisticamente significantes ( $p>0,05$ ) dessas associações estão descritos na tabela 6.

Através desses resultados, evidenciou-se, de uma maneira geral, que uma maior porcentagem de médicos não realiza a notificação compulsória, apenas adota a conduta indicada para cada caso, durante o atendimento de um paciente vítima de agressão por animal potencialmente transmissor da raiva. Além disso, esses profissionais atribuem à falta de tempo (sobrecarga de trabalho) o motivo do não preenchimento por completo das fichas de notificação e, apesar de relatarem que utilizam um apoio instrucional (um outro profissional ou a internet), adotam condutas em desacordo com as normas técnicas de profilaxia da raiva humana, como nos casos acidentes graves envolvendo cão ou gato clinicamente com suspeita de raiva no momento da agressão, que ao invés de duas doses da vacina antirrábica devem ser prescritas cinco doses.

Já outras associações significantes ( $p<0,05$ ) envolvendo a variável “categoria profissional” mostraram que uma maior porcentagem de enfermeiros realiza notificação compulsória de doenças ou agravos e procura preencher todos os campos das fichas de notificação, diferentemente da categoria médica. Além disso, uma maior quantidade de enfermeiros adotou conduta em desacordo com as normas técnicas de profilaxia da raiva humana, ao prescrever cinco doses de vacina em casos de acidentes graves, envolvendo cão ou gato sem suspeita de raiva no momento da agressão. Nestes casos, as normas técnicas de profilaxia da raiva humana indicam o uso de apenas duas doses, encerrando o tratamento caso o animal permaneça sadio. As cinco doses devem ser prescritas apenas nos casos de morte, desaparecimento ou diagnóstico confirmado de raiva dos animais envolvidos (TABELA 6).

Ademais, utilizando-se o test t, a variável “tempo de formado em anos” foi relacionada com a variável “categoria profissional”. Neste caso, houve significância estatística ( $p=0,001$ ), evidenciando um maior tempo de formação profissional entre a categoria de enfermeiros.

Outras variáveis também foram avaliadas com base na variável “tempo de formado em anos” e apresentaram significância estatística, como: “se realizou curso de pós-graduação na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da família”; “apenas encaminha os pacientes vítimas de agressão por animal potencialmente transmissor da raiva (não realiza o atendimento e nem a notificação)” e “indica iniciar cinco doses de vacina (0,3, 7, 14 e 28 dias) como uma das condutas em casos de acidentes leves, quando o cão ou gato tiverem suspeita de raiva no momento da agressão” (conduta errada segundo as normas técnicas de profilaxia da raiva humana). Nestes casos, quanto maior a média de tempo de formado, maior a quantidade de respostas positivas (Tabela 6).

Do contrário, outras variáveis, ao apresentarem associações estatisticamente significante ( $p<0,05$ ) com o “tempo de formado”, resultaram em uma maior quantidade de respostas negativas entre os profissionais com maior média de tempo de formação, como mostrado na tabela 6.

Utilizando-se o teste Anova, essa mesma variável “tempo de formado em anos” apresentou significância estatística ( $p<0,05$ ) com variáveis contidas nos conhecimentos sobre as notificações compulsórias, a raiva humana e os atendimentos antirrábicos. Dessas associações percebeu-se uma grande quantidade de respostas “não sei” entre os profissionais com maior tempo de formação (tabela 6).

Em relação à variável “participação em algum curso/treinamento envolvendo o assunto sobre as doenças de notificação compulsória nos últimos 5 anos” houve correlação estatisticamente significante com as variáveis “se realiza notificação compulsória de doenças ou agravos” ( $p=0,034$ ) e “em casos de acidentes leves, quando o cão ou gato não tiverem suspeita de raiva no momento da agressão, indica iniciar cinco doses de vacina apenas se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso” ( $p=0,004$ ) (conduta correta segundo as normas técnicas de profilaxia da raiva humana).

Nestes casos, a maior parte dos profissionais que relataram a não participação em algum curso/treinamento sobre doenças de notificação compulsória

nos últimos 5 anos, afirmaram que realizam a notificação compulsória de doenças ou agravos e indicam a conduta correta em casos de acidentes leves envolvendo animais (cão ou gato) clinicamente saudáveis. Outras variáveis também apresentaram significância estatística com a variável “participação em algum curso/treinamento envolvendo o assunto sobre as doenças de notificação compulsória nos últimos 5 anos” e estão descritas na tabela 6.

Através de correlações envolvendo a “realização de curso de pós-graduação na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da família”, evidenciou-se que diversas variáveis relacionadas aos conhecimentos e atitudes dos profissionais sobre os atendimentos antirrábicos humanos apresentaram significância estatística ( $p < 0,05$ ), como pode ser visto na tabela 6.

### 5.3 FLUXO ORGANIZACIONAL DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS DENTRO DAS UAPS

#### 5.3.1 Resultados descritivos

A Tabela 7 mostra as características sociodemográficas dos gestores e/ou responsáveis técnicos pela VE das UAPS, além do fluxo de atendimento antirrábico humano nas 76 UAPS sorteadas no estudo. Do total de UAPS, 59 (77,6%) questionários foram respondidos pelo gestor local e 17 (22,4%) pelo responsável técnico local da VE. A média de idade dos participantes foi de 42,0 anos ( $DP \pm 7,3$ ), sendo a maioria do sexo feminino (69,7%,  $n=53$ ).

**TABELA 7 - Características sociodemográficas dos gestores ou responsáveis técnicos pela VE e do fluxo de atendimento antirrábico humano das UAPS de Fortaleza-CE**

(continua)

	Responsável técnico local pela VE ou gestor			
	Média	Desvio padrão	N 76	% 100,0
<b>Idade</b>	42,0	7,3	--	--
<b>Regional</b>				
I	--	--	8	10,6
II	--	--	10	13,2
III	--	--	15	19,7
IV	--	--	12	15,8
V	--	--	15	19,7
VI	--	--	16	21,0
<b>Quem respondeu o questionário</b>				
Gestor	--	--	59	77,6
Responsável técnico local pela VE	--	--	17	22,4
<b>Sexo</b>				
Masculino	--	--	23	30,3
Feminino	--	--	53	69,7
<b>Categoria profissional</b>				
Médico	--	--	3	4,0
Enfermeiro	--	--	39	51,3
Dentista	--	--	25	32,9
Outros (n=9)	--	--	9	11,8
Administrador hospitalar	--	--	2	22,2
Bióloga	--	--	1	11,1
Farmacêutico	--	--	1	11,1
Fisioterapeuta	--	--	4	44,5
Terapeuta ocupacional	--	--	1	11,1
<b>Tempo de formado (anos completos)</b>	17,2	7,2	--	--
<b>Você se acha capacitado para exercer a função de responsável técnico da vigilância epidemiológica de sua UAPS?</b>				
Sim	--	--	27	35,5
Não	--	--	12	15,8
Parcialmente	--	--	37	48,7
<b>Realizou curso de pós-graduação na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da família?</b>				
Sim	--	--	59	77,6
Não	--	--	17	22,4

**TABELA 7 - Características sociodemográficas dos gestores ou responsáveis técnicos pela VE e do fluxo de atendimento antirrábico humano das UAPS de Fortaleza-CE**

(continuação)

	Responsável técnico local pela VE ou gestor			
	Média	Desvio padrão	N 76	% 100,0
<b>Participou de algum curso/treinamento envolvendo vigilância epidemiológica ou notificação compulsória de doenças?</b>				
Sim	--	--	32	42,1
Não	--	--	44	57,9
<b>Se sim, há quanto tempo?</b>	4,7	3,6	--	--
<b>Qual curso/treinamento? (n=32)</b>				
Vigilância em saúde	--	--	8	25,0
Vigilância epidemiológica	--	--	14	43,8
Arboviroses	--	--	5	15,6
Gestão em serviços de saúde	--	--	1	3,1
Saúde coletiva	--	--	1	3,1
Saúde da família	--	--	2	6,3
Saúde do trabalhador	--	--	1	3,1
<b>Este curso foi promovido pela Prefeitura de Fortaleza? (n=32)</b>				
Sim	--	--	16	50,0
Não	--	--	16	50,0
<b>Existem encontros periódicos com a coordenação da vigilância epidemiológica da regional ou municipal para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação compulsória?</b>				
Sim	--	--	35	46,0
Não	--	--	41	54,0
<b>Existem encontros periódicos com as equipes da ESF na sua UAPS para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação compulsória?</b>				
Sim	--	--	36	47,4
Não	--	--	40	52,6
<b>Os pacientes que sofreram agressões por animais potencialmente transmissores da raiva têm seu atendimento garantido em todo horário de funcionamento da UAPS?</b>				
Sim	--	--	76	100,0
Não	--	--	0	0,0
<b>Por quem é (são) atendido (s) estes pacientes?*</b>				
Enfermeiro da demanda espontânea	--	--	30	39,5
Enfermeiro da demanda programada	--	--	4	5,3
Médico ou enfermeiro da demanda espontânea	--	--	26	34,2
Todos os profissionais em atendimento na UAPS	--	--	13	17,1

**TABELA 7 - Características sociodemográficas dos gestores ou responsáveis técnicos pela VE e do fluxo de atendimento antirrábico humano das UAPS de Fortaleza-CE**

(continuação))

	Responsável técnico local pela VE ou gestor			
	Média	Desvio padrão	N 76	% 100,0
Enfermeiro da demanda espontânea ou programada	--	--	2	2,6
Outros (n=3)	--	--	3	4,0
Enfermeira de sala de vacina	--	--	2	66,7
Técnico de enfermagem	--	--	1	33,3
<b>Qual (is) profissional (is) preenchem a ficha de notificação antirrábica? *</b>				
Médico	--	--	24	31,6
Enfermeiro	--	--	75	98,6
Dentista	--	--	8	10,6
Outros (n=1)	--	--	1	1,3
As fichas não são preenchidas	--	--	1	100,0
<b>Onde ficam armazenadas as fichas de notificação antirrábica até a conclusão do caso?</b>				
Sala de acolhimento	--	--	8	10,6
Sala de vacina	--	--	40	52,6
Coordenação	--	--	16	21,0
Cada equipe de saúde da família guarda as notificações de sua área adscrita.	--	--	11	14,5
Outros (n=1)	--	--	1	1,3
As fichas não são preenchidas	--	--	1	100,0
<b>Nos casos em que os pacientes não comparecem nas datas agendadas para a vacina, o que é feito?</b>				
Encerra-se o caso como abandono	--	--	15	19,7
Espera o paciente aparecer por conta própria	--	--	10	13,2
Faz-se a busca ativa dos pacientes faltosos	--	--	49	64,5
Outros (n=2)	--	--	2	2,6
Nada é feito	--	--	1	50,0
Liga-se para o paciente	--	--	1	50,0
<b>Qual (is) conduta (s) é (são) adotada (s) na sua UAPS para se obter a resposta de observação do animal após o período de 10 dias? *</b>				
Orientar-se o paciente a comparecer após os 10 dias, para repassar as informações do animal agressor	--	--	51	67,1
Pede-se ao ACS para ir até o domicílio do paciente	--	--	35	46,0
Liga-se para o paciente	--	--	11	14,5
Algum tipo de busca ativa	--	--	41	54,0
Outros (n=1)	--	--	1	1,3
Não é feito nada	--	--	1	100,0

**TABELA 7 – Características sociodemográficas dos gestores ou responsáveis técnicos pela VE e do fluxo de atendimento antirrábico humano das UAPS de Fortaleza-CE**

	(conclusão))			
	Responsável técnico local pela VE ou gestor			
	Média	Desvio padrão	N	%
			76	100,0
<b>Nos casos em que as datas agendadas para as vacinas caem em finais de semana ou feriados, qual a orientação dada aos pacientes?</b>				
Comparecer à UAPS no próximo dia útil	--	--	43	56,6
Comparecer a uma unidade de saúde de referência que funcione aos finais de semana ou feriados	--	--	32	42,1
Outros (n=1)	--	--	1	1,3
Esta UAPS funciona aos finais de semana e feriados	--	--	1	100,0
<b>Qual o tempo médio de encerramento das fichas de notificação antirrábica na sua UAPS?</b>				
Até 15 dias	--	--	11	14,5
16 a 30 dias	--	--	48	63,2
31 a 60 dias	--	--	15	19,7
Acima de 60 dias	--	--	2	2,6
<b>Como se dá o acompanhamento do paciente até o encerramento do tratamento?</b>				
Cada equipe de saúde da família se responsabiliza pelos pacientes da sua área adscrita	--	--	30	39,5
Existe um único profissional responsável pelo acompanhamento de todos os casos da UAPS	--	--	11	14,5
Não há acompanhamento estruturado	--	--	34	44,7
Outros (n=1)	--	--	1	1,3
Pelo agente de endemias	--	--	1	100,0

\* O respondente poderia marcar mais de uma opção (% no total pode ser maior que 100 %).

Fonte: Elaborado pela autora.

A maioria dos respondentes era enfermeiro (51,3%, n=39), com uma média de 17,2 anos de formação profissional (DP  $\pm$  7,2). 35,5% dos respondentes (n=27) se acha capacitado para exercer a função de responsável técnico local pela VE e 77,6 % (n=59) relata ter feito curso de pós-graduação na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da Família.

Quando perguntados sobre a participação em algum curso/treinamento envolvendo vigilância epidemiológica ou notificação compulsória de doenças a maioria (57,9%, n=44) respondeu “não”. Dentre os que responderam “sim”, a média

de tempo de realização desse curso/treinamento foi de 4,7 anos atrás ( $DP \pm 3,6$ ) e 50,0% desses cursos ( $n=32$ ) foram promovidos pela Prefeitura de Fortaleza.

A Tabela 7 mostra também que na maioria das UAPS não existem encontros periódicos com a coordenação regional ou municipal (54,0%,  $n=41$ ) e nem com as equipes da ESF (52,6%,  $n=40$ ) para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação.

Em relação aos pacientes que são vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva, a tabela acima demonstra que todas as UAPS garantem o atendimento desses pacientes em todo seu horário de funcionamento. Além disso, a maioria desses pacientes (39,5%,  $n=30$ ) são atendidos pelo enfermeiro responsável pela demanda espontânea (atendimento dos eventos agudos).

Quanto às fichas de notificação de atendimento antirrábico humano, a maioria das UAPS cita o enfermeiro como profissional que preenche essas fichas (98,6%,  $n=75$ ). Outros profissionais também foram citados, como o médico (31,6%,  $n=24$ ) e o dentista (10,6%,  $n=8$ ). Além disso, a maioria das fichas (52,6%,  $n=40$ ) fica armazenada na sala de vacina até a conclusão dos casos. Em uma das UAPS estudadas, o preenchimento dessas fichas não é realizado.

Em relação ao acompanhamento dos pacientes vitimados por animais potencialmente transmissores da raiva, podemos ver através da tabela 2 que, apesar da maioria (64,5%,  $n=49$ ) das UAPS fazer a busca ativa dos pacientes faltosos à vacinação, um número considerável (19,7%,  $n=15$ ) encerra o caso como abandono.

Além disso, ainda em relação à vacinação, quando as datas agendadas para a vacina caem em finais de semana ou feriados, a maioria das UAPS (56,6%,  $n=43$ ) orienta o paciente a comparecer à UAPS no próximo dia útil. Sobre essa orientação o MS preconiza que, quando a vacina antirrábica tiver que ser feita em uma unidade básica de saúde que não funciona nos fins de semana, deve-se encaminhar o usuário para realização da vacina em local que realize o atendimento antirrábico (BRASIL, 2009a).

Para se obter a resposta da observação do animal após o período de 10 dias, a tabela 7 mostra que na maioria das UAPS (67,1%,  $n=51$ ) não é feita busca ativa dessa informação, ou seja, o paciente é orientado a comparecer por conta própria após o período de observação.

Por fim, para todo esse acompanhamento dos pacientes até a conclusão dos casos, na maioria das UAPS (44,7%, n=34) não existe um acompanhamento estruturado e o tempo médio para essa conclusão é de 16 a 30 dias (63,2%, n=48), concordando com o prazo estipulado no roteiro do SINAN NET que é até 60 dias (BRASIL, 2008).

### 5.3.2 Resultados analíticos

Para verificar se existia relação entre as características sociodemográficas dos respondentes e os fluxos do atendimento antirrábico das UAPS de Fortaleza-CE, variáveis categóricas e contínuas foram cruzadas (Qui-quadrado, Test t, Anova etc.).

A tabela 8 apresenta as relações que apresentaram significância estatística, e também aquelas que, mesmo sem significância, apresentam interesse para análise dos dados.

Observa-se que a variável “orienta o paciente a comparecer à unidade de saúde no próximo dia útil, quando a data agendada da vacina coincide com final de semana ou feriado” apresentou correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com as variáveis “sexo”, “categoria profissional” e “capacidade para exercer a função de responsável técnico local pela vigilância epidemiológica”. Já a variável “participação em algum curso/treinamento envolvendo vigilância epidemiológica ou notificação compulsória de doenças” não apresentou associação.

O mesmo não aconteceu com a variável “realização de curso de pós-graduação na área da Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da Família”, que não apresentou significância estatística ( $p > 0,05$ ) quando comparada à variável orienta o paciente à comparecer à unidade de saúde no próximo dia útil, quando a data agendada da vacina coincide com final de semana ou feriado”.

Em se tratando de idade, esta variável relacionou-se à “capacidade para exercer a função de responsável técnico local pela vigilância epidemiológica” ( $p = 0,047$ ), “existência de encontros periódicos com a coordenação da vigilância epidemiológica da regional ou municipal para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação compulsória” ( $p = 0,015$ ) e “o que é feito nos casos em que os pacientes não comparecem nas datas agendadas para a vacina antirrábica” ( $0,037$ ), onde os profissionais de maior idade, apesar de trabalharem em UAPS

onde existem encontros periódicos com a coordenação da vigilância epidemiológica da regional ou municipal para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação compulsória, não se consideram capacitados para exercer a função de responsável técnico local pela vigilância epidemiológica e costumam esperar os pacientes aparecerem por conta própria, nos casos daqueles que não comparecem nas datas agendadas para a vacina antirrábica.

**TABELA 8 – Relação entre as características sociodemográficas dos respondentes e os fluxos do atendimento antirrábico das UAPS de Fortaleza-CE**  
(continua)

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
Idade	Capacidade para exercer a função de responsável técnico local pela vigilância epidemiológica.	p=0,047	Não>parcialmente>sim	Anova
	Existem encontros periódicos com a coordenação da vigilância epidemiológica da regional ou municipal para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação o compulsória.	p=0,015	Sim>não	T test
	O que é feito nos casos em que os pacientes não comparecem nas datas agendadas para a vacina antirrábica.	p=0,037	Espera o paciente aparecer por conta própria>busca ativa dos pacientes faltosos>encerra-se o caso como abandono	Anova
Sexo	Orienta o paciente à comparecer à unidade de saúde no próximo dia útil, quando a data agendada da vacina coincide com final de semana ou feriado.	p=0,040	Masculino>feminino	Qui-quadrado
Categoria Profissional	Realiza algum tipo de busca ativa para se obter a resposta de observação do animal após o período de 10 dias.	p=0,230	-	Qui-quadrado

**TABELA 8 - Relação entre as características sociodemográficas dos respondentes e os fluxos do atendimento antirrábico das UAPS de Fortaleza-CE**

		(continuação)		
VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
	Realiza busca ativa dos pacientes faltosos à vacinação.	p=0,071	-	
	Encerra o caso como abandono nos casos dos pacientes faltosos à vacinação.	p=0,071	-	
	Espera o paciente aparecer por conta própria nos casos dos faltosos à vacinação.	p=0,071	-	
	Orienta o paciente à comparecer à unidade de saúde no próximo dia útil, quando a data agendada da vacina coincide com final de semana ou feriado.	p=0,010	Outras categorias> dentista> médico> enfermeiro	
	Se acha capacitado para exercer a função de responsável técnico local pela vigilância epidemiológica.	p=0,001	Enfermeiro> dentista> médico=outras categorias	
Capacidade para exercer a função de responsável técnico local pela vigilância epidemiológica.	Realiza busca ativa dos pacientes faltosos à vacinação.	p=0,013	Sim> parcialmente> não	Qui-quadrado
	Encerra o caso como abandono nos casos dos pacientes faltosos à vacinação.	p=0,013	Não> parcialmente> sim	
	Espera o paciente aparecer por conta própria nos casos dos faltosos à vacinação.	p=0,013	Sim> parcialmente> não	
	Orienta o paciente à comparecer à unidade de saúde no próximo dia útil, quando a data agendada da vacina coincide com final de semana ou feriado.	p= 0,016	Não> parcialmente> sim	

**TABELA 8 - Relação entre as características sociodemográficas dos respondentes e os fluxos do atendimento antirrábico das UAPS de Fortaleza-CE**

(continuação)

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
	Existem encontros periódicos com as ESF na sua UAPS para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação o compulsória.	p=0,009	Sim>parcialmente>não	
Realizou curso de pós-graduação na área da Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde da Família.	Realiza busca ativa dos pacientes faltosos à vacinação.	p=0,049	Sim>não	Qui-quadrado
	Encerra o caso como abandono nos casos dos pacientes faltosos à vacinação.	p=0,049	Não>sim	
	Espera o paciente aparecer por conta própria nos casos dos faltosos à vacinação.	p=0,049	Sim>não	
	Orienta o paciente à comparecer à unidade de saúde no próximo dia útil, quando a data agendada da vacina coincide com final de semana ou feriado.	p=0,675	-	
Participou de algum curso/treinamento envolvendo vigilância epidemiológica ou notificação compulsória de doenças.	Realiza algum tipo de busca ativa para se obter a resposta de observação do animal após o período de 10 dias.	p=0,731	-	Qui-quadrado
	Realiza busca ativa dos pacientes faltosos à vacinação.	p=0,286	-	
	Orienta o paciente à comparecer à unidade de saúde no próximo dia útil, quando a data agendada da vacina coincide com final de semana ou feriado.	p=0,084	-	

**TABELA 8 - Relação entre as características sociodemográficas dos respondentes e os fluxos do atendimento antirrábico das UAPS de Fortaleza-CE**  
(continuação)

TABELA 8 - Relação entre as características sociodemográficas dos respondentes e os fluxos do atendimento antirrábico das UAPS de Fortaleza-CE (continuação).

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
Existem encontros periódicos com a coordenação da vigilância epidemiológica da regional ou municipal para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação compulsória.	O acompanhamento do paciente até o encerramento do tratamento se dá com cada equipe de saúde da família se responsabilizando pelos pacientes de sua área adscrita.	p=0,002	Sim>não	Qui-quadrado
	O acompanhamento do paciente até o encerramento do tratamento se dá através de um único profissional que se responsabiliza pelo acompanhamento de todos os casos da UAPS.	p=0,002	Não>sim	
	Não existe um acompanhamento estruturado na UAPS para o acompanhamento do paciente até o encerramento do tratamento.	p=0,002	Não>sim	
	Se acha capacitado para exercer a função de responsável técnico local pela vigilância epidemiológica.	p=0,001	Sim>não	
	Existem encontros periódicos com as ESF na sua UAPS para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação o compulsória.	p=0,001	Sim>não	

**TABELA 8 - Relação entre as características sociodemográficas dos respondentes e os fluxos do atendimento antirrábico das UAPS de Fortaleza-CE**

(continuação)

TABELA 8 - Relação entre as características sociodemográficas dos respondentes e os fluxos do atendimento antirrábico das UAPS de Fortaleza-CE (continuação).

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
Existem encontros periódicos com as ESF na sua UAPS para tratar da temática de vigilância epidemiológica/norificação compulsória.	Os pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva são atendidos pelo enfermeiro da demanda espontânea.	p=0,017	Não>sim	Qui-quadrado
	Os pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva são atendidos pelo enfermeiro da demanda programada.	p=0,017	Sim>não	
	Os pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva são atendidos pelo médico ou enfermeiro da demanda espontânea.	p=0,017	Sim>não	
	Os pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva são atendidos por qualquer médico ou enfermeiro da demanda espontânea ou programada.	p=0,017	Sim>não	
	Os pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva são atendidos pelo enfermeiro da demanda espontânea ou programada.	p=0,017	Não>sim	
	Realiza busca ativa dos pacientes faltosos à vacinação.	p=0,122	-	

**TABELA 8 - Relação entre as características sociodemográficas dos respondentes e os fluxos do atendimento antirrábico das UAPS de Fortaleza-CE**

(continuação)

VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
	Encerra o caso como abandono nos casos dos pacientes faltosos à vacinação.	p=0,122	-	
	Espera o paciente aparecer por conta própria nos casos dos faltosos à vacinação.	p=0,122	-	
O que é feito nos casos em que os pacientes não comparecem nas datas agendadas para a vacina antirrábica.	O acompanhamento do paciente até o encerramento do tratamento se dá com cada equipe de saúde da família se responsabilizando pelos pacientes de sua área adscrita.	p=0,002	Busca ativa dos pacientes> encerra-se o caso como abandono> espera o paciente aparecer por conta própria	Qui-quadrado
	O acompanhamento do paciente até o encerramento do tratamento se dá através de um único profissional que se responsabiliza pelo acompanhamento de todos os casos da UAPS.	p=0,002	Espera o paciente aparecer por conta própria> busca ativa dos pacientes> encerra-se o caso como abandono	
	Não existe um acompanhamento estruturado na UAPS para o acompanhamento do paciente até o encerramento do tratamento.	p=0,002	Encerra-se o caso como abandono= espera o paciente aparecer por conta própria> busca ativa dos pacientes	
Tempo de formado (anos completos)	Se acha capacitado para exercer a função de responsável técnico local pela vigilância epidemiológica.	p=0,035	Sim>não> parcialmente	Anova
Secretaria regional de saúde	Se acha capacitado para exercer a função de responsável técnico local pela vigilância epidemiológica.	p=0,223	-	Qui-quadrado

**TABELA 8 - Relação entre as características sociodemográficas dos respondentes e os fluxos do atendimento antirrábico das UAPS de Fortaleza-CE**

(conclusão)				
VARIÁVEL 1	VARIÁVEL 2	SIGNIFICÂNCIA (p)	INFORMAÇÃO ADICIONAL	TESTE
	Existem encontros periódicos com a coordenação da vigilância epidemiológica da regional ou municipal para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação o compulsória.	p=0,072	-	
	Existem encontros periódicos com as ESF na sua UAPS para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação o compulsória.	p=0,090	-	
	O acompanhamento do paciente até o encerramento do tratamento se dá com cada equipe de saúde da família se responsabilizando pelos pacientes de sua área adscrita.	p=0,437	-	
	O acompanhamento do paciente até o encerramento do tratamento se dá através de um único profissional que se responsabiliza pelo acompanhamento de todos os casos da UAPS.	p=0,437	-	
	Não existe um acompanhamento estruturado na UAPS para o acompanhamento do paciente até o encerramento do tratamento.	p=0,437	-	
	Participou de algum curso/treinamento envolvendo vigilância ou notificação compulsória de doenças.	p=0,487	-	

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação às variáveis “realiza algum tipo de busca ativa para se obter a resposta de observação do animal após o período de 10 dias” e “realiza algum tipo de busca ativa dos pacientes faltosos à vacinação”, estas variáveis não se correlacionaram com as variáveis “categoria profissional” e “participação em algum curso/treinamento envolvendo vigilância epidemiológica ou notificação compulsória de doenças” ( $p>0,05$ ).

Outra variável que também não apresentou significância estatística com a variável “realiza algum tipo de busca ativa dos pacientes faltosos à vacinação” foi a “existência de encontros periódicos com as ESF da UAPS para tratar da temática vigilância epidemiológica/notificação compulsória” ( $p=0,122$ ).

As variáveis “encerra o caso como abandono nos casos dos pacientes faltosos à vacinação” e “espera o paciente aparecer por conta própria nos casos dos faltosos à vacinação” apresentaram significância estatística com as variáveis “capacidade para exercer a função de responsável técnico local pela vigilância epidemiológica” ( $p=0,013$ ) e “realização de curso de pós-graduação na área da Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da Família” ( $p=0,049$ ). O mesmo não aconteceu entre as variáveis “encerra o caso como abandono nos casos dos pacientes faltosos à vacinação” e “espera o paciente aparecer por conta própria nos casos dos faltosos à vacinação, quando associadas às variáveis “categoria profissional” e “existência de encontros periódicos com as ESF da UAPS para tratar da temática vigilância epidemiológica/notificação compulsória” ( $p>0,05$ ).

A variável “se acha capacitado para exercer a função de responsável técnico local pela vigilância epidemiológica” apresentou significância estatística quando cruzada com muitas variáveis, dentre as quais cito “categoria profissional” ( $p=0,001$ ), “existência de encontros periódicos com a coordenação da vigilância epidemiológica regional ou municipal para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação compulsória” ( $p=0,001$ ) e “tempo de formação profissional” ( $p=0,035$ ). Já com a variável “regional de saúde”, não se observou essa significância ( $p=0,223$ ).

Outras variáveis que não estiveram associadas à “regional de saúde” foram a “existência de encontros periódicos com a coordenação da vigilância epidemiológica regional ou municipal para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação compulsória” ( $p=0,072$ ) e a “participação de algum

curso/treinamento envolvendo vigilância epidemiológica ou notificação compulsória de doenças” ( $p=0,487$ ).

A “existência de encontros periódicos com as ESF da UAPS para tratar da temática vigilância epidemiológica/notificação compulsória” apresentou significância estatística com as variáveis “capacidade para exercer a função de responsável técnico local pela vigilância epidemiológica” ( $p=0,009$ ), “existência de encontros periódicos com a coordenação da vigilância epidemiológica regional ou municipal para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação compulsória” ( $p=0,001$ ) e “por quem são atendidos os pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva” ( $p=0,017$ ), mas não demonstrou significância com a variável “regional de saúde” ( $p=0,090$ ).

Com base nas informações acima, destaca-se que a existência de encontros periódicos com as ESF da UAPS para tratar da temática vigilância epidemiológica/notificação compulsória está associada com o profissional se sentir capacitado para exercer a função de responsável técnico local pela vigilância epidemiológica, além de estar associada também com a existência de encontros periódicos da UAPS com a coordenação da vigilância epidemiológica regional ou municipal para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação compulsória.

O tipo de acompanhamento dos pacientes até o encerramento do tratamento apresentou significância estatística com as variáveis “existência de encontros periódicos com a coordenação da vigilância epidemiológica regional ou municipal para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação compulsória” ( $p=0,002$ ) e “o que é feito nos casos em que os pacientes não comparecem nas datas agendadas para a vacina antirrábica” ( $p=0,002$ ). Já com a variável “regional de saúde” o “p” assumiu um valor maior que 0,05.

## 6 DISCUSSÃO

Em produções científicas no Brasil, a análise da qualidade dos sistemas de informação em saúde vem sendo utilizada por diversos pesquisadores (AGUIAR, 2015; MALHÃO *et al.*, 2010; ABATH *et al.*, 2014; ALVARES *et al.*, 2015; AGUIAR; CARDOSO, 2011; MUGUANDE *et al.*, 2011) em diferentes agravos à saúde pública, como hanseníase, tuberculose, violências, doenças relacionadas ao trabalho, doenças exantemáticas, doença de chagas, dentre outros. No entanto, não foram encontrados estudos envolvendo a análise da qualidade dos registros referentes às notificações antirrábicas, apenas pesquisas relacionadas ao levantamento do perfil sociodemográfico dos pacientes e as características dos atendimentos antirrábicos humanos.

Particularmente na cidade de Fortaleza, verificou-se a inexistência de estudos envolvendo as fichas de notificação de atendimento antirrábico humano, ao se realizar buscas nas bases de dados nacionais e internacionais, utilizando as várias associações entre os descritores “notificação de doenças” e “raiva”. Desta forma, o presente estudo adquire suma importância, visto que é um dos pioneiros a estudar a qualidade dos registros dos atendimentos antirrábicos em Fortaleza-CE, no momento em que a doença raiva ainda se constitui um grave problema de saúde pública em todo o Brasil, com perigo real de se tornar reemergente (WHO, 2013). Além disso, ao mesmo tempo que avalia a completude dos dados das fichas de notificação antirrábicas de Fortaleza-CE, este estudo verifica o levantamento do fluxo dessas notificações dentro das UAPS, além de identificar os conhecimentos e atitudes de médicos e enfermeiros da ESF acerca das notificações compulsórias e do atendimento antirrábico humano, destacando a importância da avaliação da qualidade dos registros no nível da atenção básica. É a primeira vez que estes três aspectos (qualidade das fichas, fluxo das notificações e conhecimentos dos profissionais) são avaliados simultaneamente, elevando assim a relevância do presente estudo para o serviço e para a academia.

A doença raiva no Brasil ainda se constitui como problema de saúde pública, visto que, apesar de um declínio considerável a partir de 2006, continua registrando casos, sendo os últimos em 2013 (três no Maranhão e dois no Piauí), 2015 (um caso na Paraíba e um caso em Mato Grosso do Sul) e em 2016 (um caso em Roraima) (BRASIL, 2016b). Estes últimos casos contribuíram ainda mais para o

retrocesso do país em relação ao controle dessa doença, já que, segundo o relatório de gestão 2011-2014 da vigilância à saúde, o Brasil tinha assumido o compromisso de eliminar a raiva humana transmitida por cães até 2015 (BRASIL, 2015).

A raiva animal ainda se apresenta de forma endêmica no Brasil, já que vem sendo detectada em diversas espécies de animais, com o maior risco epidemiológico de transmissão ainda decorrente da raiva canina em centros urbanos, que é o ciclo de transmissão mais relevante à saúde pública (BRASIL, 2016b). Locais que ainda registram raiva canina são considerados como áreas de alto risco para a doença raiva, como o caso do Ceará, que em 2015 registrou dois casos de raiva canina. Para estes, o MS vem intensificando ações de vigilância, prevenção e controle, e ressaltando a importância da competência do sistema de vigilância em saúde, de forma que esta possa captar, diagnosticar oportunamente e ter capacidade de resposta frente à doença (BRASIL, 2016b).

E essa competência do sistema de vigilância em saúde pode ser colocada em risco caso haja uma má qualidade nas informações em saúde, o que pode gerar avaliações equivocadas e comprometimento do processo decisório (BRASIL, 2011b). Lima *et al.* (2009), em uma revisão das dimensões de qualidade dos dados dos sistemas de informação em saúde, ressaltam que no Brasil, apesar de toda evolução técnico-administrativa e política, o monitoramento da qualidade dos dados em saúde acontece de forma esporádica e isolada.

Alguns pontos nos chamaram atenção quando observados os resultados e estes serão tratados a seguir. Discutiremos no presente estudo a incompletude encontrada nas fichas de notificação de atendimento antirrábico humano, destacando os campos com menor qualidade de preenchimento. Além disso, debateremos acerca da deficiência de profissionais da ESF em relação ao conhecimento do protocolo de profilaxia da raiva humana no Brasil, além dos motivos que interferem no ato de notificar. A falta de um atendimento estruturado, dentro das UAPS de Fortaleza, para os pacientes que sofrem agressões por animais potencialmente transmissores da raiva e a omissão do município em relação à educação permanente envolvendo a notificação compulsória de doenças ou agravos também serão debatidos.

De forma geral, a qualidade do preenchimento das fichas foi considerada ruim, de acordo com a classificação de qualidade do MS (Brasil, 2008). Além disso, os resultados deste estudo mostraram uma distribuição heterogênea do grau de

completitude das variáveis contidas nas fichas, com melhores índices de preenchimentos nos blocos de dados gerais e de antecedentes epidemiológicos, índices regulares nos dados de notificação individual e índices ruins para os blocos de dados de residência e de tratamento atual.

Como as informações contidas nas fichas de notificação servem de subsídio para as ações de prevenção, monitoramento e avaliação da qualidade da prestação dos serviços de saúde, esse grau de incompletude encontrado produz severas interferências na análise objetiva da situação sanitária, na tomada de decisões e na programação das ações de saúde. Com relação aos atendimentos antirrábicos a baixa qualidade dessas informações compromete a avaliação da qualidade da assistência prestada e o acompanhamento dos pacientes agredidos por animais potencialmente transmissores da raiva, o que pode gerar consequências irreparáveis na saúde das populações, principalmente pela altíssima letalidade da doença raiva.

Outros estudos realizados no Brasil, envolvendo os mais variados sistemas de informação, também verificaram uma baixa qualidade dos dados, no que se refere à completitude (MUGUANDE *et al.*, 2011; ABATH *et al.*, 2014; ALVARES *et al.*, 2015; CERQUEIRA, MIRANDA; MACIEL, 2010; AGUIAR, 2015; THEME FILHA *et al.*, 2012; FELIX *et al.*, 2012).

Do contrário, estudos também envolvendo sistemas de informação em saúde, como o de Bovendorp *et al.* (2014), que avaliaram a qualidade dos registros de hanseníase; Correia, Padilha e Vasconcelos (2014), que mensuraram a completitude dos dados de cadastro de portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e Silva, R. S. *et al.* (2013), que investigaram a completitude das variáveis do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), mostraram melhores percentuais de completitude na avaliação da maioria das variáveis estudadas.

No bloco de notificação individual faz-se destaque para as variáveis “raça/cor” e “escolaridade”, que tiveram índices de preenchimento regular e ruim, respectivamente. Vários outros estudos (ABATH *et al.*, 2014; ALVARES *et al.*, 2015; BOVENDORP *et al.*, 2014; CERQUEIRA; MIRANDA; MACIEL, 2010; CORREIA; PADILHA, VASCONCELOS, 2014; SILVA, R. S. *et al.*, 2013; ALVARES *et al.* 2012; THEME Filha *et al.*, 2012; FELIX *et al.*, 2012; MACENTE; ZANDONADE, 2010;

GOMIDE JÚNIOR, 2013; VELOSO *et al.*, 2013) revelaram índices semelhantes de preenchimento nas variáveis “raça/cor” e/ou “escolaridade”.

Isto se torna muito preocupante diante da orientação contida no roteiro para uso do SINAN NET (Brasil, 2008), onde campos como raça e escolaridade são considerados essenciais para análise epidemiológica e operacional. Além disso, a informação sobre raça tem sido utilizada em estudos epidemiológicos como proxy do nível socioeconômico, daí a importância do seu preenchimento correto (BRASIL, 2011b).

Outra variável contida no bloco de notificação individual que apresentou níveis ruins de preenchimento foi “número do cartão do SUS”, com destaque também para as variáveis “ponto de referência do logradouro” e “CEP”, pertencentes ao bloco de dados de residência, que também apresentaram índices ruins na qualidade do preenchimento.

Em semelhança a este estudo, Muguande *et al.* (2011), ao realizarem uma avaliação do sistema de vigilância da Doença de Chagas constataram baixa completude das variáveis “cartão do SUS”, “CEP” e “referência da residência do paciente”, o que contribuiu, de uma maneira geral, para a inviabilização da análise epidemiológica do agravo analisado.

Acreditamos que a não completude das variáveis citadas impossibilita a caracterização adequada do perfil dos pacientes, além de dificultar a sua localização, a fim de que se possa realizar o acompanhamento necessário do caso. Tudo isto prejudica a análise epidemiológica da doença ou agravo e o desencadeamento de ações territoriais pelos serviços de atenção primária de saúde do SUS.

De acordo com os resultados deste estudo, acredita-se que o preenchimento da maioria das fichas de notificação feito pelo profissional da demanda espontânea (atendimento aos eventos agudos), associado à falta de capacitação profissional, escassez de recursos humanos, elevado número de campos nas fichas e a não disponibilização do preenchimento das fichas via prontuário eletrônico ou via internet estão diretamente relacionados ao não preenchimento por completo dessas e de muitas variáveis contidas nas fichas de notificação.

Em relação à disponibilização do preenchimento das fichas através do prontuário eletrônico, Monteiro (2015) analisou a qualidade da informação na

atenção ao pré-natal nas ESF do Rio de Janeiro e encontrou completude insatisfatória nos procedimentos clínicos, exames de rotina e cuidado das gestantes, concluindo que isoladamente o sistema informatizado não melhora a qualidade da informação.

Esta deve ser uma preocupação no âmbito nacional, uma vez que já está sendo colocada em prática a iniciativa do governo federal de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do MS através da implantação do e-SUS, que se constitui em um registro eletrônico para a Atenção Básica e outros níveis do sistema. Com isso, apesar de se acreditar na importância da implantação de ferramentas de informatização para melhorar a qualidade, agilidade e utilização das informações em saúde no SUS, deve-se estar atento aos processos de formação e apoio para a Informação em Saúde, para que estes sejam qualificados e cuidadosos, com estrutura e processos formativos adequados, adesão de profissionais e gestores (MONTEIRO, 2015).

Em relação ao elevado número de campos nas fichas de notificação, a maioria dos profissionais participantes deste estudo sugere a sua redução, principalmente quando se considera que o município de Fortaleza adota também, além da ficha de notificação, uma ficha individual de atendimento antirrábico humano, que objetiva o acompanhamento do tratamento.

Oliveira *et al.* (2012), ao avaliarem a mordedura canina e o atendimento antirrábico humano em Minas Gerais, concordam que, de modo geral, a ficha é complexa, com demasiados campos, o que torna difícil o seu preenchimento na unidade de atendimento. Talvez, por essa razão, dados importantes não são registrados, tais como: tratamento anterior, datas, códigos do agravo (CID 10) e busca ativa de pacientes faltosos.

Por outro lado, Frias (2012) ao realizar um estudo sobre uma proposta de uma nova metodologia de ação para a profilaxia antirrábica humana afirmou que algumas informações essenciais como a procedência do animal, sua condição de saúde, o tipo de relação com a vítima, o local geográfico e a circunstância em que ocorreu a agressão não constam na ficha de atendimento antirrábico humano do SINAN e sugere que sejam incluídas. Filgueira, Cardoso e Ferreira (2011) também relataram essas ausências em uma análise exploratória dos atendimentos antirrábicos ocorridos em Salgueiro-PE.

Para Frias (2012) a inclusão dessas informações possibilita a obtenção de informações mais precisas e fidedignas que poderão orientar melhor a indicação de tratamento antirrábico humano pós-exposição. Claro que essas inclusões devem estar sempre acompanhadas de uma capacitação contínua em relação em aos preenchimentos dessas informações.

Desse modo, como é real a reclamação dos profissionais participantes deste estudo em relação à complexidade e extensão das fichas, concordamos que estas possuem falhas e, por isso, precisam ser revistas pelo Ministério da Saúde ou pelo próprio município de Fortaleza. Além disso, sugerimos que o município de Fortaleza estude a viabilidade da proposta de preenchimento integral das fichas através do prontuário eletrônico, associada ao treinamento, capacitação e sensibilização dos profissionais para o correto preenchimento dessas fichas. Isto reduziria, com certeza, a incompletude e até mesmo a subnotificação dos agravos ou doenças.

Com relação ao bloco de antecedentes epidemiológicos, apesar de apresentar níveis de completitude excelentes, variáveis importantes como “antecedentes de tratamento antirrábico”, “tempo de conclusão do tratamento anterior”, “número de doses aplicadas no tratamento anterior” e “se animal é passível de observação” apresentaram níveis de preenchimento entre regular e ruim.

No estudo de Gomide Júnior (2013), que avaliou a profilaxia da raiva humana em Luiz Antônio-SP, também foram encontrados resultados semelhantes, visto que em quase um terço dos campos referentes ao tratamento antirrábico antecedente essa informação permaneceu ignorada. Para o autor essa conduta interfere de maneira importante na decisão do tratamento adotado.

Segundo as normas técnicas de profilaxia da raiva humana (Brasil, 2011b), a investigação de antecedentes epidemiológicos é considerada primordial na medida em que pessoas com reexposição ao vírus da raiva, que já tenham recebido profilaxia de pós-exposição anteriormente, devem ser submetidas a um diferente esquema profilático, que considera o número de doses de tratamentos anteriores, evitando a administração desnecessária da vacina antirrábica.

Além disso, a possibilidade de observação do animal também influencia diretamente na adoção da conduta terapêutica, visto que, segundo as normas técnicas de profilaxia da raiva humana (BRASIL, 2011b), durante esse tempo, se o

animal permanecer vivo e saudável, não há risco de transmissão do vírus e o tratamento indicado poderá ser suspenso.

Corroborando com essa ideia, Veloso *et al.* (2011) afirmam que, ao seguir a norma técnica sem uma análise mais particularizada do caso, levando em consideração informações importantes como a observação do animal, o profissional é levado à prescrição da vacina antirrábica, que apesar de ser um procedimento correto, expõe o paciente a riscos desnecessários.

Desse modo, a investigação de antecedentes de tratamento antirrábico e a possibilidade de observação do animal agressor influenciam diretamente na decisão terapêutica do caso, contribuindo, dessa forma, para uma melhor qualidade de vida dos pacientes. Para Frias (2012), o MS já vem travando uma luta árdua contra a instituição de tratamentos pós-exposição inadequados, que geram custos elevados aos cofres públicos, principalmente com o uso dos imunobiológicos.

Outro destaque a ser feito em relação aos resultados do presente estudo é que o bloco de tratamento atual apresentou, no geral, percentual de preenchimento considerado ruim. Nele estão contidas informações relevantes do atendimento antirrábico como o tratamento indicado, o acompanhamento e a conclusão do caso.

Uma das variáveis contidas no bloco de tratamento atual é a “condição final do animal após observação”, que apresentou índices ruins de preenchimento. A consequência disso, que ficou demonstrada nos resultados deste estudo, é que, apesar da maioria dos profissionais adotarem a conduta adequada frente aos atendimentos antirrábicos, eles desconsideram a possibilidade de interrupção ou até mesmo de intensificação do tratamento após a resposta de observação do animal agressor. Esse fato contribui ainda mais para a indicação inadequada de tratamentos pós-exposição, como a prescrição excessiva de vacinas. Além disso, uma outra consequência ainda mais alarmante é a subprescrição terapêutica dos atendimentos antirrábicos, que pode contribuir para que a doença raiva se torne reemergente.

Outros estudos relacionados à caracterização dos atendimentos antirrábicos também encontraram grande quantidade de campos em branco ou ignorados relacionadas ao tratamento (VELOSO *et al.*, 2011, OLIVEIRA *et al.*, 2012; BRANDESPIM *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2013; GOMIDE JÚNIOR, 2013). Além destes, estudos envolvendo a avaliação da completude de outras doenças ou

agravos de notificação (ABATH *et al.*, 2014; ALVARES *et al.*, 2015; AGUIAR; CARDOSO, 2011; MUGUANDE *et al.*, 2011), também apresentaram baixos percentuais de preenchimentos nos campos relativos ao desfecho dos casos.

Sobre este fato Silva *et al.* (2013) afirmaram que a falta de preenchimento nos campos relacionados ao tratamento limitou o estudo e sugeriram que os profissionais responsáveis pelo atendimento dos pacientes vítimas de animais potencialmente transmissores da raiva, desde a notificação, adoção da conduta terapêutica e investigação das fichas de notificação, conhecessem a situação quantitativa e qualitativa desse tipo de atendimento e que tivessem seus serviços avaliados, para que pudessem se sensibilizar e melhorar a qualidade do atendimento à população, mediante a adoção de estratégias de capacitação das equipes.

No estudo de Gomide Júnior (2013), que objetivava caracterizar a profilaxia da raiva humana em Luiz Antônio-SP, a decisão quanto ao tratamento do paciente atendido não estava disponível em mais de 40% das fichas analisadas. Além disso, o autor demonstrou também que em relação à conclusão dos casos de atendimento antirrábico houve um percentual de 53,6% de abandono de tratamento e 21,4% de respostas ignoradas. Mesmo com esse percentual alto de abandono de tratamento, na pergunta sobre a busca ativa dos pacientes que abandonam o tratamento, que deve ser realizada pela unidade de saúde de referência do paciente, houve um percentual de 46,7% de respostas ignoradas. Esses resultados alarmantes foram semelhantes aos encontrados no presente estudo, já que as variáveis “se houve interrupção do tratamento indicado” e “se houve busca ativa em caso de abandono” apresentaram qualidades ruins e regulares de preenchimento, respectivamente.

Uma contradição importante a ser apontada é que, apesar das variáveis citadas acima apresentarem qualidades ruins e regulares de preenchimento, a maioria dos gestores ou responsáveis técnicos locais pela VE afirmaram, neste estudo, que as UAPS realizam a busca ativa dos faltosos à vacinação. Dessa forma, duas realidades são possíveis: I. Os gestores/responsáveis técnicos locais pela VE estão equivocados em relação à realização da busca ativa, II. A busca ativa, apesar da tentativa de ser realizada, não é efetivada, principalmente pela dificuldade de localizar o paciente, como relatado pela maioria dos profissionais participantes deste estudo. Acredita-se que a não completude dessas variáveis, além de refletir a

atitude desfavorável dos profissionais em relação ao acompanhamento dos atendimentos antirrábicos humanos, retrata a falta de sensibilização dos profissionais em relação à importância desse acompanhamento.

Notamos, portanto, nós críticos que interferem na qualidade das fichas de notificação já que, como os profissionais não preenchem por completo as fichas, eles têm dificuldades de localizar o paciente, e essa dificuldade de localização, que faz com que não se efetive a busca ativa dos pacientes, contribui ainda mais para a incompletude das fichas e para o não acompanhamento dos pacientes, essencial para a definição da conduta terapêutica.

Acreditamos que outro fator contribui com a dificuldade de localizar os pacientes que sofreram agressão por animais potencialmente transmissores da raiva que é a ausência de um acompanhamento estruturado até o encerramento do tratamento, relatada por 44,7% das UAPS participantes do estudo. Como consequência de tudo isso temos a falha na vigilância e no controle do agravo, além da dificuldade de se entender os motivos de abandono do tratamento.

Gomide Júnior (2013) levantou alguns motivos que levaram os pacientes a interromperem o tratamento, que são: o comportamento masculino de ter menos cuidado com a própria saúde, a falta de conscientização, a perda de horas de trabalho, a necessidade de acompanhantes, a distância e as despesas com transporte. Para o autor, é importante investigar esses motivos para que os serviços de saúde possam lançar estratégias visando minimizá-los.

Apesar do levantamento dos motivos que levam ao abandono do tratamento não ser objetivo deste estudo, é interessante destacar que no estudo de Gomide Júnior (2013) a maioria das interrupções de tratamento se deu por abandono do paciente. Para o autor, este fenômeno possivelmente esteja associado à precariedade de informações prestadas ao paciente sobre os riscos da descontinuidade e sobre a letalidade da raiva. Desta forma, fica clara a urgência e a relevância da necessidade de realização de estudos aprofundados sobre o assunto dentro do município de Fortaleza, de modo que esses motivos sejam conhecidos e corrigidos.

Diante de tudo o que foi relatado podemos afirmar que a não completude das variáveis “se houve interrupção do tratamento indicado” e “se houve busca ativa em caso de abandono” demonstra, na verdade, uma falta de comprometimento e vínculo entre os pacientes e suas UAPS de referência. Corrigir esses fenômenos

torna-se essencial para o combate da doença raiva como um importante problema de saúde pública.

Em se tratando de avaliação da completitude baseada na definição dos campos segundo o MS (campos-chaves, obrigatórios, essenciais e não discriminado), os resultados deste estudo mostraram que apenas os campos-chaves tiveram 100% de preenchimento. Os demais campos, incluindo os obrigatórios, apresentaram campos em branco ou com respostas ignoradas. Vale salientar que os campos-chaves são indispensáveis para a inclusão das notificações no banco de dados do SINAN (BRASIL, 2008).

Esse fato indica a necessidade de se investir na melhoria da qualidade dos dados, principalmente quando se trata de variáveis consideradas obrigatórias, onde a maioria delas (64%) apresentou preenchimento abaixo de 100%. Desse modo, variáveis como “sexo”, “idade gestacional, se gestante”, “tipo de exposição ao vírus rábico”, localização da exposição”, “espécie do animal agressor” e “se houve reação vacinal”, que são fundamentais para viabilizar uma análise epidemiológica da doença raiva, tiveram incompletude de preenchimento.

Além disso, apesar da prerrogativa de que todos os campos das fichas de notificação de atendimento antirrábico humana devam ser preenchidos, o roteiro para uso do SINAN NET (Brasil, 2008) reforça essa obrigatoriedade apenas para os campos-chaves e obrigatórios. A maioria dos campos das fichas de atendimento antirrábico não tem denominação, estando uma grande parte deles contida no bloco de tratamento atual. Essa característica, associada ao volume expressivo de campos (total de 76), devem estar associados à qualidade ruim de preenchimento das fichas de notificação avaliadas neste estudo, principalmente no que se refere aos campos sem denominação, que apresentaram o pior índice de completitude quando comparados aos demais.

Em relação aos campos essenciais que, no geral, tiveram apenas 69,3% de preenchimento, Alvares *et al.* (2015) sugerem que, para que haja melhoria no nível de completitude desses campos, deve haver mudanças na padronização do sistema operacional das notificações compulsórias, como uma reclassificação dos campos essenciais em obrigatórios.

Essa sugestão de mudança na padronização também deveria ser direcionada aos campos sem denominação, já que, possivelmente, uma definição

melhor desses campos pelo dicionário de dados do sistema levaria a uma melhoria nos índices de preenchimento.

Em se tratando de conhecimentos sobre as doenças de notificação compulsória, através de perguntas baseadas na portaria nº 1.271 (Brasil, 2014), que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, percebeu-se um bom nível de conhecimento na maioria dos profissionais. Ressalta-se que o presente estudo, apesar de ter contribuído com informações inéditas sobre o tema, não utilizou uma escala numérica para mensurar valores e classificar o nível de conhecimento dos profissionais, o que pode ser considerado uma limitação. Resultados semelhantes de bom nível de conhecimento acerca das notificações compulsórias foram encontrados no estudo de Sousa *et al.* (2012).

Esse bom nível de conhecimento acerca dos conceitos e diretrizes das notificações compulsórias, que fazem parte da organização dos serviços de saúde, principalmente na atenção primária, beneficia diretamente o paciente e subsidia medidas de investigação epidemiológica, prevenção e controle de enfermidades (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Contudo, apesar desse bom nível de conhecimento, torna-se necessário enfatizar que, com relação aos acertos dos profissionais da ESF quanto a exemplos de doenças de notificação compulsória, nenhum deles apresentou porcentagem de 100%, incluindo os acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva e a própria raiva humana. Através desses resultados podemos concluir que várias doenças ou agravos estão passíveis de serem subnotificados.

Diante disso, as medidas de investigação epidemiológica, prevenção e controle das doenças ou agravos notificáveis ficam fragilizadas, provocando um impacto negativo na vigilância epidemiológica e na qualidade do atendimento de saúde da população. É importante que os profissionais tomem ciência que o artigo 269 do Código Penal considera crime contra a saúde pública a omissão quanto ao dever da notificação de determinadas doenças, cuja pena é a detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Além da possibilidade da não notificação pelo desconhecimento levantou-se também que existe a omissão do ato de notificar devido à complexidade das fichas, falta de tempo e recusa própria por parte dos profissionais. Nos dias de hoje, é inadmissível que existam atitudes como estas, tornando urgente a necessidade

das autoridades sanitárias de Fortaleza instituir a capacitação periódica desses profissionais, incluindo a sua motivação em relação às notificações, além da mudança nos processos de trabalho, avaliação do quantitativo de recursos humanos e delimitação do tempo de consultas compatíveis com todo o atendimento dos pacientes, incluindo o preenchimento das notificações, quando necessário.

É importante destacar que a atitude de notificar, de forma legível e completa, esteve mais relacionada aos enfermeiros. Além disso, esses profissionais são os que mais adotam a atitude correta frente aos atendimentos antirrâbicos, que inclui a notificação e a prescrição da conduta indicada para cada caso. Isso demonstra a necessidade urgente de se priorizar a categoria médica nas atividades de capacitação e motivação frente às notificações compulsórias e ao manejo dos atendimentos antirrâbicos humanos.

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica (Brasil, 2009b) o retorno regular de informações às fontes produtoras, que consiste na retroalimentação do sistema de vigilância, além de propiciar continuidade e aperfeiçoamento do processo de vigilância, também provoca motivação nos notificantes. E o que vimos nos resultados desse estudo é que, na maioria das UAPS, não existem encontros periódicos com a vigilância epidemiológica regional ou municipal e nem entre os profissionais da UAPS, objetivando tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação compulsória de doenças ou agravos. Isso demonstra a fragilidade da retroalimentação do sistema dentro do município de Fortaleza-CE, o que certamente pode ser um dos motivos do precário preenchimento das fichas de notificação compulsória pelos profissionais da ESF.

Corroborando com o assunto, Waldman (2006) salienta que a adesão de médicos e enfermeiros à notificação sistemática de casos está condicionada, em grande parte, à frequência e agilidade com que vigilância epidemiológica devolve aos profissionais as informações devidamente analisadas, acrescidas de recomendações técnicas úteis ao aprimoramento dos serviços de saúde.

A ausência dos encontros entre profissionais e a vigilância epidemiológica regional ou municipal se torna ainda mais alarmante quando os resultados deste estudo mostram que esses encontros estão relacionados a uma melhor estrutura no acompanhamento dos pacientes até a conclusão dos casos, a uma maior capacidade para o exercício da função de responsável técnico local da vigilância

epidemiológica e por incentivar debates sobre notificação compulsória entre os profissionais das UAPS.

Importante destacar que nas UAPS onde ocorrem esses debates, o atendimento inicial dos pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva não é realizado exclusivamente por profissionais da demanda espontânea, o que contribui para a completude das fichas e para o manejo adequado dos atendimentos antirrábicos. Nesses casos, outros médicos e enfermeiros que estejam em atendimento programado também atendem esses pacientes.

Além desses profissionais, também foram citados como responsáveis pelo atendimento e pelo preenchimento da ficha de notificação antirrábica o técnico de enfermagem e, em proporção maior, o dentista. Percebe-se com isso o desconhecimento dos profissionais da ESF de Fortaleza em relação ao Manual de Vigilância em Saúde (Brasil, 2009a) do MS, que cita apenas médicos e enfermeiros como responsáveis pelo preenchimento, de forma legível e completa, da ficha de notificação de raiva ou de atendimento antirrábico humano.

Outro desconhecimento dos médicos e enfermeiros da ESF de Fortaleza é relacionado ao Protocolo de Profilaxia da Raiva Humana no Brasil, já que mediante situações envolvendo diversos tipos de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva, a maioria dos profissionais adota a conduta inicial de forma correta, mas desconsidera a possibilidade de mudança terapêutica após o resultado de observação do animal. Além disso, um número considerável de profissionais mostrou desconhecimento em relação à situação epidemiológica da raiva no Brasil, à via de administração e indicações da vacina antirrábica e à terapêutica empregada nos casos de reexposição ao vírus da raiva em pacientes com tratamento profilático anterior. Tudo isso pode levar ao manejo inadequado frente aos atendimentos antirrábicos, o que pode dificultar o controle sanitário desta doença raiva e, conseqüentemente, torná-la reemergente.

Em relação ao desconhecimento da situação epidemiológica das doenças, Sousa *et al.* (2012) relatam que esse desconhecimento pode comprometer programas e ações de eliminação e erradicação das doenças, como também incorrer em uma vigilância mais frágil, ao não suspeitar da ocorrência de doenças de grande importância epidemiológica. Não é possível apontar um único fator que

justifique os resultados aqui analisados, mas com certeza a importância da própria responsabilidade profissional pelo conhecimento da temática está muito deficiente.

Notou-se que todo esse desconhecimento foi encontrado em profissionais que relatam, em sua maioria, conhecimento em relação ao protocolo de profilaxia da raiva humana. Além disso, são profissionais que se utilizam de um apoio instrucional durante o manejo aos pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da doença raiva, o que teoricamente deveria contribuir para o adequado manejo dos pacientes. Essas contradições, entre o que é falado e o que é posto em prática, torna ainda mais urgente a necessidade de um processo permanente de educação envolvendo os profissionais da ESF, abrangendo temáticas relacionadas às notificações compulsórias, doença raiva e atendimentos antirrábicos. Vários outros autores também concordam com a importância dessa capacitação direcionada aos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família (SOUSA *et al.*, 2012; FRIAS, LAGES, CARVALHO, 2011; FRIAS, 2012; MORIWAKI *et al.*, 2013; GOMIDE JÚNIOR, 2013; SILVA *et al.*, 2013; GOMES *et al.*, 2012).

Esse processo de educação permanente deve envolver também os gestores e os responsáveis técnicos das UAPS, uma vez que a maioria deles relatou deficiência na capacidade de gerir as ações de vigilância epidemiológica dentro das UAPS, além de mostrar deficiência em relação ao manejo dos atendimentos antirrábicos. Em serviços de saúde nos quais exista um profissional capacitado, que se responsabilize pelas ações de vigilância epidemiológica, existe uma maior possibilidade de manejo adequado frente aos atendimentos antirrábicos, além de uma melhor estruturação do fluxo das notificações compulsórias.

Todavia, o que se vê no município de Fortaleza são organizações de agendas profissionais que não contemplam horários para que se dediquem às atividades inerentes à função de responsável técnico local pela VE. Ademais, a figura desse responsável técnico está sendo cada vez mais extinta nas UAPS de Fortaleza-CE. Isso mostra a fragilidade do município em relação à prevenção e ao controle das doenças e agravos notificáveis.

Diante de tudo o que foi relatado, foram listadas algumas recomendações consideradas importantes em relação ao preenchimento das fichas de notificação, em especial às fichas de atendimento antirrábico humano, e ao atendimento antirrábico humano:

- Capacitação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família envolvidos na notificação das doenças ou agravos, em especial médicos e enfermeiros, que são responsáveis pelo correto e completo preenchimento das fichas de notificação antirrábicas;
- Uso sistemático de pesquisas de avaliação das notificações compulsórias e de caracterização dos atendimentos antirrábicos no município de Fortaleza;
- Instituição de encontros periódicos entre a vigilância regional ou municipal e as equipes de saúde da família das UAPS, de modo que haja uma troca de informações relativas às notificações, além da avaliação das informações desenvolvidas pelos profissionais e a identificações de barreiras que estejam interferindo na qualidade das notificações;
- Levantamento da viabilidade de preenchimento das notificações através do prontuário eletrônico ativo nas UAPS de Fortaleza e disponibilização do SINAN on-line, em intranet, de modo que qualquer serviço que realize a aplicação da vacina antirrábica possa informar que o paciente recebeu a vacina aprazada;
- Revisão no processo de trabalho das equipes com relação ao tempo das consultas e número de atendimentos, além da avaliação do quantitativo de recursos humanos que atuam nas UAPS de Fortaleza,
- Retorno das unidades locais de vigilância epidemiológica, de modo que em cada UAPS a vigilância esteja ativa durante todo seu horário de funcionamento, através da implantação de salas de situações e monitoramento territorial das doenças e agravos.
- Investimento em programas educativos direcionados à comunidade sobre posse responsável e comportamento dos animais, e sobre medidas frente às agressões, de maneira a diminuir o grande número de atendimentos antirrábicos humanos no município de Fortaleza;
- Investimento em programas de educação continuada, com o propósito de aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde e da própria comunidade acerca da doença raiva;

- Instituir discussões acerca da extensão e da importância dos campos contidos nas fichas de notificação de atendimento antirrábico humano, além de divulgar entre os profissionais de saúde o manual de preenchimento das fichas de atendimento antirrábico humano;
- Instituir, a nível municipal, um protocolo de fluxo das notificações dentro das UAPS, de modo que todos os profissionais das UAPS, incluindo médicos e enfermeiros da demanda espontânea ou da demanda programada estejam engajados no seu preenchimento e seu acompanhamento;
- Instituir, a nível municipal, um protocolo de acompanhamento das notificações antirrábicas, desde o atendimento inicial do paciente até o encerramento dos casos, de modo que a resposta de observação do animal e a conclusão terapêutica dos casos sejam efetivados;
- Confeccionar protocolos de profilaxia antirrábica humana e disponibilizá-los em todos os consultórios de atendimento das UAPS.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos esforços, novos casos de raiva animal e humana continuam ocorrendo a cada ano no Brasil. Assim, a doença raiva ainda se constitui um grave problema de saúde pública no Brasil e em vários outros países, principalmente pela sua altíssima letalidade. Em Fortaleza, os atendimentos antirrâbicos humanos são responsáveis por um grande número de notificações realizadas pelos diversos serviços de saúde.

A avaliação da qualidade das informações contidas nas fichas de notificação é imprescindível para a detecção de falhas e formulação de propostas de intervenção, objetivando a continuidade do controle das doenças ou agravos. Diante disso, o presente estudo buscou avaliar a completude das fichas de notificação de atendimento antirrâbico humano e evidenciou que estas apresentam inadequações, com a ausência de informações na maioria dos campos.

No presente estudo, identificou-se também que a maioria dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF apresenta um bom nível de conhecimento em relação às doenças notificação compulsória. Já em relação aos atendimentos antirrâbicos humanos, a maioria dos profissionais adota a conduta inicial de forma correta, mas desconsidera a possibilidade de mudança terapêutica frente ao resultado da observação do animal após o período de 10 dias.

Ademais, observou-se que na maioria das UAPS analisadas os gestores e os responsáveis técnicos locais relataram deficiência na capacidade de gerir as ações locais de vigilância epidemiológica e no manejo dos atendimentos antirrâbicos. Além disso, não existe, na maioria das UAPS, um acompanhamento estruturado de acompanhamento dos pacientes que sofrem agressão por animais potencialmente transmissores da doença raiva.

Todos esses fatores prejudicam sobremaneira a continuidade e o aperfeiçoamento do processo de vigilância, contribuem para que a doença raiva se torne reemergente e mostra que no município de Fortaleza há falhas no desenvolvimento de atividades educativas envolvendo as doenças de notificação compulsórias, em especial os atendimentos antirrâbicos humanos, direcionadas aos profissionais da ESF.

Importante destacar que o estudo, apesar de não permitir mensurar o conhecimento dos profissionais, identificou que é preciso investir em estratégias de

capacitação sobre o preenchimento das fichas de notificação e sobre o manejo frente aos atendimentos antirrábicos, tendo como alvo os trabalhadores da ESF. Além disso, evidenciou-se a necessidade de feedback das vigilâncias epidemiológicas regionais ou municipais direcionado aos profissionais da ESF, objetivando o aumento da resolutividade do sistema local de vigilância e aumento na completitude das fichas de notificação e no conhecimento sobre as condições de saúde das populações. Tudo isso visando a motivação dos profissionais, um melhor planejamento das ações de saúde no território, além da identificação de barreiras existentes no processo de trabalho dos profissionais que influenciam diretamente na qualidade das informações das fichas de notificação e no cuidado longitudinal dos casos dos atendimentos antirrábicos.

Por meio da resolução dessas falhas objetiva-se um melhor cuidado e atenção à saúde das pessoas, além de provocar nos profissionais da ESF o comprometimento com a qualidade das informações em saúde. Desse modo, a integração entre vigilância e atenção à saúde estará contida no manual das boas práticas de todos os serviços de saúde, em especial da atenção primária, que se constitui em um instrumento privilegiado de captação oportuna de doenças ou agravos.

A apresentação dos dados e reflexões discutidos neste estudo devem ser apresentados aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, de modo a orientar o planejamento, implementação e avaliação de programas de prevenção e controle da raiva, além de reconhecer a importância de profissionais de saúde capacitados e motivados nas práticas da notificação compulsória e dos atendimentos antirrábicos humanos. Além disso, torna-se importante conscientizar as autoridades municipais que a construção de registro de dados consistentes e fidedignos poderá subsidiar pesquisas e políticas institucionais públicas.

## REFERÊNCIAS

ABATH, M. B. *et al.* Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do SINAN em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 31-142, jan./mar., 2014.

AGUIAR, L. R.; CARDOSO, M. D. Variação da incompletitude dos dados sobre doenças exantemáticas registrados no SINAN em Pernambuco, 2001-2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, jan-mar, 2011.

AGUIAR, Y. P. S. **Qualidade dos registros de Hanseníase no sistema de informação de agravos de notificação em Teresina, Piauí, 2012.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

ALVARES, J. K. *et al.* Avaliação da completitude das notificações compulsórias relacionadas ao trabalho registradas por município polo industrial no Brasil, 2007 – 2011. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, jan./mar. 2015.

BOVENDORP, A. C. C. *et al.* Qualidade de registros de hanseníase em centro de referência no estado de Minas Gerais, no período de 2006 a 2010. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 2, supl. 6, 2014.

BRANDESPIM, D. F. *et al.* Análise epidemiológica das agressões causadas por animais e do tratamento antirrábico humano no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2006. **Rev Inst Adolfo Lutz.**, v. 71, n. 2, p. 424-288, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação.** Relatório de incidência total por município. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <<http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>> Acesso em: 10 ago.2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de A a Z: raiva.** Brasília. mar. 2016b. Disponível em: < [ttp://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/752-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/raiva/11431-situacao-epidemiologica-dados](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/752-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/raiva/11431-situacao-epidemiologica-dados) > Acesso em: 17 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde: ações inovadoras e resultados: gestão 2011-2014.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_.Diário Oficial da União. **Portaria nº 1.271.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 6 de junho de 2014.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Secretaria de Defesa Agropecuária. Departamento de Saúde Animal. Coordenação Geral de Combate a Doenças. **Análise de indicadores epidemiológicos da raiva dos herbívoros no Brasil (Período 2006/2012)**. Brasília: Ministério da Agricultura, maio, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Brasília (DF): [s.n], 2011a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 6 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Normas técnicas de profilaxia da raiva humana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Protocolo de tratamento da raiva humana no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: zoonoses**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Bolso de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. Gerência Técnica do Sinan. **Roteiro para uso do Sinan net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais (raiva humana)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – **Sinan: normas e rotinas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL.. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília (DF): [s.n], 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 6 abr. 2015.

CERQUEIRA, A. C. B.; MIRANDA, A. E. B.; MACIEL, E. L. N. Completude do banco de dados de gestante HIV positivo e de AIDS em menores de treze anos do sistema de informação de agravos de notificação: Vitória, 2000 a 2006. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2010.

CORREIA, L. O. S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L. Completitude dos dados de cadastro de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus registrados no Sistema Hiperdia em um estado do Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, 2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa – métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. 3. ed. Porto Alegre: Arned, 2010.

DATASUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Departamento de Atenção Básica – DAB**. Histórico cobertura Saúde da Família. Maio, 2015. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 25 jul. 2015.

FELIX, J. D. *et al.* Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste - Brasil (1998 a 2007). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, 2012.

FILGUEIRA, A. C.; CARDOSO, M. D.; FERREIRA, L. O. C. Profilaxia antirrábica humana: uma análise exploratória dos atendimentos ocorridos em Salgueiro-PE, no ano de 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 233-244, abr./jun. 2011.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://fortaleza.ce.gov.br/sms>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

FRIAS, D. F. R. **Profilaxia antirrábica humana**: proposta de uma nova metodologia de ação. Tese (Doutorado em Ciências Agrárias e Veterinárias) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de. Jaboticabal, 2012.

FRIAS, D. F. R.; LAGES, S. L. S.; CARVALHO, A. A. B. Avaliação da conduta de profilaxia antirrábica indicada para pessoas envolvidas em agravos com cães e gatos no município de Jaboticabal, SP, no período de 2000 a 2006. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 4, dez., 2011.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GOMES, P. A. *et al.* Raiva humana. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 334-40, jul./ago. 2012.

GOMIDE JÚNIOR, M. H. **Profilaxia da raiva humana em Luis Antônio, SP, Brasil:** características das ocorrências e atenção médica prestada aos pacientes. 2013. 94 p. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2013.

IBGE. **Estatísticas Vitais e Dados Demográficos.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 9 jul. 2014.

LIMA, C. R. A. L. *et al.* Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, out. 2009.

MACENTE, L. B.; ZANDONADE, E. Avaliação da completude do Sistema de Informação sobre Mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 3, 2010.

MALHÃO, T. A. *et al.* Avaliação da completude do Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Tuberculose, Brasil, 2001-2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 19, n. 3, 2010.

MONTEIRO, V. S. J. **Qualidade da informação na atenção ao pré-natal pelas equipes de Saúde da Família de uma área programática do município do RJ.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MOUTINHO, F. F. B.; NASCIMENTO, E. R.; PAIXÃO, R. L. Raiva no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: análise das ações de vigilância e controle no âmbito municipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 577-586, 2015.

MORIWAKI, A. M. *et al.* Avaliação da profilaxia no primeiro atendimento pós-exposição ao vírus da raiva. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 5, p. 428-435, 2013.

MUGUANDE, O. F. *et al.* Avaliação da qualidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Doença de Chagas Aguda em Minas Gerais, 2005-2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 3, jul./set. 2011.

NOCITI, D. L. P.; NOCITI, R. P.; VALERIANO, S. P. Levantamento e identificação dos aspectos epidemiológicos da raiva canina no município de Cuiabá – MT. **Braz. J. Vet. Res. Anim. Sci.**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 478-485, 2011.

OLIVEIRA, M. S. *et al.* Frequência da raiva em herbívoros e humanos no Estado do Tocantins de 1999 a 2010: relatório técnico. **Acta Veterinaria Brasilica**, v. 7, n. 3, p.180-183, 2013.

OLIVEIRA, V. M. R. *et al.* Mordedura canina e atendimento antirrábico humano em Minas Gerais. **Arq. Bras. Med. Vet. Zootec.**, v. 64, n. 4, p. 891-898, 2012.

RIBEIRO, L. M. **Conhecimento do enfermeiro sobre as ações de vigilância epidemiológica no Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal, RN.**

Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2010.

SANDRI, T. L. **Um estudo sobre a distribuição da raiva no Estado do Paraná de 1981 a 2012.** Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia. Departamento de Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Animal, São Paulo, 2014.

SILVA, G. M. *et al.* Notificações de atendimento antirrábico humano na população do município de Garanhuns, Estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2007 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 95-102, jan./mar., 2013.

SILVA, R. S. *et al.* Avaliação da completude das variáveis do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – nos Estados da região Nordeste do Brasil, 2000 e 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 2, 2013.

SOUSA, S. P. O. *et al.* Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no Município de Teresina, Estado do Piauí, Brasil – 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p.465-474, jul./set. 2012.

THEME FILHA, M. M. *et al.* Análise da tuberculose em uma unidade de Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: perfil clínico, resultado de tratamento e qualidade dos registros. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.169-76 20, abr. 2012.

VELOSO, R. D. *et al.* Perfil epidemiológico do atendimento antirrábico humano em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4875-4884, 2011.

WALDMAN, E. A. **Vigilância como prática de saúde pública.** In: CAMPOS, G. W. *et al.* Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Expert Consultation on rabies. **World Health Organization technical report series**, v. 982, p. 1-139, back cover, 2013.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de fiel depositário

### **PESQUISA:** A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS OU AGRAVOS NO ÂMBITO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE: O CASO DOS ATENDIMENTOS ANTIRRÁBICOS

Eu, José Eduardo Cabral Maia Júnior, Coordenador da Célula dos Sistemas de Informação e Análise em Saúde, fiel depositário da base de dados da Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Fortaleza, situada no Estado do Ceará, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa que visa analisar a prática da notificação compulsória de doenças ou agravos no âmbito das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza-CE, com ênfase nos atendimentos antirrâbicos, e analisando a repercussão desse estudo no contexto da saúde pública e epidemiologia, declaro que a pesquisadora Carla Manuela Rodrigues Nogueira, cirurgiã-dentista, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob orientação da Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, está autorizada a ter acesso aos bancos de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE. Fica claro que o Fiel Depositário pode a qualquer momento retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional, assegurando que os dados obtidos da pesquisa serão utilizados apenas para estudo e que a pesquisa somente será iniciada após registro na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde e aprovação junto a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional.

---

José Eduardo Cabral Maia Júnior  
Coordenador da Célula dos Sistemas de Informação e Análise em Saúde

---

Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer (orientadora)  
Fone: (85) 3265-1832/3234-5281

---

Carla Manuela Rodrigues Nogueira (pesquisadora)  
Fone: (85) 998107530

APÊNDICE B – Questionário – Etapa 2

Questionário nº \_\_\_\_\_  
Regional: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INFORMAÇÕES GERAIS		
1. Idade (anos):	2. Sexo: ( ) M ( ) F	3. Categoria profissional: ( ) MÉDICO ( ) ENFERMEIRO
4. Instituição de ensino onde concluiu a graduação:	( ) PÚBLICA	( ) PRIVADA
5. Tempo de formado (anos completos): _____		
6. Realizou curso de pós-graduação na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da família? ( ) Não ( ) Sim		
7. Participou de algum curso/treinamento envolvendo o assunto sobre as doenças de notificação compulsória nos últimos 5 anos?	( ) SIM	( ) NÃO

CONHECIMENTOS SOBRE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA		
8. Sobre notificação compulsória de doenças ou agravos marque Verdadeiro ou Falso:		
8.1 É obrigatória somente para algumas doenças.	( ) Verdadeiro	( ) Falso
8.2 Deve ser realizada somente por médicos e/ou enfermeiros.	( ) Verdadeiro	( ) Falso
8.3 Pode ser realizada por médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.	( ) Verdadeiro	( ) Falso
8.4 Sua comunicação pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.	( ) Verdadeiro	( ) Falso
8.5 É realizada mediante suspeita de doença, agravo ou evento de saúde pública.	( ) Verdadeiro	( ) Falso
8.6 Deve ser realizada somente após a confirmação da doença, agravo ou evento de saúde pública.	( ) Verdadeiro	( ) Falso

CONHECIMENTOS SOBRE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA			
9. Doenças consideradas de notificação compulsória:	<b>Responder sim, não ou não sei.</b>		
9.1 Tuberculose:	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NÃO SEI
9.2 Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva:	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NÃO SEI
9.3 Dengue:	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NÃO SEI
9.4 Pneumonia:	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NÃO SEI
9.5 Doença de Chagas Aguda:	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NÃO SEI
9.6 Asma:	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NÃO SEI
9.7 Amebíase:	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NÃO SEI
9.8 Febre de Chikungunya:	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NÃO SEI
9.9 Acidente Vascular Cerebral:	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NÃO SEI
9.10 Hanseníase:	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NÃO SEI
9.11 Hepatites virais:	( ) SIM	( ) NÃO	( ) NÃO SEI

9.12 HIV/AIDS:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
9.13 Câncer:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
9.14 Leishmaniose tegumentar e visceral:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
9.15 Erisipela:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
9.16 Óbito infantil e materno:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
9.17 Raiva:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
9.18 Síndrome da rubéola congênita:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
9.19 Sarampo:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
9.20 Infarto Agudo do Miocárdio:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
9.21 Sífilis:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
9.22 Tétano:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
9.23 Alzheimer:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
9.24 Caso grave de varicela:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
9.25 Violências:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI

<b>ATITUDES SOBRE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA</b>			
10. Você realiza notificação compulsória de doenças ou agravos?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
11. Se não, por qual (is) razão (ões)? (PODE SER MARCADA MAIS DE UMA RESPOSTA) <input type="checkbox"/> Fichas de notificações são complexas e extensas. <input type="checkbox"/> Falta de tempo. <input type="checkbox"/> Falta de capacitação. <input type="checkbox"/> Não gosto de preencher. <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____			
12. Você procura preencher todos os campos das fichas de notificação, incluindo a conclusão dos casos?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> ÀS VEZES
13. Se "não" ou "às vezes", qual (is) o (s) motivo (s)? (PODE SER MARCADA MAIS DE UMA RESPOSTA) <input type="checkbox"/> Falta de tempo. <input type="checkbox"/> Não acha necessário preencher todos os campos <input type="checkbox"/> Dificuldade de localizar o paciente. <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____			
14. Qual (is) sugestão (ões) você daria para que as notificações compulsórias tivessem uma melhor qualidade e agilidade? (PODE SER MARCADA MAIS DE UMA RESPOSTA) <input type="checkbox"/> Disponibilização do SINAN on-line. <input type="checkbox"/> Capacitação profissional. <input type="checkbox"/> Aumento de recursos humanos. <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____			
15. Para você, qual (is) fator (es) facilitaria (m) o preenchimento da ficha de notificação compulsória de doenças? (PODE SER MARCADA MAIS DE UMA RESPOSTA) <input type="checkbox"/> Ter um profissional específico para esse fim durante todo o horário de funcionamento do serviço de saúde. <input type="checkbox"/> Reduzir o número de campos necessários para preenchimento. <input type="checkbox"/> Disponibilização de preenchimento via internet. <input type="checkbox"/> Disponibilização de preenchimento via prontuário eletrônico. <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____			

CONHECIMENTOS E ATITUDES SOBRE ATENDIMENTO ANITIRRÁBICO HUMANO		
16. Você conhece a doença raiva humana?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
17. Você se considera apto em relação ao manejo de pacientes suspeitos ou confirmados de raiva humana?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
18. Quando aparece um paciente vítima de agressão por animal potencialmente transmissor da raiva na UAPS e você precisa fazer o atendimento, qual (is) sua (s) conduta (s)? (MARCAR APENAS UM ITEM COMO RESPOSTA) <input type="checkbox"/> Notifico e adoto a conduta indicada para cada caso. <input type="checkbox"/> Não notifico, apenas adoto a conduta indicada para cada caso. <input type="checkbox"/> Apenas notifico e depois encaminho para outro serviço. <input type="checkbox"/> Apenas encaminho.		
19. Durante o manejo aos pacientes vítimas de agressões por animais potencialmente transmissores da raiva, você utiliza algum apoio instrucional? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não  19.1 Se sim, qual (is)? (PODE SER MARCADA MAIS DE UMA RESPOSTA) <input type="checkbox"/> Um outro profissional <input type="checkbox"/> Um guia <input type="checkbox"/> A internet <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____		
20. Você conhece o protocolo de profilaxia da raiva humana no Brasil?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
21. O Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde, pode ser considerado um país livre da raiva?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SEI
22. Em casos de acidentes leves, quando o cão ou gato não tiver suspeita de raiva no momento da agressão, qual (is) conduta (s) deve (m) ser adotada (s)? (PODE SER MARCADA MAIS DE UMA RESPOSTA) <input type="checkbox"/> Observar o animal. <input type="checkbox"/> Lavar o local com água e sabão. <input type="checkbox"/> Iniciar duas doses de vacina (0 e 3 dias). <input type="checkbox"/> Iniciar cinco doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias). <input type="checkbox"/> Iniciar 2 doses de vacina (0 e 3 dias) apenas se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso. <input type="checkbox"/> Iniciar 5 doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias) apenas se o animal morrer, desaparecer o se tornar raivoso. <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Outro: _____		
23. Em casos de acidentes leves, quando envolvem cães e gatos clinicamente suspeitos de raiva, qual (is) conduta (s) deve (m) ser adotada (s)? (PODE SER MARCADA MAIS DE UMA RESPOSTA) <input type="checkbox"/> Observar o animal. <input type="checkbox"/> Lavar o local com água e sabão. <input type="checkbox"/> Iniciar duas doses de vacina (0 e 3 dias). <input type="checkbox"/> Iniciar cinco doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias). <input type="checkbox"/> Apenas se o animal morrer, desaparecer ou ter o diagnóstico confirmado de raiva, é que se completa o esquema de vacinação até 5 doses. <input type="checkbox"/> Não sei. <input type="checkbox"/> Outro: _____		

<p>24. Em casos de acidentes graves, quando envolvem cães e gatos sem suspeita de raiva no momento da agressão, qual (is) conduta (s) deve (m) ser adotada (s)? (PODE SER MARCADA MAIS DE UMA RESPOSTA)</p> <p><input type="checkbox"/> Observar o animal.</p> <p><input type="checkbox"/> Lavar o local com água e sabão.</p> <p><input type="checkbox"/> Iniciar duas doses de vacina (0 e 3 dias) e encerrar o caso se o animal permanecer sadio após a observação.</p> <p><input type="checkbox"/> Iniciar cinco doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias).</p> <p><input type="checkbox"/> Apenas se o animal morrer, desaparecer ou ter o diagnóstico confirmado de raiva, é que se completa o esquema de vacinação até 5 doses e se inicia o soro antirrábico.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>			
<p>25. Em casos de acidentes graves, quando cão ou gato estiver clinicamente com suspeita de raiva no momento da agressão, qual (is) conduta (s) deve (m) ser adotada (s)? (PODE SER MARCADA MAIS DE UMA RESPOSTA)</p> <p><input type="checkbox"/> Observar o animal.</p> <p><input type="checkbox"/> Lavar o local com água e sabão.</p> <p><input type="checkbox"/> Iniciar duas doses de vacina (0 e 3 dias) e soro.</p> <p><input type="checkbox"/> Iniciar cinco doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias) e soro.</p> <p><input type="checkbox"/> Se a suspeita de raiva for descartada após os 10 dias de observação, a conduta é suspender o esquema profilático e encerrar o caso.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>			
<p>26. Em casos de acidentes leves envolvendo animais silvestres (domiciliados ou não) ou animais domésticos de interesse econômico ou de produção, qual (is) conduta (s) deve (m) ser adotada (s)? (PODE SER MARCADA MAIS DE UMA RESPOSTA)</p> <p><input type="checkbox"/> Observar o animal.</p> <p><input type="checkbox"/> Lavar o local com água e sabão.</p> <p><input type="checkbox"/> Iniciar imediatamente duas doses de vacina (0 e 3 dias) e soro.</p> <p><input type="checkbox"/> Iniciar imediatamente cinco doses de vacina (0, 3, 7, 14 e 28 dias).</p> <p><input type="checkbox"/> Iniciar imediatamente soro antirrábico.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>			
<p>27. Sobre o atendimento antirrábico humano, o que você considerada correto? <b>Responda sim, não ou não sei para cada sentença.</b></p>			
<p>27.1 Em caso de reexposição ao vírus da raiva em pessoas que já tenham recebido a profilaxia pós-exposição, caso a pessoa tenha recebido tratamento completo em menos de 90 dias, não se deve realizar esquema profilático.</p>	<p><input type="checkbox"/> SIM</p>	<p><input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p><input type="checkbox"/> NÃO SEI</p>
<p>27.2 A vacina pode ser aplicada por via intramuscular ou intradérmica. A dose intramuscular é de 0,5 e 1 ml, dependendo do fabricante, devendo ser aplicada profundamente na região do deltoide ou vasto lateral da coxa, nunca na região glútea.</p>	<p><input type="checkbox"/> SIM</p>	<p><input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p><input type="checkbox"/> NÃO SEI</p>
<p>27.3 Por conta da elevada letalidade da raiva, o uso da vacina não apresenta restrições, de forma que, grávidas, mulheres lactantes e pacientes que tenham doenças intercorrentes ou que estejam fazendo outros tipos de tratamento podem fazer uso dela.</p>	<p><input type="checkbox"/> SIM</p>	<p><input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p><input type="checkbox"/> NÃO SEI</p>

APÊNDICE C – Questionário – Etapa 3

Questionário nº \_\_\_\_\_ Regional \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

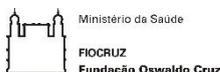
Quem respondeu o questionário: ( ) Responsável técnico ( ) Gestor

INFORMAÇÕES GERAIS		
1. Idade (anos):	2. Sexo: ( ) M ( ) F	3. Categoria profissional: ( ) MÉDICO ( ) ENFERMEIRO ( ) DENTISTA ( ) Outros _____
4. Tempo de formado (anos completos): _____		
5. Você se acha capacitado para exercer a função de responsável técnico da vigilância epidemiológica de sua UAPS? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente		
6. Realizou curso de pós-graduação na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da família? ( ) Não ( ) Sim		
7. Participou de algum curso/treinamento envolvendo vigilância epidemiológica ou notificação compulsória de doenças? ( ) SIM ( ) NÃO 7.1 Se sim, Há quanto tempo? _____ 7.2 Qual curso/treinamento? _____ 7.3 Este foi promovido pela Prefeitura de Fortaleza? ( ) SIM ( ) NÃO		
8. Existem encontros periódicos com a coordenação da vigilância epidemiológica da regional ou municipal para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação compulsória? ( ) SIM ( ) NÃO		
9. Existem encontros periódicos com as equipes da ESF na sua UAPS para tratar da temática de vigilância epidemiológica/notificação compulsória? ( ) SIM ( ) NÃO		

FLUXOS DE ATENDIMENTOS DAS NOTIFICAÇÕES ANTIRRÁBICAS
10. Os pacientes que sofreram agressões por animais potencialmente transmissores da raiva têm seu atendimento garantido em todo horário de funcionamento da UAPS? ( ) SIM ( ) NÃO
11. Se não, qual o horário de atendimento reservado para atendimento destes pacientes? ( ) Manhã, de 7 as 13 h ( ) Tarde, de 13 as 19 h ( ) Manhã e Tarde, de 8 as 12 h e de 13 as 17h ( ) Outros. Quais? _____
12. Por quem é (são) atendido (s) estes pacientes? ( ) Médico da demanda espontânea. ( ) Médico da demanda programada. ( ) Enfermeiro da demanda espontânea. ( ) Enfermeiro da demanda programada. ( ) Médico ou enfermeiro da demanda espontânea. ( ) Médico ou enfermeiro da programada. ( ) Enfermeira da demanda espontânea ou programada. ( ) Todos os profissionais acima. ( ) Outros. Quais? _____

<p>13. Qual (is) profissional (is) preenchem a ficha de notificação antirrábica?</p> <p><input type="checkbox"/> Médico</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeiro</p> <p><input type="checkbox"/> Dentista</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____</p>
<p>14. Onde ficam armazenadas as fichas de notificação antirrábica até a conclusão do caso?</p> <p><input type="checkbox"/> Sala de acolhimento</p> <p><input type="checkbox"/> Sala de vacina</p> <p><input type="checkbox"/> Coordenação</p> <p><input type="checkbox"/> Cada equipe de saúde da família guarda as notificações de sua área adscrita.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____</p>
<p>15. Nos casos em que os pacientes não comparecem nas datas agendadas para a vacina, o que é feito?</p> <p><input type="checkbox"/> Encerra-se o caso como abandono.</p> <p><input type="checkbox"/> Espera o paciente aparecer por conta própria.</p> <p><input type="checkbox"/> Faz-se a busca ativa dos pacientes faltosos.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____</p>
<p>16. Qual (is) conduta (s) é (são) adotada (s) na sua UAPS para se obter a resposta de observação do animal após o período de 10 dias?</p> <p><input type="checkbox"/> Orienta-se o paciente a comparecer após os 10 dias, para repassar as informações do animal agressor.</p> <p><input type="checkbox"/> Pede-se ao ACS para ir até o domicílio do paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> Liga-se para o paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> Algum tipo de busca ativa.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____</p>
<p>17. Nos casos em que as datas agendadas para as vacinas caem em finais de semana ou feriados, qual a orientação dada aos pacientes?</p> <p><input type="checkbox"/> Comparecer à unidade no próximo dia útil.</p> <p><input type="checkbox"/> Comparecer à uma unidade de referência que funciona em finais de semana ou feriados.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____</p>
<p>18. Qual o tempo médio de encerramento das fichas de notificação antirrábica na sua UAPS?</p> <p><input type="checkbox"/> Até 15 dias.</p> <p><input type="checkbox"/> 16 a 30 dias.</p> <p><input type="checkbox"/> 31 a 60 dias.</p> <p><input type="checkbox"/> Acima de 60 dias.</p>
<p>19. Como se dá o acompanhamento do paciente até o encerramento do tratamento?</p> <p><input type="checkbox"/> Cada equipe de saúde da família se responsabiliza pelos pacientes da sua área adscrita.</p> <p><input type="checkbox"/> Existe um único profissional responsável pelo acompanhamento de todos os casos da UAPS.</p> <p><input type="checkbox"/> Não há acompanhamento estruturado.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____</p>

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido (Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012) – Para os profissionais médicos e enfermeiros.



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCALRECIDO



**PESQUISA CIENTÍFICA:** A notificação compulsória de doenças ou agravos na atenção primária: o caso dos atendimentos antirrábicos no município de Fortaleza -CE.

**Pesquisador Responsável:** Carla Manuela Rodrigues Nogueira

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que irá analisar a prática da notificação compulsória de doenças ou agravos no âmbito das Unidades de Atenção Primária a Saúde do município de Fortaleza-CE, com ênfase nos atendimentos antirrábicos.

Ao participar desta pesquisa você será convidado a responder 27 questões semiestruturadas, divididas em quatro blocos: Bloco I – informações gerais (sendo incluídas perguntas sobre idade, sexo, categoria profissional, instituição onde concluiu a graduação, tempo de formado, participação em cursos de pós-graduação e treinamentos em serviço envolvendo o assunto sobre doenças de notificação compulsória); Bloco II – conhecimentos sobre notificação compulsória de doenças ou agravos (sendo incluídas questões baseadas na portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, Bloco III – atitudes sobre o preenchimento da ficha de notificação compulsória de doenças e agravos, e Bloco IV - conhecimentos sobre atendimento antirrábico humano.

Suas respostas serão mantidas em sigilo, utilizadas apenas para o desenvolvimento do estudo e não será publicado o nome ou qualquer dado que o (a) identifique. Sua participação é voluntária, podendo retirar-se da pesquisa, bem como, retirar o seu consentimento a qualquer tempo sem nenhum prejuízo. Não haverá nenhuma despesa para os participantes da pesquisa. Além disso, a não participação nesta pesquisa não influenciará no seu vínculo com o Sistema Único de Saúde.

Antecipamos riscos mínimos para o aceite em participar desta pesquisa. O entrevistado poderá se cansar ou se entediar ao responder às questões, além de poder sentir-se incomodado com algumas perguntas. Nestes casos, a entrevista poderá ser pausada, para que o participante descanse, e ou interrompida, se o respondente não se sentir à vontade e ou confortável em prosseguir com o estudo.

O presente estudo possui benefícios e a participação dos entrevistados é de extrema importância para o seu desenvolvimento. A realização da presente pesquisa contribuirá para a clareza, autenticidade e qualidade acerca de casos suspeitos ou confirmados de doenças ou agravos de interesse sanitário, desencadeando, com isso, respostas necessárias tanto no segmento de vigilância em saúde quanto na promoção, prevenção e assistência à saúde.

Os resultados poderão servir de base para publicações científicas referentes ao tema da pesquisa, fonte de outras pesquisas neste campo e base para avaliação e tomada de decisões de políticas públicas na área.

Este termo será confeccionado em duas vias de igual teor. A pesquisadora coloca-se disponível para qualquer esclarecimento ou dúvidas durante os encontros ou no telefone: (85 98652 2002). Em caso de maiores esclarecimentos, por gentileza entre em contato com a coordenadora desta pesquisa, Carla Manuela Rodrigues Nogueira, residente à Avenida Godofredo Maciel, nº 2640, bloco A, apto. 602, Bairro Maraponga – CEP 60710-684, telefone: (85 3035-5009).

O sujeito da pesquisa ou representante legal e o pesquisador responsável deverão da mesma forma rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apondo sua assinatura na última página do referido termo.

Caso o Sr (a) aceite em participar da pesquisa, por favor, preencha e assine o termo de consentimento pós-esclarecido que se segue.

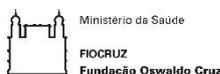
Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr (a) \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas, que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Declaro que estou ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e esclarecido (Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012) – Para os responsáveis técnicos locais das UAPS.



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCALRECIDO



**PESQUISA CIENTÍFICA:** A notificação compulsória de doenças ou agravos na atenção primária: o caso dos atendimentos antirrábicos no município de Fortaleza -CE.

**Pesquisador Responsável:** Carla Manuela Rodrigues Nogueira

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que irá analisar a prática da notificação compulsória de doenças ou agravos no âmbito das Unidades de Atenção Primária a Saúde do município de Fortaleza-CE, com ênfase nos atendimentos antirrábicos.

Ao participar desta pesquisa você será convidado a responder 19 questões semiestruturadas, que abordarão a dinâmica do fluxo de atendimento dos pacientes que sofreram agressões por animais potencialmente transmissores da raiva, desde o atendimento inicial do paciente dentro das UAPS de Fortaleza até o encerramento dos casos.

Suas respostas serão mantidas em sigilo, utilizadas apenas para o desenvolvimento do estudo e não será publicado o nome ou qualquer dado que o (a) identifique. Sua participação é voluntária, podendo retirar-se da pesquisa, bem como, retirar o seu consentimento a qualquer tempo sem nenhum prejuízo. Não haverá nenhuma despesa para os participantes da pesquisa. Além disso, a não participação nesta pesquisa não influenciará no seu vínculo com o Sistema Único de Saúde.

Antecipamos riscos mínimos para o aceite em participar desta pesquisa. O entrevistado poderá se cansar ou se entediar ao responder às questões, além de poder sentir-se incomodado com algumas perguntas. Nestes casos, a entrevista poderá ser pausada, para que o participante descanse, e ou interrompida, se o respondente não se sentir à vontade e ou confortável em prosseguir com o estudo.

O presente estudo possui benefícios e a participação dos entrevistados é de extrema importância para o seu desenvolvimento. A realização da presente pesquisa contribuirá para a clareza, autenticidade e qualidade acerca de casos suspeitos ou confirmados de doenças ou agravos de interesse sanitário, desencadeando, com isso, respostas necessárias tanto no segmento de vigilância em saúde quanto na promoção, prevenção e assistência à saúde.

Os resultados poderão servir de base para publicações científicas referentes ao tema da pesquisa, fonte de outras pesquisas neste campo e base para avaliação e tomada de decisões de políticas públicas na área.

Este termo será confeccionado em duas vias de igual teor. A pesquisadora coloca-se disponível para qualquer esclarecimento ou dúvidas durante os encontros ou no telefone: (85 98652 2002). Em caso de maiores esclarecimentos, por gentileza entre em contato com a coordenadora desta pesquisa, Carla Manuela Rodrigues Nogueira, residente à Avenida Godofredo Maciel, nº 2640, bloco A, apto. 602, Bairro Maraponga – CEP 60710-684, telefone: (85 3035-5009).

O sujeito da pesquisa ou representante legal e o pesquisador responsável deverão da mesma forma rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apondo sua assinatura na última página do referido termo.

Caso o Sr (a) aceite em participar da pesquisa por favor preencha e assinie o termo de consentimento pós-esclarecido que se segue.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr (a) \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas, que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Declaro que estou ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa

SECRETARIA DE SAÚDE DO  
ESTADO DO CEARÁ - SES/CE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS OU AGRAVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CASO DOS ATENDIMENTOS ANTIRRÁBICOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE.

**Pesquisador:** Carla Manuela Rodrigues Nogueira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50395015.3.0000.5051

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.361.767

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa a ser apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, tem como orientadora a Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer. METODOLOGIA: Estudo predominantemente quantitativo com aspectos qualitativos de coleta e análise de dados, sendo organizado em 4 etapas.

- Na primeira etapa da pesquisa, a população do estudo compreenderá todos os registros de notificação antirrábica existentes no banco de dados do SINAN, realizados pelas UAPS do município de Fortaleza no ano de 2014.

- Na segunda etapa da pesquisa, a população do estudo será composta pelos profissionais de saúde médicos e enfermeiros, de ambos os sexos, das UAPS de Fortaleza, que, de acordo com o guia de Vigilância em Saúde (Brasil, 2009a), são os responsáveis pelo preenchimento, de forma legível e completa, da ficha de notificação de atendimento antirrábico humano. Para o cálculo da amostra de profissionais para a segunda etapa, utilizou-se a amostragem aleatória simples, considerando um erro amostral de 5%, um nível de confiança de 95 % e uma probabilidade de ocorrência do desfecho em 50 %, em um universo de 373 médicos e 423 enfermeiros na ESF de

**Endereço:** AV. ALMIRANTE BARROSO, 600 - BLOCO E

**Bairro:** PRAIA DE IRACEMA **CEP:** 60.060-440

**UF:** CE **Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3488-2137

**E-mail:** cepsesa@saude.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 1.361.767

Fortaleza, chegando-se ao número de 190 médicos e 202 enfermeiros a serem pesquisados. O desenho da amostra selecionada será realizado também através do método aleatório simples, em que todos os indivíduos da amostra terão igual probabilidade de serem selecionados. Para isso, após apreciação e aprovação pelo comitê de ética institucional, será solicitado à SMS de Fortaleza-CE a relação nominal dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na ESF, a fim de se atribuir para cada elemento do universo amostral um número único e, em seguida, por meio de programas de computador, será realizada a seleção dos componentes da amostra.

- Na terceira etapa da pesquisa, a população será composta pelos responsáveis técnicos da vigilância epidemiológica de cada UAPS. Na ausência do responsável técnico local será incluída a participação do gestor da UAPS. Para essa etapa, a unidade de referência para o desenho amostral será a UAPS. Sabendo que existem 92 UAPS no município, serão entrevistados 92 técnicos locais da vigilância epidemiológica ou gestor. Para a última etapa da pesquisa, onde se realizará um grupo focal, a população será composta pelos responsáveis da vigilância epidemiológica das Regionais I, II, III, IV, V e VI (onde existem UAPS, totalizando 6 profissionais) e por dois representantes da célula de vigilância epidemiológica do município de Fortaleza-CE.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

GERAL:

Analisar a prática da notificação compulsória de doenças ou agravos no âmbito das UAPS do município de Fortaleza-CE, com ênfase nos atendimentos antirrábicos.

ESPECÍFICOS:

- Avaliar a completude das fichas de notificação de atendimento antirrábico humano;
- Verificar o fluxo organizacional da notificação compulsória de doenças dentro das UAPS;
- Avaliar os processos e o acompanhamento das notificações antirrábicas no município de Fortaleza-CE.
- Identificar o conhecimento e atitudes de profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação às notificações compulsórias de doenças e agravos, com destaque para o atendimento antirrábico humano;

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a pesquisadora os riscos mínimos serão que o entrevistado poderá se cansar ou se entediar ao responder as questões, além de poder sentir-se incomodado com algumas perguntas. Nestes casos, a entrevista poderá ser pausada, para que o participante descanse, e ou interrompida, se o respondente não se sentir à vontade e ou confortável em prosseguir com o

**Endereço:** AV. ALMIRANTE BARROSO, 600 - BLOCO E

**Bairro:** PRAIA DE IRACEMA

**CEP:** 60.060-440

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3488-2137

**E-mail:** cepsesa@saude.ce.gov.br

SECRETARIA DE SAÚDE DO  
ESTADO DO CEARÁ - SES/CE



Continuação do Parecer: 1.361.767

estudo. Quanto aos benefícios, estes serão assegurados, já que a realização da presente pesquisa contribuirá para a clareza, autenticidade e qualidade acerca de casos suspeitos ou confirmados de doenças ou agravos de interesse sanitário, desencadeando, com isso, respostas necessárias tanto no segmento de vigilância em saúde quanto na promoção, prevenção e assistência à saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto factível;

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos presentes e de acordo com a resolução 466/2012 da CONEP.

**Recomendações:**

Idicar no TCLE e aonde for necessário o endereço do CEP/SESA. Av. Almirante Barroso, 600 - BLOCO E - Praia de Iracema - Fortaleza - CE. Telefone: 85 3488 2137

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto adequado do ponto de vista ético e apto para execução

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Apresentar relatório final a este CEP/SESA após conclusão da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_560430.pdf	20/10/2015 10:29:39		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_anuência.pdf	20/10/2015 10:29:00	Carla Manuela Rodrigues Nogueira	Aceito
Outros	Outros.pdf	13/10/2015 15:20:51	Carla Manuela Rodrigues Nogueira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/10/2015 16:30:08	Carla Manuela Rodrigues Nogueira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	12/10/2015 16:26:28	Carla Manuela Rodrigues Nogueira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	12/10/2015 16:12:27	Carla Manuela Rodrigues Nogueira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** AV. ALMIRANTE BARROSO, 600 - BLOCO E  
**Bairro:** PRAIA DE IRACEMA **CEP:** 60.060-440  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3488-2137 **E-mail:** cepsesa@saude.ce.gov.br

SECRETARIA DE SAÚDE DO  
ESTADO DO CEARÁ - SES/CE



Continuação do Parecer: 1.361.767

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 10 de Dezembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**PAULO EGIDIO SANTOS FEITOSA**  
(Coordenador)

**Endereço:** AV. ALMIRANTE BARROSO, 600 - BLOCO E

**Bairro:** PRAIA DE IRACEMA

**CEP:** 60.060-440

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3488-2137

**E-mail:** [cepsesa@saude.ce.gov.br](mailto:cepsesa@saude.ce.gov.br)

# ANEXO B – Portaria 1.271 de 6 de junho de 2014

Nº 108, segunda-feira, 9 de junho de 2014

Diário Oficial da União - Seção 1

ISSN 1677-7042

67



Art. 4º O Estado beneficiado com recurso tratado por esta Portaria, será responsável pela contínua atualização das informações no SISMOB, no mínimo uma vez a cada 60 (sessenta) dias, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos, quais sejam:

- I - informações relativas ao estabelecimento, ao imóvel, ao projeto e à contratação; II
- informações relativas à execução física da obra, incluindo-se fotos; e III -
- informações relativas à conclusão da obra, incluindo-se fotos.

Parágrafo único. Na hipótese de inexistência de modificação das informações descritas neste artigo até 60 (sessenta) dias após a última inserção de dados, o ente federativo ainda assim fica obrigado a acessar o SISMOB para registro dessa atividade no próprio sistema informatizado.

Art. 5º Na hipótese de descumprimento dos prazos definidos no art. 3º, o ente federativo beneficiário estará sujeito:

- I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados; e
- II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado.

Art. 6º O monitoramento de que trata esta Portaria não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos, por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Art. 7º Fica estabelecido que o recurso de que trata esta Portaria, dada a natureza plurianual das obras em questão, apresentará efeitos orçamentários e financeiros inclusive em exercício(s) posterior(es), de acordo com os prazos previstos no art. 3º.

Parágrafo único. Tais recursos são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Bloco de Gestão do SUS componente II - Componente para Implementação de Ações e Serviços de Saúde - Programa de Trabalho 10.302.2015.20R4: Apoio à Implantação da Rede Cegonha. Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARTHUR CHIRO

ANEXO										
Nº	UF	MUNICÍPIO	IBGE	NOME ESTABELECIMENTO	CNES	CNPJ	Nº PROPOSTA	VALOR PROPOSTA	COMPO-NENTE	O B J E T O
PI	TERESINA	2 2 1 1 0 0		UNIDADE MISTA DE SAUDE PROFESSOR WALL FERRAZ CIAMCA	2727064	05522917000846	11 2 7 3 1 7 0 0 0 1 1 3 1 0 4	R\$ 89.741,95	UCINco	REFORMA
								R\$ 89.741,95		

**PORTARIA Nº 1.264, DE 6 DE JUNHO DE 2014**

Altera o Anexo 1 e 2 e exclui proposta do anexo 5 - Unidade Neonatal/ UCINco - (Ampliação) da Portaria nº 3.353/GM/MS, de 27 de dezembro de 2013.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º Os recursos federais destinados aos Municípios de Tocantinópolis (TO) e São Leopoldo(RS), referentes aos Investimentos para ampliação de: Ambiência dos Serviços que Realizam Partos e Casas da Gestante Bebê e Puérpera-CGBP da Portaria nº 3.353/GM/MS, de 13 de dezembro de 2013, previstos nos Anexos 1 (Ambiência - Ampliação) e 2 (Casa da Gestante Bebê e Puérpera-CGBP - Ampliação), da Portaria nº 3.353/GM/MS, de 13 de dezembro de 2013, passam a vigorar na forma do Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Fica excluída, do anexo 5 - Unidade Neonatal / UCINco - (Ampliação) da Portaria nº 3.353/GM/MS, de 27 de dezembro de 2013, a seguinte proposta:

Nº	UF	MUNICÍPIO	IBGE	NOME ESTABELECIMENTO	CNES	CNPJ	Nº PROPOSTA	VALOR PROPOSTA	VALOR 1º PARCELA	O B J E T O
4	RS	NOVO HAMBURGO	431340	FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO FSNH	2232146	11 4 1 6 0 3 6 0 0 0 1 7 7	11 4 1 6 0 3 6 0 0 0 1 1 3 0 1 7	R\$ 265.060,00	R\$ 265.060,00	AMPLIAÇÃO

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARTHUR CHIRO

ANEXO										
Nº	UF	MUNICÍPIO	IBGE	NOME ESTABELECIMENTO	CNES	CNPJ	Nº PROPOSTA	VALOR PROPOSTA	VALOR 1º PARCELA	O B J E T O
24	TO	TOCANINÓPOLIS	172120	HOSPITAL MUNICIPAL JOSE SABOIA TOCANTINOPOLIS	2370344	11 2 6 6 9 9 3 0 0 0 1 6 4	11 2 6 6 9 9 3 0 0 0 1 1 3 0 1 5	R\$ 134.175,00	R\$ 26.835,00	AMPLIAÇÃO

Nº	UF	MUNICÍPIO	IBGE	NOME ESTABELECIMENTO	CNES	CNPJ	Nº PROPOSTA	VALOR PROPOSTA	VALOR 1º PARCELA	O B J E T O
26	RS	SÃO LEOPOLDO	431870	HOSPITAL CENTENARIO	2232022	12625868000166	1 2 6 2 5 8 6 8 0 0 0 1 1 3 0 0 9	R\$ 447.750,00	R\$ 89.550,00	AMPLIAÇÃO

**PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014**

Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e considerando a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

Considerando o art. 10, incisos VI a IX, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências; Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, alterada pela Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que determina a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso às informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, publicado no Diário do Senado Federal em 13 de março de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS); e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), resolve: CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Esta Portaria define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo.

Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública;

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html> ,

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de

Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.



V - evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravamento de causa desconhecida, alteração no padrão clínico-epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes;

VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

VII - notificação compulsória imediata (NCT): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

pelo código 00012014060900067

VIII - notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificada nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e

X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

#### CAPÍTULO II

##### DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

§ 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

§ 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no anexo.

Art. 5º A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória.

Parágrafo único. No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 6º A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

#### CAPÍTULO III

##### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 7º As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória que estejam sob sua responsabilidade.

Art. 8º As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

Art. 9º A SVS/MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória.

Art. 10. A SVS/MS publicará normas técnicas complementares relativas aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde e demais diretrizes técnicas para o cumprimento e operacionalização desta Portaria, no prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da sua publicação.

Art. 11. A relação das doenças e agravos monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde. Art. 12. A relação das epizootias e suas diretrizes de notificação constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 14. Fica revogada a Portaria nº 104/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, nº 18, Seção 1, do dia seguinte, p. 37.

ARTHUR CHIRO

#### ANEXO

Lista Nacional de Notificação Compulsória

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (≤ 24 horas) para*			Semanal†
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
8	Difteria			X	
9	Doença de Chagas Aguda		X	X	
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica		X	X	
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Variola	X	X	X	



46	a. Violência: doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência: sexual e tentativa de suicídio		X		

\*Informação adicional:

Notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS;

Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde)

A notificação imediata no Distrito Federal é equivalente à SMS.

Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2008, alterada pela Resolução Normativa nº 252, de 28

de abril de 2011, observadas as seguintes especificidades:

I - a portabilidade especial de carências pode ser exercida por todos os beneficiários da operadora, independentemente do tipo de contratação e da data de assinatura dos contratos;

II - o beneficiário que esteja cumprindo carência ou cobertura parcial temporária na CONMED São Luís pode exercer a portabilidade especial de carências sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes;

III - o beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

IV - o beneficiário que tenha 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.

§ 1º Não se aplicam à portabilidade especial de carências tratada nesse artigo os requisitos previstos nos incisos I e II e o disposto nos §§ 2º, 3º e 4º do artigo 3º de Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009.

§ 2º Aplicam-se à portabilidade especial de carências os requisitos previstos nos incisos III, IV e V e o disposto no § 1º do artigo 3º da Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009.

§ 3º Serão consideradas, para fins de compatibilidade dos planos e como parâmetro de comercialização, as Notas Técnicas de Registro de Produto - NTRP, vigentes na data da publicação desta Resolução Operacional.

§ 4º Terá validade de 5 (cinco) dias o relatório que indica o plano de destino extraído do módulo "portabilidade especial" do Guia de Planos do site eletrônico da ANS na internet.

§ 5º A comprovação de cumprimento do requisito previsto no inciso I do artigo 3º da Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009, dar-se-á mediante a apresentação de cópia dos comprovantes de pagamento de pelo menos quatro boletos vencidos, referentes ao período dos últimos seis meses.

Art. 2º No caso de o boleto de pagamento englobar o pagamento de mais de um beneficiário de plano individual e/ou familiar, e sendo impossível a discriminação individualizada das contraprestações pecuniárias, considerar-se-á o valor global do boleto para efeito da compatibilidade de produtos da portabilidade extraordinária.

Art. 3º A partir da publicação desta Resolução Operacional, a operadora CONMED São Luís deverá enviar comunicado a todos os seus beneficiários, por qualquer meio que assegure a sua ciência, no prazo de 10 (dez) dias, informando a abertura de prazo para exercício da portabilidade especial de carências.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO  
Diretor-Presidente

**RETIFICAÇÃO**

Nas Decisões de 8 de abril de 2014, publicadas no DOU nº 70, em 11 de abril de 2014, Seção 1, página 62, referentes à extinção dos processos administrativos sancionadores que deram origem aos Termos de Compromisso de Ajuste de Conduta - TCACs: onde se lê: "

34	33902.091021/2005	UNIMED REGIONAL DE CRATEUS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA	356212	079/2009	080/2009 082/2009 079/2006 080/2006 081/2006 082/2006
----	-------------------	--	--------	----------	--

leia-se: "

34	33902.091021/2005	UNIMED REGIONAL DE CRATEUS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA	356212	079/2009	080/2009 081/2009 082/2009
----	-------------------	--	--------	----------	----------------------------------

**SECRETARIA EXECUTIVA**

**PORTARIA Nº 448, DE 6 DE JUNHO DE 2014**

Indefere realocação de projeto no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON).

A SECRETARIA-EXECUTIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE no uso das suas atribuições legais, e

Considerando a Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, que instituiu o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD);

Considerando o Decreto nº 7.988, de 17 de abril de 2013, que regulamentou os arts. 1º a 13 da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012;

Considerando a Portaria nº 875 do Ministério da Saúde, editada em 16 de maio de 2013, que estabeleceu as regras e os critérios para apresentação e aprovação de projetos no âmbito do PRONON e do PRONAS/PCD;

Considerando a Portaria nº 3.098 do Ministério da Saúde, de 16 de dezembro de 2013, que permite a realocação de projetos que não captaram cem por cento do valor aprovado;

Considerando a realocação do projeto feita pelas Secretarias competentes deste Ministério, resolve:

Art. 1º Esta Portaria indefere a realocação de projeto no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), nos seguintes termos:

INSTITUIÇÃO	Instituto Ideia fértil de Saúde Reprodutiva - Centro de Estudos em Genética e Reprodução Humana do ABC.
TÍTULO DO PROJETO	Preservação da Fertilidade em Pacientes com Diagnósticos de Câncer em Idade Reprodutiva
CNPJ	08.586.200/0001-80
S I P A R	25000.182641/2013-27

Art. 2º Torna sem efeito as informações relativas ao projeto publicadas na Portaria GAB/SE nº 1.038, de 09 de dezembro de 2013.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANA PAULA MENEZES

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR  
DIRETORIA COLEGIADA**

**RESOLUÇÃO OPERACIONAL - RO Nº 1.653, DE  
6 DE JUNHO DE 2014**

Dispõe sobre a concessão de portabilidade especial aos beneficiários da operadora CONMED São Luís - Convênios Médicos de Saúde Suplementar Ltda.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso VI do art. 6º e a alínea "c" do inciso II do art. 86, do Regimento Interno aprovado pela RN 197, de 16 de julho de 2009, na forma do disposto no art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, em reunião ordinária de 05 de junho de 2014, considerando as anormalidades econômico-financeiras e administrativas graves constantes do processo administrativo nº 33902.263701/2014-57, adotou a seguinte Resolução Operacional e eu, Diretor Presidente, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e III do art. 82 da RN nº 197, de 2009, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica concedido o prazo por até 60 (sessenta) dias para que os beneficiários da operadora CONMED São Luís Convênios Médicos de Saúde Suplementar Ltda., inscrita no CNPJ sob o nº 11.399.922/0001-30, registro ANS nº 41.748-3, exerçam a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão da escolha desses beneficiários, na forma prevista na

**DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO  
NÚCLEO NA BAHIA**

**DECISÃO DE 30 DE MAIO DE 2014**

O Chefe de Núcleo - NÚCLEO DA ANS BAHIA, no uso das atribuições que lhe foram delegadas através da Portaria nº 5953/2013 pelo Diretor de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e tendo em vista o disposto no inciso V do artigo II-A da RN 219/2010, e no parágrafo único do art. 22, no art. 15, inc. V c/c art. 25, todos da RN nº 48, de 19/09/2003, alterada pela RN nº 155, de 5/6/2007, vem por meio deste dar ciência às Operadoras, relacionadas no anexo, da decisão proferida em processos administrativos.

Número do Processo na ANS	Nome da Operadora	Número do Registro Provisório ANS	Número do CNPJ	Tipo de Infração (artigos infringidos pela Operadora)	Valor da Multa (R\$)
25772.001548/2007-41	COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ESTADO DA BAHIA - COELBA	388254	15.139.629/0001-94	Aplicar reajuste na contraprestação pecuniária em desacordo com o contrato. Art. 25 da Lei 9656/98 c/c art. 4º, XVII, da Lei 9961/00, com penalidade no art. 78 da RN 124/2006.	Inprocedência. Anulação do Af nº 27088.

pelo código 00012014060900069

# ANEXO C – Ficha de notificação raiva humana

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **RAIVA HUMANA**

Nº

**CASO SUSPEITO:** Todo paciente com quadro clínico sugestivo de encefalite rábica, com antecedentes ou não de exposição à infecção pelo vírus rábico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença <b>RAIVA HUMANA</b>		Código (CID10) A 8 2.9	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data dos Primeiros Sintomas			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica							
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe				
	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP			
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares do Caso							
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação					
	33 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Arranhão <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Contato Indireto							
	34 Localização 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço <input type="checkbox"/> Mãos <input type="checkbox"/> Pés <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros Superiores <input type="checkbox"/> Membros Inferiores							
	35 Ferimento <input type="checkbox"/>			36 Tipo de Ferimento 1 - Único 2 - Múltiplo 3 - Sem Ferimento 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Profundo <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Dilacerante				
	37 Data da Exposição		38 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Pré-Exposição <input type="checkbox"/> Pós-Exposição					
	39 Número de Doses Aplicadas				40 Data da Última Dose			
Atendimento	41 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívora 7 - Outra 9 - Ignorado		42 Animal Vacinado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	43 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			44 Data da Internação		45 UF		
	46 Município do Hospital		Código (IBGE)	47 Nome do Hospital		Código		
48 Principais Sinais/ Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aerofobia <input type="checkbox"/> Hidrofobia <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Paralisia <input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outro (s): _____								



# ANEXO D – Ficha de notificação de atendimento antirrábico humano

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO		Nº	
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual <b>HUMANO</b>			
	2 Agravado/doença	<b>ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO</b>	Código (CID10) W 64	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Atendimento	
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	<b>Dados Complementares do Caso</b>				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação				
	32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Contato Indireto <input type="checkbox"/> Arranhadura <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Outro				
	33 Localização 1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço <input type="checkbox"/> Mãos/Pés <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros Superiores <input type="checkbox"/> Membros Inferiores				
	34 Ferimento 1 - Único 2 - Múltiplo 3 - Sem ferimento 9 - Ignorado		35 Tipo de Ferimento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Profundo <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Dilacerante		
	36 Data da Exposição		37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Pré-Exposição <input type="checkbox"/> Pós-Exposição		
	38 Se Houve, quando foi concluído? 1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias		39 Nº de Doses Aplicadas		
	40 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívoro doméstico (especificar) 7 - Outra				
41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento 1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/ Desaparecido		42 Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato) 1 - Sim 2 - Não			
Tratamento Atual	43 Tratamento Indicado 1 - Pré Exposição 2 - Dispensa de Tratamento 3 - Observação do animal (se cão ou gato) 4 - Observação + Vacina 5 - Vacina 6 - Soro + Vacina 7 - Esquema de Reexposição				
	Vacina 44 Laboratório Produtor Vacina 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro Especificar)				
	45 Número do Lote		46 Data do Vencimento		



ANEXO E – Instrumento para preenchimento da ficha de atendimento antirrábico humano.

**ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO**  
**INSTRUMENTO PARA PREENCHIMENTO**  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET

**CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.  
**CAMPO ESSENCIAL** é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO CHAVE.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (0=Analfabeto; 1= 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2= 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3= 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4= Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5= Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6= Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7= Educação superior incompleta, 8= Educação superior completa, 9=Ignorado ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**
17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando residente no Brasil.

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.
19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL.**
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
31. Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
32. Informar o tipo de exposição (contato) ao vírus rábico. Assinalar em cada tipo de exposição se houve a ocorrência ou não. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
33. Identificar a localização da exposição (do ferimento ou da área de contato). Assinalar para cada local disponível se ocorreu à exposição ou não. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
34. Informar sobre o ferimento. Selecionar a opção pertinente quanto à quantidade.
35. tipo de ferimento (1= único, 2= múltiplo, 3= sem ferimento ou 9= ignorado). Selecionar a opção pertinente.
36. Anotar a data em que ocorreu a exposição. Ex: 09/12/2000.
37. Assinalar se houve tratamento anteriormente. Selecionar a opção pertinente. **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Informar o período do tratamento anterior. Assinalar a opção pertinente.
39. Informar o número total de doses de vacina anti-rábica recebidas no tratamento anterior.
40. Espécie (espécie de animal agressor). Selecionar a opção pertinente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
41. Condição do animal para fins de conduta de tratamento no momento da agressão ou outro tipo de exposição. Selecionar a opção pertinente.
42. Informar se o animal é passível de observação.
43. Informar o tipo de tratamento atualmente indicado. Selecionar a opção pertinente.
44. Informar o nome do laboratório produtor da vacina utilizada. Selecionar a opção pertinente. Em caso de "outro", especificar o laboratório.
45. Anotar o número do lote da vacina utilizada (item: vacina 1). Sendo utilizado mais de um lote, anotar o número do outro lote no item "vacina 2"
46. Anotar a data do vencimento do lote da vacina utilizada.
47. Anotar o dia e o mês da aplicação de cada dose, da vacina utilizada.
48. Informar a condição final do animal após observação. Selecionar a opção pertinente.
49. Informar se houve interrupção do tratamento indicado. Selecionar a opção pertinente.

50. Informar o motivo da interrupção do tratamento indicado. Selecionar a opção pertinente. Considerar como abandono, sempre que o paciente interromper o tratamento sem indicação e orientação da Unidade de Saúde que prescreveu o tratamento. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 49= 1. Se preenchido 1 ou 3, pular para campo 52.
51. Informar se a unidade de saúde procurou o paciente que abandonou o tratamento indicado, objetivando a continuidade do mesmo. Selecionar a opção pertinente.
52. Informar se o paciente apresentou algum tipo de reação adversa á vacina utilizada. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
53. Informar se foi indicado à aplicação de soro anti-rábico. Assinalar a opção pertinente.
54. Anotar o peso do paciente em kilogramas, se o soro anti-rábico foi indicado.
55. Anotar a quantidade de soro aplicada em (ml )e assinalar a opção pertinente ao tipo de soro anti-rábico humano aplicado.
56. Informar se houve infiltração de soro anti-rábico no local ou locais dos ferimentos. Selecionar a opção pertinente.
57. Informar o nome do laboratório produtor do soro anti-rábico utilizado. Selecionar a opção pertinente. Em caso de “outro”, especificar o laboratório.
58. Anotar o número da partida ou do lote do soro anti-rábico utilizado.
59. Informar se o paciente apresentou algum tipo de reação adversa ao soro utilizado. campo essencial
60. Informar a data do encerramento do caso. campo essencial

Observações: anotar a data e os resultados de laboratório, se tiverem sido enviadas peças para análises laboratoriais e outras informações que julgarem pertinentes.

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação

Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.