

# DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS: O que pensam os médicos

JOÃO DINIS

Centro de Saúde de Guimarães. Guimarães.

## RESUMO

**Objectivos:** Conhecer a opinião dos médicos de família sobre a declaração obrigatória de doenças transmissíveis (DODT) e analisar factores associados a uma boa atitude face à DODT.

**Métodos:** Estudo transversal analítico. População constituída pelos médicos com funções assistenciais, no total de 52. Aplicou-se um questionário de opinião, que incluía questões sobre utilidade da DODT, razões da subnotificação, actualidade da lista das doenças de declaração obrigatória, facilidade do preenchimento da DODT e auto-avaliação da atitude quanto ao preenchimento. Procedeu-se à análise da utilidade da DODT e da auto-avaliação do preenchimento em função dos anos pós-formatura, dimensão da lista de utentes, dedicação exclusiva e obtenção do grau de generalista.

**Resultados:** Para 96% dos inquiridos, a DODT tinha pelo menos alguma utilidade. 59% atribuíram a subnotificação ao excesso de trabalho / falta de tempo ou a falta de sensibilização para a notificação. 46% consideraram desactualizada a lista das doenças de declaração obrigatória. Para 38% não havia inconveniente na notificação múltipla e 54% consideraram notificar sempre ou quase sempre. Os médicos em dedicação exclusiva consideraram ter uma maior aderência à notificação ( $p < 0.05$ ) e os que consideraram notificar mais tinham listas com menor número de utentes ( $p < 0.05$ ).

**Conclusões:** A notificação foi considerada útil pela esmagadora maioria dos inquiridos. A subnotificação foi atribuída, pela maioria dos médicos, a condições difíceis de modificar. Na população estudada, os médicos em exclusividade de funções e com listas de utentes de menores dimensões apresentaram uma melhor atitude face à DODT.

## SUMMARY

### **Reporting Communicable Diseases: The Point of View of Portuguese Family Doctors**

**Objective:** To find out the opinion of family doctors concerning the statutory notification of communicable diseases (SNCD) and to analyse factors associated to a good attitude towards SNCD. Setting: Guimarães Health Centre, Guimarães.

**Methods:** Analytical cross-sectional study. Questionnaire survey. The 52 family doctors of the Health Centre were asked to express their opinion on some issues, including the utility of SNCD, reasons for the under-reporting of communicable diseases, up-to-dateness of the list of notifiable conditions, facility of filling in the notification form, and their own attitude towards notification. The variables *utility of SNCD* and *attitude towards notification* were then considered together with other variables (including postgraduate time, length of the family doctor's lists of patients, working in exclusivity, and how the degree of general practitioner is obtained).

**Results:** The SNCD was considered at least somewhat useful by 96% of the doctors. Thirty percent of the doctors considered excess work and/or lack of time as the main reason for under-reporting, and 29% it attributed to lack of sufficient motivation. The list of notifiable conditions was considered out dated by 46% of the doctors. Thirty eight percent of them considered the multiple notification of a case of disease not inconvenient and 54% stated that they had used it

to notify all or almost all of cases they knew. The doctors who worked exclusively as civil servants and who had smaller lists of patients seemed to have a greater compliance regarding notification ( $p < 0.05$ ).

Conclusions: The majority of doctors considered the notification useful. They attributed the under-reporting to some conditions that are difficult to change. In this population, the doctors who worked exclusively as civil servants and who had smaller lists of patients showed a more favourable attitude towards reporting notifiable conditions.

## INTRODUÇÃO

A vigilância atempada e precisa das doenças transmissíveis e de outras doenças é a base da saúde pública moderna<sup>1</sup>. Apesar das estatísticas relativas às doenças de declaração obrigatória (DDO) serem uma preciosa fonte de informação para a análise da morbilidade de um país e da lei exigir a notificação (no prazo de 48 horas) aos médicos, que no exercício da sua profissão tenham conhecimento ou suspeita de DDO (Decreto-Lei n.º 32171/42, de 29 de Julho), a subnotificação é um facto incontestável<sup>2,3,4,5</sup>. Esta dever-se-á, talvez ao desconhecimento da lei, ou porventura a desinteresse dos próprios médicos<sup>2</sup>.

A notificação baseia-se no diagnóstico clínico, com eventual confirmação laboratorial. Apesar da limitação devida à subnotificação, é uma fonte de informação importante e, tradicionalmente, a modalidade mais comum de vigilância epidemiológica. As limitações da notificação são, em grande medida, contrabalançadas pelo facto de se saber que o padrão de notificação, pelos médicos, se mantém relativamente constante de uns anos para os outros (na ausência de epidemias), tornando possível a comparação de incidências em épocas homólogas e a definição de tendências evolutivas - mesmo não se conhecendo exactamente os verdadeiros números de casos<sup>4</sup>.

A lista das DDO actualmente em vigor, foi aprovada pela Portaria n.º 766/86, de 26 de Dezembro e alterada, posteriormente, pelas Portarias n.º 148/87, de 4 de Março e n.º 40/93, de 11 de Janeiro.

O médico que faz o diagnóstico e procede à respectiva notificação é uma peça-chave dos programas de vigilância epidemiológica, sendo ele que propicia a entrada dos dados no sistema. Por isso, a sua competência, a sua consciencialização relativamente ao processo e o seu interesse pelo mesmo, são determinantes para o sucesso do sistema<sup>4</sup>.

Embora o fenómeno da subnotificação seja indubitável, não são conhecidos estudos que nos permitam inferir a taxa de notificação, a nível internacional. Em Portugal,

foi realizado um trabalho de avaliação da qualidade do sistema de notificação no distrito de Coimbra<sup>6</sup>, que permitiu determinar, em três centros de saúde, num hospital central e no Serviço de Tuberculose e Doenças Respiratórias (STDR) (para a tuberculose), as percentagens de notificação para três doenças: para a tuberculose, 0 a 40% nos centros de saúde, 15.4% no hospital central e 93.4% no STDR; para a hepatite B, 16.7 a 66.7% nos centros de saúde e 37.1% no hospital central; para a sífilis, 0% nos centros de saúde e 14.3% no hospital central.

Quanto aos motivos que influenciam a aderência dos médicos à notificação, têm sido também escassamente estudados a nível nacional e internacional. Após pesquisa bibliográfica com recurso às bases de dados Medline (1993 - Julho/97), Cochrane Library e às das seguintes instituições: Revista Portuguesa de Clínica Geral, Direcção Geral da Saúde (de 1989 em diante) e Escola Nacional de Saúde Pública (de 1990 em diante), foi encontrado apenas um trabalho<sup>7</sup> sobre este tema. Relativamente ao Centro de Saúde de Guimarães, não se conhecem estudos nesta área.

Havendo poucos estudos que expliquem a subnotificação, com este trabalho pretende dar-se um contributo para a compreensão deste fenómeno, contributo este que sirva de base à adopção de medidas tendentes a aumentar a percentagem de notificação.

Os objectivos deste trabalho foram: conhecer a opinião dos médicos de família sobre a declaração obrigatória de doenças transmissíveis (DODT) e analisar factores associados a uma boa atitude face à DODT, através da aplicação de um questionário de opinião.

## MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal e analítico.

A população do estudo foi constituída pelos médicos a exercer funções assistenciais no Centro de Saúde de Guimarães durante os meses de Julho e/ou Agosto de 1997.

Não tendo sido possível encontrar um instrumento de medida validado, foi criado um questionário para o

efeito. As variáveis estudadas foram as seguintes: idade, sexo, anos pós-formatura, dimensão da lista de utentes (número referido pelo inquirido), dedicação exclusiva (medida com resposta alternativa: sim / não), obtenção do grau de generalista (medida com resposta alternativa: internato complementar / formação específica em exercício / sem o grau), conhecimento da DODT (considerado sim quando já viu o impresso ou ouviu falar nele), utilidade da DODT (medida com escala ordinal: muita / alguma ou nenhuma utilidade), explicação da subnotificação (medida de forma mista: oito possibilidades de resposta fechada e uma aberta), actualidade da lista de DDO (medida com resposta alternativa sim / não e resposta aberta, se considerada não actualizada), facilidade do preenchimento da DODT (medida com escala ordinal: muito fácil / fácil / nem fácil nem difícil / difícil / muito difícil), competência do preenchimento da DODT (quem deve preencher: qualquer médico, o primeiro médico que diagnostica ou o médico de família / médico assistente), inconveniente da notificação múltipla (preenchimento de mais do que um impresso por cada caso; medido com escala ordinal: muito / pouco / nada inconveniente), proporção de casos notificados em relação aos casos conhecidos (utilizados, no seu cálculo, os valores referidos pelos inquiridos sem confirmação com outra fonte e respeitantes ao ano de 1996), auto-avaliação do preenchimento (medida com escala ordinal: preenche sempre / quase sempre / só às vezes / raramente).

Foi realizado um estudo piloto, com aplicação do questionário a uma amostra de conveniência (médicos exercendo funções em outros Centros de Saúde que não o de Guimarães) com uma dimensão de cerca de 10% da dimensão da população do estudo. A realização do teste piloto teve, como resultado, a introdução de algumas alterações no questionário de forma a melhorar a sua compreensibilidade.

O questionário foi entregue pessoalmente a cada um dos inquiridos, tendo o seu preenchimento sido realizado na mesma altura; nos casos em que tal não foi possível, a forma de proceder à recolha do questionário foi combinada individualmente.

Em relação ao tratamento dos dados, as respostas obtidas foram codificadas e registadas em base de dados - programa informático Epi Info 6 -; na análise dos resultados usou-se o mesmo programa informático. Aos resultados foram aplicadas técnicas de estatística descritiva (medidas de localização e de dispersão). Na análise utilizaram-se os testes de Qui quadrado e t de Student, tendo sido considerado um nível de significância  $p < 0.05$ . Como variáveis dependentes, representantes da ati-

tude face à DODT, foram usadas a utilidade da DODT e a auto-avaliação do preenchimento; como variáveis independentes foram usadas: anos pós-formatura, dimensão da lista de utentes, dedicação exclusiva e obtenção do grau de generalista.

## RESULTADOS

Foram inquiridos todos os médicos a exercer funções no Centro de Saúde de Guimarães, que se encontravam nas condições referidas na metodologia, num total de 52. A taxa de resposta foi, em termos globais, de 100%, embora se tenha verificado que cinco questionários não estavam completamente preenchidos.

Como se pode observar no Quadro I, a média das idades foi de 43.6 anos, 57.7% eram do sexo masculino, a dimensão média das listas de utentes foi de 1704.6, a maioria dos médicos não estavam em dedicação exclusiva e a grande maioria tinha obtido o grau de generalista através da formação específica em exercício.

Apenas um dos médicos respondeu "talvez" quanto ao

Quadro I - Descrição da População

		%
Idade		
$\mu \pm \sigma$	43.6 $\pm$ 6.3	
Max-Min	65 - 29	
Sexo		
Masculino	30	57.7
Masculino/Feminino	1.4	
Anos pós-formatura		
$\mu \pm \sigma$	18.4 $\pm$ 5.0	
Max-Min	5 - 33	
Dimensão da lista de utentes		
$\mu \pm \sigma$	1704.6 $\pm$ 351.2	
Max-Min	376 - 2200	
Dedicação exclusiva		
Sim	21	40.4
Não	31	59.6
Obtenção do grau de generalista		
Internato complementar	9	17.3
Formação específica em exercício	37	71.2
Sem o grau	6	11.5

$\mu$  - média,  $\sigma$  - desvio padrão, Max - máximo, Min - mínimo

conhecer a DODT; todos os restantes responderam afirmativamente.

Quanto à utilidade da notificação, a maioria dos médicos (58%) considerou a DODT muito útil; quatro por cento não lhe atribuíram qualquer utilidade.

Trinta por cento dos inquiridos atribuiu ao excesso de trabalho e/ou à falta de tempo (Figura 1) a maior responsabilidade na subnotificação; quase outros tantos médi-

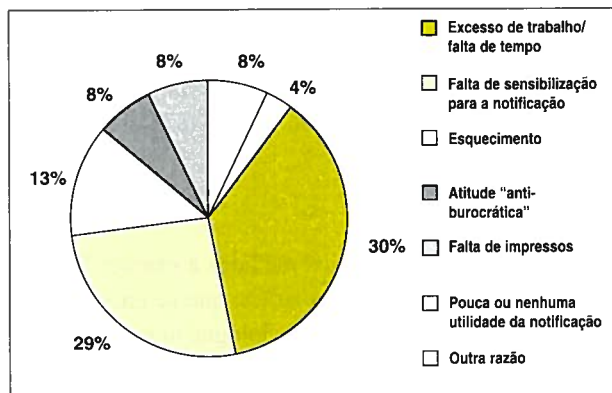


Fig. 1 - Explicação da subnotificação: a opinião dos médicos.

cos atribuíram o maior peso à falta de sensibilização para a notificação e oito por cento atribuíram-no à falta de impressos no local de trabalho.

Cinquenta por cento dos inquiridos consideraram actualizada a lista das DDO e 46% consideraram-na desactualizada. Destes, três sugeriram que fosse retirada a peste e dois a poliomielite aguda; para cada uma das doenças - lepra, parotidite epidémica, rubéola e triquiníase - houve um médico que sugeriu a sua retirada da lista. Deveriam ser incluídas na lista: a infecção pelo HIV e/ou SIDA - na opinião de 19 médicos (36.5%) - e os portadores são do vírus da hepatite B - na opinião de dois médicos; para cada uma das doenças - herpes genital, escabiose e outras infecções meningéas - houve um médico que sugeriu a sua inclusão na lista.

Metade dos inquiridos consideraram fácil o preenchimento da DODT (Figura 2) e quatro por cento consideraram-no difícil.

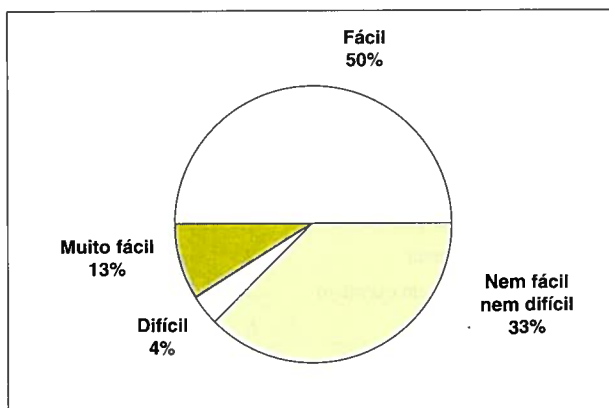


Fig. 2 - Facilidade do preenchimento da DODT.

Trinta e três por cento dos médicos reconheceram que a notificação competia a qualquer médico que tivesse conhecimento do diagnóstico, desde que este soubesse que ainda não fora realizada ou que desconhecesse se o já tinha sido. Cinquenta e cinco por cento dos inquiridos consideraram que a notificação era da competência do

primeiro médico que fizera o diagnóstico.

Dos inquiridos, 23% responderam como sendo muito inconveniente um caso ser notificado mais do que uma vez (Figura 3).

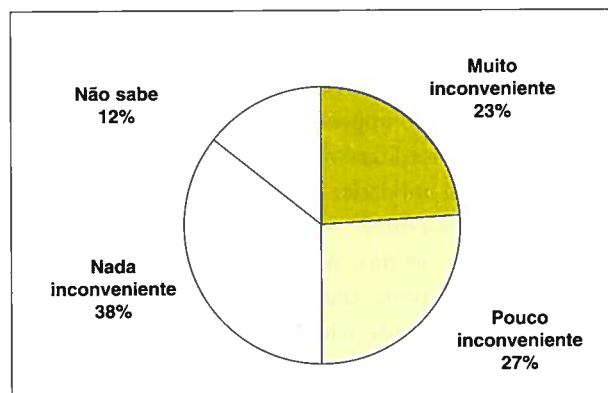


Fig. 3 - Inconveniente da notificação múltipla.

A proporção (em média) de casos notificados, em relação aos casos conhecidos, respeitante ao ano de 1996, foi de 51%.

Quando solicitados a fazer uma auto-avaliação da sua atitude em relação à notificação, 21% dos médicos consideraram preencher raramente a DODT ao terem conhecimento de um caso de DDO (Figura 4).

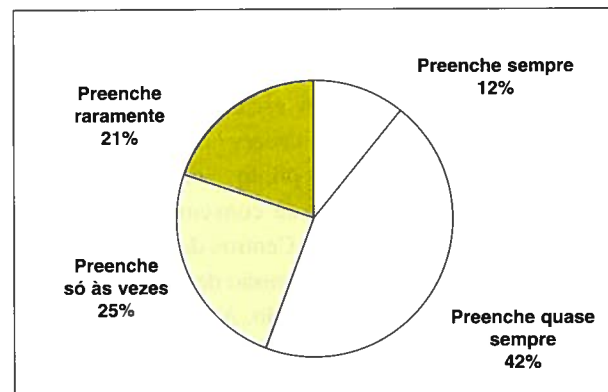


Fig. 4 - Auto-avaliação do preenchimento.

A proporção (em média) de casos notificados, em relação aos casos conhecidos, foi semelhante nos dois grupos de inquiridos que consideraram notificar sempre e quase sempre (75% e 74%, respectivamente); esta mesma proporção foi de 46% no grupo que considerou notificar só às vezes e de quatro por cento no grupo que considerou notificar raramente.

No que respeita à relação entre as características da população e a utilidade atribuída à DODT, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Ao analisar a relação entre as características da população e o resultado da auto-avaliação à atitude dos próprios frente à DODT, verificou-se que os médicos em dedicação exclusiva consideraram ter uma maior aderência

cia à notificação que os médicos que não estavam em dedicação exclusiva, sendo esta diferença estatisticamente significativa (teste do  $\chi^2$   $p < 0.05$ ) - força de associação relativamente forte ( $\phi = 0.5$ ). Os médicos que consideraram notificar sempre ou quase sempre tinham listas com menor número de utentes do que os que consideraram notificar só às vezes ou raramente, tendo, esta diferença, significado estatístico (teste t de Student  $p < 0.05$ ). Com as outras características da população estudadas (anos pós-formatura e obtenção do grau de generalista) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à auto-avaliação do preenchimento da DODT.

## DISCUSSÃO

Tendo o questionário, usado neste trabalho, sido criado para o efeito e não tendo sido validado, a sua validade é desconhecida, podendo daí advir uma determinada margem de erro. Além disso, um estudo de opinião não revela, necessariamente, a verdade acerca dos factos estudados, mas apenas um somatório de opiniões dos indivíduos inquiridos. São de admitir alguns vieses de informação, nomeadamente, no que respeita às respostas dependentes da evocação de alguns dados memorizados (casos notificados, casos conhecidos, auto-avaliação do preenchimento). Verificou-se, no entanto, uma concordância aparente entre as respostas à questão sobre a auto-avaliação do preenchimento e os valores encontrados para a proporção de casos notificados, em relação aos casos conhecidos.

Não surgiram problemas relevantes na aplicação do questionário, tendo havido, no geral, uma boa colaboração por parte dos inquiridos. Apesar de todas as possíveis limitações, este estudo permitiu conhecer alguns aspectos dum fenómeno ainda muito pouco estudado - a subnotificação.

Na população estudada verificou-se um predomínio dos médicos do sexo masculino, dos que não se encontravam em dedicação exclusiva e dos que tinham obtido o grau de generalista através da formação específica em exercício.

Em relação às opiniões emitidas tentando explicar a subnotificação, a maioria dos médicos atribuiu-a a condições difíceis de modificar (excesso de trabalho / falta de tempo, esquecimento, atitude *anti-burocrática*, atribuição de pouca ou nenhuma utilidade à notificação) e, apenas uma minoria, a uma situação de fácil resolução: a falta de impressos no local de trabalho.

Um pouco mais de um terço dos inquiridos considerou que a infecção pelo HIV e/ou SIDA deveria ser incluída na lista das DDO. Num estudo realizado em França<sup>8</sup>,

verificou-se que, o facto de o médico ter visto pelo menos um caso de determinada DDO, no ano precedente, influenciava, positivamente, a importância que atribuía à vigilância dessa doença.

Apenas uma minoria dos inquiridos (quatro por cento) considerou difícil o preenchimento da DODT. A maioria (55%) considerou que a notificação deveria ser realizada pelo primeiro médico que diagnosticasse o caso; no entanto, a lei portuguesa (Decreto-Lei n.º 32171/42 de 29 de Junho) atribui a competência da notificação da doença aos médicos que dela tomem conhecimento no exercício da sua profissão - independentemente de serem ou não os primeiros a tomar esse conhecimento.

Embora o tratamento dos dados constantes das DODT a nível da autoridade de saúde concelhia (tratamento manual) e regional (tratamento informático) detecte as notificações em duplicado, apenas cerca de um quinto dos inquiridos consideraram a notificação múltipla como não tendo qualquer inconveniente.

Apesar de apenas uma minoria dos inquiridos (quatro por cento) ter considerado que a DODT não tinha nenhuma utilidade, cerca de um quinto reconheceu só raramente a preencher.

A análise de factores associados a uma boa atitude face à DODT permitiu revelar que foram os médicos em dedicação exclusiva os que consideraram notificar mais e, ainda, que os que consideraram notificar mais tinham listas com menos utentes. Por outro lado, factores como o número de anos pós-formatura e a forma como obtiveram o grau de generalista não pareceram influenciar a atitude face à notificação.

Num estudo realizado na África do Sul<sup>7</sup>, a nível hospitalar, a notificação foi considerada útil por 87% dos inquiridos (96% neste estudo); entre as sugestões dadas pelos inquiridos, nesse estudo, para a melhoria do sistema de notificação figuravam: tornar os impressos mais acessíveis, enfatizar o tema da notificação na formação médica e motivar os médicos notificadores através do desenvolvimento da comunicação de retorno. A informação de retorno relevante, atempada e precisa favorece a manutenção do entusiasmo dos médicos notificadores e sem ela um sistema de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis não poderá considerar-se completo<sup>4,9</sup>.

Reconhece-se a necessidade de estudos ulteriores sobre este assunto, nomeadamente, sobre o efeito que terá, no fenómeno da subnotificação, a adopção de determinadas medidas, como por exemplo: aumentar a importância do tema da notificação na formação pré e pós-graduada; melhorar a informação de retorno aos notificadores, tor-

nando-a sistemática; promover a participação do delegado concelhio de saúde em reuniões de serviço, algumas vezes por ano, em que se discuta o tema da notificação e tornar os impressos facilmente acessíveis a todos os eventuais notificadores. Seria também de interesse a realização de estudos, do mesmo tipo, numa população hospitalar.

### AGRADECIMENTOS

A Alice Pinto e Carlos Daniel pelo apoio bibliográfico, a Miguel Melo pelo apoio técnico e aos médicos do Centro de Saúde de Guimarães por terem tornado possível este trabalho.

### BIBLIOGRAFIA

1. BUDNICK LD, BELL E: Disease reporting by physicians in New York City. *Bull N Y Acad Med* 1988; 64(5): 422-9.

2. MARTINS TA, MEIRINHO M: Doenças de declaração obrigatória - o impacto de um novo sistema de notificação. *Saúde em Números* 1988; 3(1):1-3.

3. GAYET S, BIENTZ M: Épidémiologie des maladies contagieuses. Méthodes de surveillance, déclaration, investigation d'une épidémie dans une collectivité et mesures préventives. *Rev Praticien* 1996; 46: 1527-39.

4. COELHO AM: A importância da vigilância epidemiológica no controle das doenças transmissíveis. *Rev Port Saúde Pública* 1994; 12(3): 5-14.

5. CASES MM, ROBLES JP: Infecciones frecuentes en atención primaria. In: Zurro AM, Pérez JFC. *Atención Primaria - Conceptos, organización y práctica clínica*. 3ª ed. Madrid: Mosby-Doyma Libros, S.A., 1994: 1005-31.

6. ALMEIDA JJ: Doenças de declaração obrigatória: avaliação da qualidade de utilização do sistema de notificação no distrito de Coimbra. Lisboa: ENSP, 1993.

7. KARIM SSA, DILRAJ A: Reasons for under-reporting of notifiable conditions. *S Afr Med J* 1996; 86(7): 834-6.

8. MENARES J, LETRAIT S, VALLERON AJ: Attitude de médecins généralistes français face à la surveillance des maladies transmissibles. *Rev Epidémiol Santé Public* 1988; 36: 50-8.

9. DURRHEIM DN, KNIGHT S: Notification - completing the cycle. *S Afr Med J* 1996; 86(11): 1434-5.



Hospital Geral de Santo António