

Caracterização das notificações na Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Distrito Federal: participação de Unidades de Pronto Atendimento e hospitais privados, 2023–2024

Characterization of notifications in the Hospital Epidemiological Surveillance Network of the Federal District: participation of Emergency Care Units and private hospitals, 2023–2024

Glaucia Talita Possolli , Ana Paula da Costa Pessoa Sasaki , Beatriz Vieira do Nascimento , Rosângela Maria Magalhães Ribeiro , Priscilleyne Ouverney Reis 

RESUMO

Objetivo: caracterizar o volume, o perfil epidemiológico e a qualidade das notificações de doenças e agravos de notificação compulsória segundo o tipo de estabelecimento notificador na Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Distrito Federal (Reveh-DF), no período de 2023 a 2024.

Métodos: estudo transversal com dados dos sistemas SINAN e SIVEP-Gripe. Avaliaram-se o volume de notificações, o perfil epidemiológico, a completude de variáveis e a oportunidade de digitação e encerramento dos casos. Testes qui-quadrado foram aplicados para comparações ($p < 0,05$).

Resultados: a Reveh-DF respondeu por 49,9% das notificações do Distrito Federal no biênio, sendo 34,6% provenientes das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 22,1% de hospitais privados. As UPAs apresentaram melhor completude da variável raça/cor e maior proporção de digitação oportuna. Os hospitais privados registraram a maior deterioração da completude de raça/cor na rede. A completude da informação sobre escolaridade foi considerada crítica em todos os estabelecimentos.

Considerações finais: o modelo ampliado da Reveh-DF mostrou-se capaz de incorporar serviços de urgência e o setor privado à vigilância epidemiológica, ampliando a capilaridade da rede.

Descritores: Vigilância Epidemiológica; Serviços Médicos de Emergência; Notificação de Doenças; Sistemas de Informação em Saúde; Vigilância em Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to characterize the volume, epidemiological profile, and quality of notifications of compulsory diseases and conditions according to the type of reporting facility within the Hospital Epidemiological Surveillance Network of the Federal District, Brazil (Reveh-DF), from 2023 to 2024.

Methods: a cross-sectional study using data from the Notifiable Health Conditions Information System (SINAN) and the Influenza Epidemiological Surveillance Information System (SIVEP-Gripe). Notification volume, epidemiological profile, variable completeness, and the timeliness of data entry and case closure were assessed. Chi-square tests were used for comparisons ($p < 0.05$).

Results: Reveh-DF accounted for 49.9% of all notifications in the Federal District during the two-year period, with 34.6% originating from Emergency Care Units (UPAs) and 22.1% from private hospitals. UPAs showed higher completeness for the race/skin color variable and a greater proportion of timely data entry. Private hospitals recorded the greatest deterioration in race/skin color completeness within the network. The completeness of education information was considered critical across all facilities.

Final considerations: the expanded Reveh-DF model proved capable of integrating emergency care services and the private sector into epidemiological surveillance, expanding the network's reach.

Keywords: Public Health Surveillance; Emergency Medical Services; Disease Notification; Health Information Systems.

INTRODUÇÃO

As redes de vigilância epidemiológica hospitalar constituem um componente estratégico dos sistemas de saúde para a detecção precoce de doenças, surtos e emergências em saúde pública¹. No Brasil, a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh), instituída em 2021, tradicionalmente é formada por estabelecimentos hospitalares públicos². A Renaveh é composta por Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) implantados em estabelecimentos estratégicos vinculados ao Ministério da Saúde, que atuam como unidades sentinela em seus territórios. Esses núcleos otimizam a detecção, a comunicação e a notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública².

O Distrito Federal (DF) apresenta características demográficas e epidemiológicas singulares no contexto brasileiro, refletidas na organização de seus sistemas de vigilância em saúde. Com uma população estimada de 2.982.818 habitantes em 2024³, o DF registra uma das maiores coberturas de planos de saúde privados do país, atingindo 31,78% da população em 2024, em comparação à média nacional de 24,23%⁴. Essa elevada cobertura do setor privado, somada à presença de 131 embaixadas⁵ e à condição de capital federal, configura um cenário epidemiológico complexo que demanda estratégias diferenciadas de vigilância em saúde. Assim, a não inclusão de hospitais da rede privada de saúde poderia comprometer a capacidade de detecção de eventos de interesse para a vigilância.

Dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Ampliada (PDAD-A) de 2024⁶ revelam que 55% dos moradores do DF utilizaram algum serviço de saúde nos últimos 12 meses, sendo que 95% realizaram consultas de prevenção (41,4% na rede privada, 46,8% na rede pública e 6,8% em ambas) e 53,4% necessitaram de atendimento de emergência (20% na rede privada, 24% na rede pública e 2,5% em ambas). Esses indicadores evidenciam a importância da articulação entre os setores público e privado na prestação de serviços de saúde no território.

Nesse contexto, a Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Distrito Federal (Reveh-DF), instituída em 2022 e regulamentada pela Portaria nº 118, de 02 de abril de 2025⁷, apresenta uma configuração inovadora ao in-

corporar não apenas hospitais privados, mas também as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em sua estrutura. Essa abordagem representa uma expansão estratégica da capacidade de detecção precoce de eventos de interesse epidemiológico. A inclusão dessas unidades constitui um avanço conceitual ao reconhecer seu papel como importantes portas de entrada do sistema de saúde para condições agudas de relevância epidemiológica.

Em 2025, a Reveh-DF integrou 63 estabelecimentos de saúde, distribuídos em 17 hospitais públicos, 29 hospitais privados, 4 hospitais militares e 13 UPAs, constituindo um modelo único no panorama nacional. Essa configuração ampliada busca expandir a cobertura geográfica e populacional da vigilância, aproveitando a distribuição territorial estratégica e a complementaridade assistencial dessas unidades.

A incorporação dos hospitais privados e das UPAs ao sistema de vigilância epidemiológica apresenta tanto oportunidades quanto desafios operacionais. Por um lado, amplia significativamente a cobertura geográfica e populacional da vigilância, especialmente considerando que uma parcela substancial da população do DF utiliza serviços privados de saúde. Por outro lado, implica complexidades adicionais relacionadas à padronização de processos, à integração de sistemas de informação, à capacitação de equipes e à articulação entre diferentes modelos de gestão.

O presente estudo tem como objetivo caracterizar o volume, o perfil epidemiológico e a qualidade das notificações de doenças e agravos de notificação compulsória, segundo o tipo de estabelecimento notificador, na Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Distrito Federal (Reveh-DF), no período de 2023 a 2024.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional descritivo, de corte transversal, com uso de dados secundários. O estudo foi realizado no Distrito Federal (DF), no período de janeiro de 2023 a dezembro de 2024.

Os dados sobre notificações de doenças e agravos de notificação compulsória foram obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Net e Online) e do Sistema de Informação da Vigilância

Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

Foram classificadas como unidades da Reveh-DF os 17 hospitais públicos, 13 UPAs, 29 hospitais privados e 4 hospitais militares. As “outras unidades” incluíram unidades de atenção primária à saúde, unidades de saúde mental, ambulatorios da atenção secundária (especializada), entre outros.

As variáveis analisadas foram organizadas em três grupos principais.

Indicadores de produção: o volume de notificações foi analisado por tipo de unidade notificadora e por período (2023 e 2024), permitindo comparar a participação relativa de cada segmento da rede ao longo do tempo. A distribuição temporal das notificações foi avaliada por semana epidemiológica (SE), possibilitando a identificação de tendências, sazonalidade e eventos com impacto expressivo no volume de registros, como a epidemia de dengue de 2024.

Perfil epidemiológico: analisou-se a distribuição das notificações segundo o tipo de agravo notificado, a faixa etária (menor de 15 anos, 15 a 19 anos, 20 a 59 anos, 60 anos ou mais), o sexo (feminino, masculino), a raça/cor (branca, preta, parda, amarela, indígena, ignorado), a situação de gestação (sim, não, não se aplica, ignorado) e a escolaridade. Essas variáveis foram examinadas de forma estratificada por tipo de estabelecimento notificador, com vistas a identificar diferenças no perfil das populações atendidas em cada segmento da rede. Os agravos analisados foram: dengue; síndrome respiratória aguda grave (SRAG), incluindo SRAG não especificada, por covid-19, por influenza e por outro vírus respiratório; atendimento antirrábico; acidente de trabalho grave; acidente por animais peçonhentos; lesão autoprovocada; violência, incluindo violência interpessoal, autoprovocada e sexual; intoxicação exógena; sífilis, incluindo sífilis em gestante e sífilis congênita; sífilis não especificada; acidente de trabalho com exposição a material biológico; LER/DORT; aids; chikungunya; tuberculose; hepatites virais; hanseníase; síndrome do corrimento uretral em homem; malária; e outras doenças e agravos de notificação compulsória (DAE). A distribuição dessas condições foi analisada de forma estratificada por tipo de estabelecimento notificador e por ano.

Indicadores de qualidade da vigilância: a completude dos campos dos registros foi avaliada

a partir da presença de informação nas variáveis sexo, raça/cor, bairro e escolaridade. Para a classificação da completude, utilizou-se a metodologia proposta por Romero e Cunha⁸: excelente ($\geq 95\%$ de preenchimento), bom (90 a 94,9%), regular (70 a 89,9%), ruim (50 a 69,9%) e muito ruim ($< 50\%$). Foram considerados como “não preenchidos” os campos em branco, ignorados ou com valores inválidos.

A oportunidade de digitação foi definida como a diferença entre a data de notificação e a data de digitação. Esse indicador foi expresso pelo percentual de notificações inseridas no sistema dentro do prazo recomendado de 24 horas, conforme preconizado pelo Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde⁹.

O encerramento oportuno foi definido como a diferença entre a data de digitação e a data de encerramento. O prazo de 60 dias para encerramento foi o estabelecido pelo Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde⁹. Esse indicador representou a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e envolveu as Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI), definidas na Portaria GM/MS nº 6.734/2025¹⁰ e complementadas pela Portaria do DF nº 508/2023¹¹, que ampliou o escopo das notificações imediatas para incluir tentativa de suicídio e violência sexual. Para esse indicador, foram excluídas as notificações de acidentes de trabalho, pois não possuem data de encerramento, e os atendimentos antirrábicos e os casos de rubéola congênita, pois são eventos encerrados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (NVEPI) do território, e não pelo NHE.

Para minimizar inconsistências, foram realizados procedimentos de validação, incluindo conferência de consistência temporal (datas de notificação, digitação e encerramento), verificação de códigos de estabelecimentos de saúde, exclusão de duplicidades quando identificadas e padronização de categorias de variáveis. O desenho descritivo transversal não permitiu estabelecer relações causais ou avaliar a sensibilidade do sistema de vigilância no sentido clássico, que requereria fontes externas de dados ou denominadores populacionais de casos esperados.

Utilizou-se análise descritiva com frequências absolutas e relativas. Aplicaram-se testes qui-quadrado para comparar distribuições entre tipos de estabelecimento, com

significância de $p < 0,05$. Os dados foram analisados utilizando o software R, versão 4.5.0¹², com o auxílio dos pacotes dplyr¹³, rio¹⁴, lubridate¹⁵ e readxl¹⁶, e a apresentação dos resultados incluiu tabelas descritivas.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Parecer Consubstanciado nº 91671825.8.0000.5553, em conformidade com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012¹⁷, nº 510, de 07 de abril de 2016¹⁸, e nº 674, de 6 de maio de 2022¹⁹.

RESULTADOS

No biênio 2023–2024, o DF registrou 532.323 notificações de DAE de notificação compulsória — 129.516 em 2023 e 402.807 em 2024. A Reveh-DF foi responsável por 76,4% (98.994) das notificações em 2023 e 38,3% (154.366) em 2024, totalizando 261.038 (49,9%) no período. A redução proporcional da participação da rede reflete o volume excepcional de notificações oriundas da atenção primária durante a epidemia de dengue de 2024, conforme observado na Figura 1 (Tabela S1).

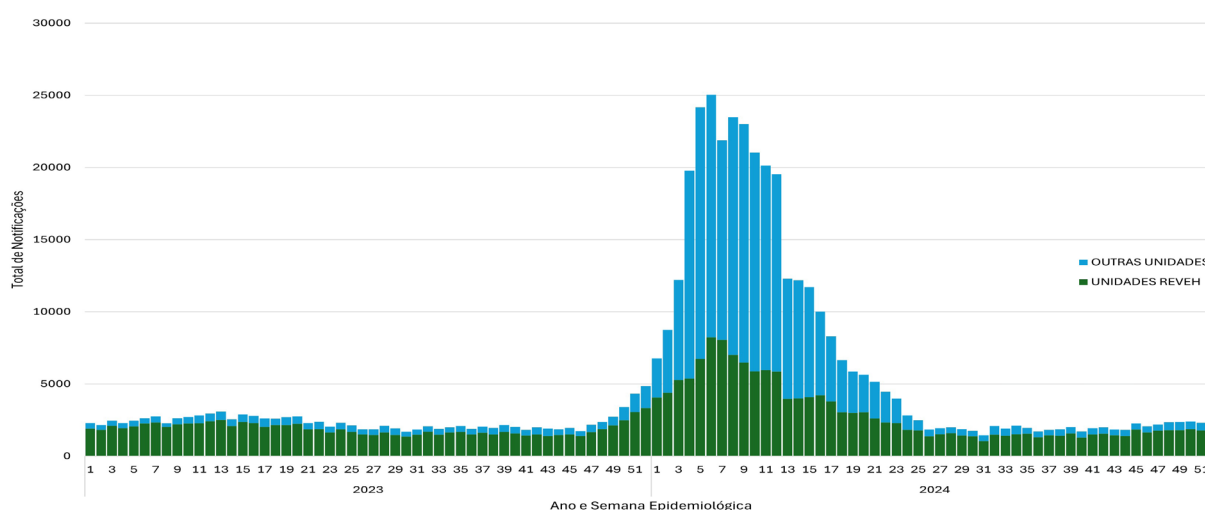
A distribuição das notificações por tipo de estabelecimento sofreu transformação expressiva entre os dois anos. Em 2023, hospitais públicos e UPAs responderam conjuntamente por 84,9% (85.394) das notificações da rede — 44,8% (44.985) e 40,1% (40.409),

respectivamente. Em 2024, essa participação recuou para 70,7% (113.489), reflexo direto da expansão do setor privado: os hospitais privados saltaram de 13,8% (13.932) para 27,3% (43.842) das notificações, um incremento absoluto de 214,7%. Os hospitais militares mantiveram participação discreta, mas também cresceram 118,8%, de 1.374 para 3.007 notificações. Esse crescimento do setor privado foi determinado, contudo, quase exclusivamente pela dengue: as notificações desse agravo passaram de 8.441 (60,6% do total do setor) para 39.369 (89,8%), respondendo por cerca de 71% do incremento absoluto do setor privado.

A caracterização sociodemográfica das notificações (Tabela S2) evidencia perfis distintos entre UPAs e hospitais privados. Ambos apresentaram predominância feminina, mais acentuada nas UPAs (59,5% em 2023; 58,5% em 2024) do que nos privados (57,9% e 53,0%). A distribuição etária diferiu de forma mais marcante: as UPAs concentraram adultos de 20 a 59 anos (72,4% em 2023; 67,0% em 2024), com baixíssima proporção de menores de 15 anos (3,6% e 7,0%), enquanto os hospitais privados apresentaram perfil intermediário, com redução da participação pediátrica de 17,2% para 12,6%, provavelmente associada à epidemia de dengue. O contraste mais relevante recaiu sobre raça/cor: as UPAs registraram a maior concentração de pessoas pardas da rede (79,2% e 82,8%), ao passo que os hospitais privados acumularam o

Figura 1

Número de notificações, por semana epidemiológica (SE), por tipo de estabelecimento, 2023-2024.



Nota: Os dados detalhados por semana epidemiológica, tipo de estabelecimento, tipo de agravo estão disponíveis nas Tabela S1, S2 e S3 (Material Suplementar).

maior percentual de raça/cor ignorada — 48,9% em 2023 e 59,3% em 2024 —, com piora de 10,4 pontos percentuais, o que compromete a utilidade desses dados para análises de equidade.

A análise da completitude (Tabela 1) revelou diferenças estatisticamente significativas entre os tipos de unidade para todas as variáveis, exceto sexo ($p < 0,001$ para raça/cor, bairro, gestante e escolaridade; $p = 0,234$ para sexo). As UPAs apresentaram o melhor desempenho para raça/cor, com melhora de 91,9% para 95,8% entre 2023 e 2024, classificando-se como excelente pelos critérios de Romero & Cunha (2007)⁸. Os hospitais privados, em sentido oposto, deterioraram de 51,1% para 40,7% — pior resultado da rede —, passando da classificação ruim para muito ruim. A variável bairro melhorou nos dois segmentos, mas os privados permaneceram abaixo da média da rede (61,7% versus 75,5% em 2024).

A escolaridade configurou o ponto crítico de toda a rede: hospitais privados pioraram de 17,2% para 11,1% (muito ruim em ambos os anos), enquanto as UPAs permaneceram em 4,5% e 8,5% — os piores valores absolutos. Os hospitais públicos destacaram-se com melhora consistente (36,9% para 41,0%), sendo o único segmento com classificação regular para essa variável.

O perfil de agravos (Tabela S3) reforça especializações funcionais entre os estabelecimentos. Excluída a dengue, as UPAs destacaram-se como principal porta de entrada para lesões autoprovocadas (3.282 em 2023; 2.718 em 2024) e intoxicações exógenas (3.811 e 3.328), refletindo sua função de urgência para eventos de saúde mental e exposições tóxicas. Os hospitais privados, por contraste, apresentaram participação expressiva em SRAG em 2023 (21,5%; 2.993), com queda acentuada em 2024 (5,0%; 2.173), possivelmente em razão de deslocamento diagnóstico pela dengue.

Tabela 1
Completitude das variáveis de notificação por tipo de unidade notificadora no DF, 2023 e 2024

				Completitude			
Tipo de Unidade Notificadora		Ano	Sexo (%)	Raça/cor (%)	Gestante (%)	Bairro (%)	Escolaridade (%)
Reveh-DF	Hospital militar	2023	99,9	63,3	38,5	62	37,6
		2024	100	69,8	36,6	78,1	23,7
	Hospital privado	2023	99,9	51,1	40,4	49,1	17,2
		2024	100	40,7	34	61,7	11,1
	Hospital público	2023	99,9	90,2	41,7	63,1	36,9
		2024	100	93,9	44,4	74,8	41
	UPA	2023	100	91,9	33,2	65,3	4,5
		2024	100	95,8	41,3	77,9	8,5
Outras*	2023	99,9	74,8	42,6	68,4	46,9	
	2024	100	71	41,4	77,6	29,9	
Total	2023	99,9	82,8	39,1	63,4	26,9	
	2024	100	74,3	41	75,5	26,9	
p-valor**			0,234	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

LEGENDA
* = Refere-se a unidades não vinculadas à Reveh-DF.
** = O p-valor refere-se ao teste qui-quadrado para comparação entre anos.
Fonte: SINAN e SIVEP-Gripe.

Violência, atendimento antirrábico e sífilis em gestante permaneceram concentrados nos hospitais públicos e em outras unidades notificadoras, com participação marginal do setor privado. Isso sinaliza que a notificação de agravos que demandam protocolos específicos ou atingem populações vulneráveis permanece concentrada nos hospitais públicos e em outras unidades notificadoras.

A oportunidade de digitação e encerramento das DNCI (Tabela 2) revelou trajetórias opostas entre UPAs e hospitais privados. Em 2023, as UPAs lideraram a digitação oportuna (99,1%), enquanto os privados registraram o menor índice da rede (83,5%). Em 2024, as UPAs sofreram a maior queda (-2,1 pp, para 97,0%), ao passo que os hospitais privados foram o único segmento a melhorar (+1,3 pp, para 84,8%), possivelmente favorecidos por menor sobrecarga relativa fora da dengue.

O mesmo padrão se repetiu no encerramento oportuno: em 2024, as UPAs registraram a maior queda da rede (-3,4 pp, para 91,7%), sendo ultrapassadas pelos hospitais privados (92,3%).

A deterioração dos indicadores de oportunidade nas UPAs em 2024 é consistente com a sobrecarga imposta pela epidemia e representa um ponto de atenção para a gestão da vigilância epidemiológica. Em todos os estabelecimentos e nos dois anos, o encerramento oportuno foi superior à digitação oportuna, indicando que atrasos iniciais no registro foram compensados pela finalização tempestiva das notificações.

DISCUSSÃO

A análise dos dois anos iniciais de implementação da Reveh-DF demonstra que a incorporação dos hospitais privados e das UPAs ampliou a capacidade de detecção e notificação do sistema de vigilância epidemiológica. O fato de as 13 UPAs serem responsáveis por 34,6% das notificações da rede, superando proporcionalmente os hospitais privados e os hospitais militares, evidencia o potencial dessas unidades como pontos estratégicos de vigilância.

Importante destacar que a elevada participação das UPAs refere-se ao volume absoluto de notificações.

A ausência de denominadores operacionais (como notificações por 1.000 atendimentos realizados) limita comparações de produtividade entre diferentes tipos de serviço, uma vez que UPAs, hospitais e atenção primária possuem volumes assistenciais muito distintos. Essa contribuição expressiva é ainda mais notável quando se considera que as UPAs representam apenas 20,6% dos estabelecimentos da rede, o que ressalta sua importância estratégica como porta de entrada para condições agudas no sistema de saúde.

Esses números superam os encontrados em estudos anteriores sobre vigilância epidemiológica hospitalar. Um estudo nacional²⁰ que avaliou a estratégia de vigilância epidemiológica hospitalar identificou que as notificações inseridas pela rede hospitalar no

Tabela 2
Oportunidade de digitação e de encerramento das Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI), por tipo de unidade notificadora, DF, 2023-2024

	Digitação oportuna		Encerramento oportuno	
	2023	2024	2023	2024
Unidades Reveh-DF	90,6	89,3	91,5	92,1
Hospital militar	85,8	84,3	96,3	96,5
Hospital privado	83,5	84,8	94,7	92,3
Hospital público	90,1	88,8	89,8	90,8
UPA	99,1	97	95,1	91,7

Fonte: SINAN e SIVEP-Gripe.

no Sinan representaram 9,7% do total geral de registros nacionais. De forma semelhante, outro estudo realizado em João Pessoa–PB²¹ demonstrou que as UPAs foram responsáveis por 4,5% das notificações no período analisado.

A expansão do setor privado, contudo, merece interpretação cuidadosa. O incremento de 214,7% no volume de notificações dos hospitais privados entre 2023 e 2024 foi determinado quase exclusivamente pela dengue, que respondeu por cerca de 71% desse crescimento absoluto.

Fora desse agravo, a diversidade notificatória do setor permaneceu restrita, com participação marginal em agravos como violência, sífilis em gestante e atendimento antirrábico — condições que requerem protocolos específicos de atendimento e que atingem predominantemente populações em situação de maior vulnerabilidade social⁹.

Esse padrão sugere que a incorporação estrutural do setor privado à vigilância epidemiológica ainda está em construção e que sua adesão plena a protocolos de notificação diversificados requer estratégias específicas de engajamento, capacitação e supervisão continuada.

Nesse contexto, a deterioração da completude de raça/cor nos hospitais privados — de 51,1% em 2023 para 40,7% em 2024, o pior desempenho da rede e com trajetória de piora — representa limitação relevante para análises de equidade em saúde.

A ausência dessa informação em quase 60% das notificações do setor privado em 2024 compromete a capacidade do sistema de vigilância de identificar desigualdades raciais na distribuição dos agravos, dimensão essencial para a formulação de políticas equitativas em um país com marcada estratificação social por raça/cor. Esse achado aponta para a necessidade de mecanismos específicos de supervisão e retroalimentação junto aos estabelecimentos privados da rede.

A experiência da Reveh-DF destaca-se pela inovação ao expandir o modelo tradicional dos NHE. A inclusão dos hospitais privados e das UPAs demonstra avanço na capacidade de detecção e resposta do sistema, permitindo maior capilaridade territorial e complementaridade na identificação de diferentes agra-

vos. Isso favorece a representatividade populacional no monitoramento epidemiológico.

O ano de 2024 foi marcado por epidemia de dengue no DF, com 329.135 notificações desse agravo (81,7% do total). Para além de representar um desafio operacional, esse evento constituiu um teste de estresse para a rede, revelando tanto sua capacidade de absorção quanto seus limites.

As UPAs, que lideravam os indicadores de oportunidade em 2023, registraram as maiores quedas da rede em digitação oportuna (-2,1 pp) e encerramento oportuno (-3,4 pp) em 2024 — padrão consistente com sobrecarga operacional.

Os hospitais privados, por contraste, mantiveram ou melhoraram levemente seus indicadores de oportunidade no mesmo período, possivelmente favorecidos por menor pressão assistencial relativa fora da dengue.

A consolidação desse modelo inovador requer o desenvolvimento de estratégias específicas para superar os desafios identificados, especialmente no que se refere à qualidade do preenchimento de algumas variáveis e à oportunidade da digitação.

Problemas relacionados à estrutura física, aos recursos humanos e à implantação oportuna de medidas de controle também são citados em outros estudos^{22–24}.

Portanto, comparações diretas entre 2023 e 2024 devem ser interpretadas com cautela, reconhecendo que 2024 representa um cenário epidemiológico atípico.

A composição ampliada e diversificada da rede, com 63 estabelecimentos de diferentes perfis institucionais, sugere um caminho para futuras políticas de vigilância em saúde no país.

A inclusão dos hospitais privados e das UPAs não representa apenas uma inovação quantitativa, mas também uma mudança qualitativa na concepção de redes de vigilância, reconhecendo a importância epidemiológica de estabelecimentos não hospitalares tradicionais. Os resultados observados no DF indicam que essa abordagem pode servir de modelo para outras unidades da Federação,

especialmente em regiões metropolitanas com arranjos assistenciais semelhantes. A coordenação da Reveh-DF tem desempenhado papel essencial no fortalecimento da vigilância epidemiológica hospitalar. A publicação de portarias e procedimentos operacionais padrão, além da oferta de treinamentos e oficinas, tem aprimorado a capacitação dos profissionais²⁵.

A implementação de um dashboard para consultas online de dados e a formalização de metas por meio dos Acordos de Gestão Local (AGL)²⁶ com hospitais públicos visam melhorar a completitude das variáveis.

A extensão dessas ferramentas de monitoramento e pactuação aos hospitais privados e às UPAs constitui passo necessário para a consolidação do modelo e para a redução das disparidades de qualidade observadas.

A experiência da Reveh-DF oferece lições importantes para o aperfeiçoamento dos sistemas de vigilância em saúde no país. Para os hospitais privados, recomenda-se a adoção de protocolos diferenciados de capacitação e de mecanismos de retroalimentação de dados, com ênfase na completitude de raça/cor e escolaridade, variáveis indispensáveis para análises de equidade.

A inclusão de cláusulas de qualidade de dados nos instrumentos de pactuação com o setor privado — nos moldes dos AGL aplicados aos hospitais públicos — pode ser estratégia efetiva para reduzir as disparidades observadas.

Para as UPAs, a prioridade recai sobre a sustentabilidade dos indicadores de oportunidade em contextos de alta demanda. A experiência de 2024 evidenciou que a sobrecarga epidêmica compromete processos de registro que funcionam bem em condições normais, apontando para a necessidade de planos de contingência específicos para vigilância em cenários de epidemia.

Para o sistema como um todo, recomenda-se a incorporação de denominadores operacionais — como notificações por mil atendimentos — para permitir comparações de desempenho mais equânimes entre estabelecimentos com perfis assistenciais distintos. Este estudo apresenta limitações inerentes ao uso de dados secundários, com possíveis inconsistências no preenchi-

mento das fichas de notificação e variabilidade na completitude entre diferentes unidades.

O desenho transversal não permite estabelecer relações causais nem avaliar a sensibilidade do sistema de vigilância no sentido técnico, que requereria fontes externas de dados ou denominadores populacionais de casos esperados.

Adicionalmente, a ausência de denominadores operacionais (como o número de atendimentos realizados) limita a comparação de desempenho entre tipos de estabelecimento com perfis assistenciais distintos.

O período analisado coincide com a epidemia de dengue de 2024, evento que influenciou tanto o volume quanto a qualidade das notificações, limitando generalizações para períodos de normalidade epidemiológica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reveh-DF, com seu modelo ampliado incluindo UPAs e hospitais privados, foi responsável por 49,9% das notificações do DF no biênio 2023-2024. O modelo apresenta potencial de replicabilidade em contextos com perfil assistencial semelhante, desde que acompanhado de investimentos adequados em capacitação, supervisão técnica e sistemas de informação integrados.

Recomenda-se que futuros estudos abordem análise de custo-efetividade da rede, avaliação qualitativa com profissionais das UPAs e hospitais privados sobre barreiras à notificação, e análise do impacto do modelo na detecção precoce de surtos e emergências em saúde pública, com especial atenção à capacidade de resposta em cenários de epidemia.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Possolli, GT, Sasaki, APCP, Nascimento, BV, Ribeiro, RMM e Reis, PO participaram da conceituação, metodologia, análise formal, investigação, redação – elaboração do manuscrito original.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.693, de 23 de julho de 2021. Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1693_26_07_2021.html
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021. Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população do Brasil e Unidades da Federação: 2000-2070 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>
4. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Beneficiários por UFs, regiões metropolitanas e capitais [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2025. Disponível em: https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def
5. Ministério das Relações Exteriores (BR). Embaixadas, consulados e missões de outros países no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério das Relações Exteriores. Disponível em: <https://www.gov.br/mre/pt-br/assuntos/Embaixadas-Consulados-Missoes/de-outros-paises-no-brasil>
6. Governo do Distrito Federal. Pesquisa distrital por amostra de domicílios ampliada (PDAD-A), 2024 [Internet]. Brasília (DF): Governo do Distrito Federal; 2024. Disponível em: https://pdad.ipe.df.gov.br/files/reports/Relatorio_DF090725.pdf
7. Governo do Distrito Federal. Portaria nº 118, de 02 de abril de 2025. Institui e organiza a Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Distrito Federal (REVEH-DF) [Internet]. Brasília (DF): GDF; 2025. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/268c32862d01433b8552ba14c22a1664/Portaria_118_02_04_2025.html
8. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. Cad Saude Publica [Internet]. 2007 mar;23(3):701-14. doi 10.1590/S0102-311X2007000300028
9. Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância em saúde. 6ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023.
10. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2025. Disponível em: <https://www.r-project.org/>
11. Wickham H, François R, Henry L, Müller K, Vaughan D. dplyr: a grammar of data manipulation [Internet]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2014. Disponível em: <https://cran.r-project.org/package=dplyr>

12. Chan CH, Leeper TJ, Becker J, Schoch D. rio: a Swiss-army knife for data file I/O [Internet]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2023. Disponível em: <https://cran.r-project.org/package=rio>
13. Grolemond G, Wickham H. Dates and times made easy with lubridate. J Stat Softw [Internet]. 2011 [citado 2025 set 1];40(3):1-25. Disponível em: <https://www.jstatsoft.org/v40/i03/>
14. Wickham H, Bryan J. readxl: read Excel files [Internet]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2015. Disponível em: <https://cran.r-project.org/package=readxl>
15. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília (DF): CNS; 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf>
16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 [Internet]. Brasília (DF): CNS; 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
17. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 674, de 6 de maio de 2022. Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no sistema CEP/Conep [Internet]. Brasília (DF): CNS; 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2022/res0674_06_07_2022.html
18. Ruy MB. Avaliação da estratégia nacional de vigilância epidemiológica hospitalar. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2017.
19. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 674, de 6 de maio de 2022. Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no sistema CEP/Conep [Internet]. Brasília (DF): CNS; 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2022/res0674_06_07_2022.html
20. Ruy MB. Avaliação da estratégia nacional de vigilância epidemiológica hospitalar. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2017.
21. Dantas DI, Freitas RF de, Batista D de A, Almeida RB de, Guerreiro JV. Contribuição do Núcleo de Vigilância Epidemiológica em uma Unidade de Pronto Atendimento para a Notificação Compulsória de Agravos. Rev Bras Cienc Saude. 2014;18(Supl 1):21-6.doi: 10.4034/RBCS.2014.18.s1.03
22. Escosteguy CC, Pereira AGL, Medronho RA. Três décadas de epidemiologia hospitalar e o desafio da integração da vigilância em saúde: reflexões a partir de um caso. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 out;22(10):3365-79. doi: 10.1590/1413-812320172210.17562017
23. Siqueira Filha NT, Vanderlei LCM, Mendes MFM. Avaliação do subsistema nacional de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar no estado de Pernambuco, Brasil. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2011 set;20(3):307-16. doi: 10.5123/S1679-49742011000300005
24. Lima CRC, Piva SGN, Almeida ES, Almeida VM, Vilas Boas JM. Núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica no Brasil: uma revisão integrativa da literatura científica. Rev Epidemiol Control Infect. 2019;9(2). doi: 10.17058/reci.v9i2.12379

25. Governo do Distrito Federal. Rede de vigilância epidemiológica hospitalar – REVEH [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Saúde do DF. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/reveh>
26. Governo do Distrito Federal. Acordo de gestão local (AGL) [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Saúde do DF. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/transparencia-e-prestacao-de-contas/acordo-de-gestao-local-agl/>