



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

Dissertação de Mestrado

**SUBNOTIFICAÇÃO DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO
COMPULSÓRIA NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Rubens Griep

Florianópolis
2003

Rubens Griep

**SUBNOTIFICAÇÃO DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO
COMPULSÓRIA NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Engenharia de Produção.

Orientador: Prof^o Dr. Alejandro Martins

Florianópolis
2003

Rubens Griep

**SUBNOTIFICAÇÃO DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO
COMPULSÓRIA NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Esta dissertação foi julgada adequada e aprovada na sua forma final para obtenção do título de **Mestre em Engenharia de Produção** no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Área de Concentração Psicologia das Organizações da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 20 de novembro de 2003.

Profº Dr. Edson Pacheco Paladini
Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA

Prof. Alejandro Martins
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientador

Prof. Dra. Blenda de Campos Rodrigues
Universidade Federal de Santa Catarina
Tutora de Orientação

Prof. Dra. Janae Martins
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dra. Sonia Maria Pereira
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos aqueles que acreditam que podemos construir um sistema de saúde com qualidade, resolutividade e acessível a toda população brasileira.

À minha família e amigos pelo apoio permanente.

A Deus, pela oportunidade de Desenvolver-me enquanto ser humano e cidadão.

Agradecimentos

À Universidade Federal de Santa Catarina.

À Coordenação de Pós-Graduação,

Pesquisa e Extensão da UNIPAN.

Ao orientador Alejandro Martins

À tutora de orientação Blenda de C. Rodrigues e

professora Janae G. Martins

pelo acompanhamento pontual e competente.

Aos professores do Curso de Pós-Graduação.

A todos os que direta ou indiretamente

contribuíram para a realização

desta pesquisa.

*Já faz tempo que escolhi
a luz que me abriu os olhos
para a dor dos deserdados
e os feridos de injustiça,
não me permite fechá-los
nunca mais enquanto viva.*

*Mesmo que de asco ou fadiga
me disponha a não ver mais,
ainda que o medo costure
os meus olhos, já não posso
deixar de ver: a verdade
me tocou, com sua lâmina de amor,
o centro do ser.*

*Não se trata de escolher
entre cegueira e traição.
Mas entre ver e fazer de conta
que nada vi,
ou dizer da dor que vejo
para ajudá-lo a ter fim,
já faz tempo que escolhi.*

Thiago de Mello

RESUMO

GRIEP, Rubens. **Subnotificação das Doenças de Notificação Compulsória no Contexto Hospitalar**. 2003. 122f. Dissertação Mestrado em Engenharia de Produção – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis/SC.

Pesquisa que aborda a questão das subnotificações das doenças de notificação compulsória no contexto hospitalar e suas interfaces com o Sistema de Informação em Saúde desenvolvido e implementado a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil em 1990. Procura identificar, através da análise histórica os principais elementos que fundamentaram a epidemiologia enquanto ciência, abordando aspectos desta como base para o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis no país, em específico, nas Instituições Hospitalares do município de Cascavel – Paraná. O foco de estudo recai sobre a seguinte questão: quais os fatores que contribuem e/ou determinam falhas no processo de notificação das doenças de notificação compulsória dentro do contexto hospitalar? Os resultados obtidos através da aplicação de um questionário aos responsáveis pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), demonstram a falta de preparo e conhecimento técnico destes e da equipe multiprofissional em relação a dinâmica e funcionamento do Serviço de Vigilância Epidemiológica e do Sistema de Informação em Saúde. Aponta para falhas decorrentes da influência exercida pelo caráter público e/ou privado das instituições e considera a possibilidade de falta de compromisso e responsabilidade de toda a equipe multiprofissional na manutenção do fluxo estabelecido pelo Sistema de Informação em Saúde. Apresentamos como proposta a adoção de ações educativas de forma contínua, através da implantação de um curso de Pós-Graduação em Vigilância Epidemiológica na modalidade de Ensino a Distância, objetivando o desenvolvimento de novas possibilidades para o processo ensino-aprendizagem, caracterizadas pela busca contínua de novos conhecimentos e pelo foco no aluno. A implantação de um Programa Permanente de Capacitação a nível local e municipal vem complementar a necessidade de formação e atualização, bem como oportunizar a discussão de casos e dados da realidade com o objetivo de adotar medidas conjuntas para o enfrentamento das situações epidemiológicas apresentadas.

Palavras-chave: Epidemiologia, Informação em Saúde, Subnotificação.

ABSTRACT

GRIEP, Rubens. **Sub notification of Compulsory Notification Diseases in the Hospital Context.** 2003. 122f. Production Engineering Master's Degree Dissertation – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis/SC.

This research approaches the question of sub notifications for compulsory notification diseases in the hospital context and its interfaces with the Health Information System developed and implemented from the institutionalization of the Sistema Único de Saúde (SUS) in Brazil, in 1990. Through a historical analysis, it tries to identify the main elements that served as basis for the epidemiology while being science, approaching its aspects as the basis for the development of epidemiological monitoring actions for contagious diseases in the country, specifically in the Hospital Institutions for the City of Cascavel – Paraná. The study focuses the following question: What are the factors that contribute and/or determine failures in the notification process of compulsory notification diseases in the hospital context? The results, which were obtained through a questionnaire presented to the personnel responsible for the Hospital Infection Control Service (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar -SCIH), show their lack of preparedness and technical knowledge, as well as the lack of preparedness and technical knowledge of the multi-professional team in relation to the dynamics and workings of the Epidemiology Monitoring Service and the Health Information System. It also points out the failures due to the influence exerted by public and/or private institutions, and considers the possibility of commitment and responsibility failures of all the multi-professional team in maintaining the flow established by the Health Information System. As a proposal, we present the adoption of continuous educational actions, by the implementation of an Epidemiological Monitoring Post-Graduate course through Long-Distance Teaching, aiming to develop new possibilities for the teaching-learning process, characterized by the continuous quest for new knowledge and by the focus on the student. The implementation of a local and municipal Capacitating Permanent Program will complement the necessity of graduation and updating, as well as give the opportunity for real case and data discussions aiming to adopt conjunct measures to cope with the presented epidemiological situations.

Key-words: Epidemiology, Health Information, Sub notification

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE TABELAS	12
LISTA DE QUADROS	13
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Introdução	14
1.2 O Problema	16
1.3 Hipóteses	17
1.3.1 Hipótese Básica	17
1.3.2 Hipóteses Secundárias	17
1.4 Justificativa	18
1.5 Objetivos	19
1.5.1. Objetivo Geral	19
1.5.2. Objetivos Específicos	19
1.6 Metodologia	19
1.7 Limitações	20
1.8 Estrutura do Trabalho	21
2 REVISÃO HISTÓRIA E CONCEITUAL DA EPIDEMIOLOGIA	23
2.1 Introdução	23
2.2 Contextualização	23
2.3 A Epidemiologia Social	27
2.4 Realidade no Brasil	29
2.5 Síntese do Capítulo	32
3 COMPREENDENDO O SISTEMA ATUAL	34
3.1 Introdução	34
3.2 Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica	34
3.3 Sistema de Informação em Saúde (SIS)	36
3.3.1 Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)	38
3.3.2 Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)	41
3.3.3 Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN)	43
3.3.3.1 Notificação Compulsória	46
3.3.3.1.1 Subnotificação	49
3.4 Funções da Vigilância Epidemiológica	51
3.5 Vigilância Epidemiológica no Contexto Hospitalar	53
3.6 Síntese do Capítulo	54
4 METODOLOGIA DA PESQUISA	56
4.1 Introdução	56
4.2 Levantamento Bibliográfico	56
4.3 Pesquisa de Campo	57
4.3.1 Definição do Universo da Pesquisa	58
4.3.2 Construção e Validação do Instrumento	58
4.3.3 Coleta de Dados	59
4.3.4 Tratamento do Material Coletado	60

4.4 Resultados e Discussão	61
4.5 Síntese do Capítulo	75
5 PROPOSTA DE AÇÃO	77
5.1 Introdução	77
5.2 Educação a Distância	77
5.3 Estratégia	79
5.4 Concepção Pedagógica	81
5.5 Os Objetivos	82
5.6 A Estrutura do Curso	83
5.6.1 Tecnologias Envolvidas	85
5.7 O Processo de Avaliação	86
5.8 Estratégia para Capacitação Permanente	88
5.9 Síntese do Capítulo	90
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	91
6.1 Considerações Finais	91
6.2 Recomendações	94
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE A – Questionário	101
ANEXO 1 – Portaria n.º 1.399	104
ANEXO 2 – Portaria n.º 993	112
ANEXO 3 – Portaria n.º 2.616	114
GLOSSÁRIO	122

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxo das Declarações de Óbito	40
Figura 2: Fluxo das Declarações de Nascidos Vivos	42
Figura 3: Fluxo de Formulários e de Informações do SINAN	44
Figura 4: Formação Profissional	62
Figura 5: Capacitação Teórica	62
Figura 6: Tempo de Formação	63
Figura 7: Tempo de Atividade	64
Figura 8: Formação Específica	64
Figura 9: Opção pelo Serviço	65
Figura 10: Caracterização da Instituição	66
Figura 11: Apoio Institucional	67
Figura 12: Importância Conferida ao Serviço	68
Figura 13: Problemas em Relação a Técnica	69
Figura 14: Conhecimento Equipe Interdisciplinar	70
Figura 15: Estrutura Organizacional do Serviço	71
Figura 16: Reconhecimento Institucional	72
Figura 17: Dificuldades Encontradas no SIS	74
Figura 18: Retroalimentação do SIS	74
Figura 19: Proposta de Organização Educação Continuada	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Série Histórica dos Principais Indicadores do Paraná	39
Tabela 2: Número de Óbitos Geral e Menor de 1 ano/2001	39
Tabela 3: Série Histórica de Nascidos Vivos no Paraná	41
Tabela 4: Número de Agravos Notificados e Confirmados Paraná/2000	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Características dos Sistemas de Informação em Saúde	38
Quadro 2: Objetivos e Carga Horária	83
Quadro 3: Módulos e Temas Trabalhados	85
Quadro 4: Processo de Avaliação	87
Quadro 5: Avaliação dos Núcleos	87
Quadro 6: Conceitos	88

1 INTRODUÇÃO

1.1 Introdução

O Controle de Endemias, da forma como foi recentemente implementado por intermédio da Portaria n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999 (Anexo 1), é mais um passo importante no processo de descentralização das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma nova estratégia para reduzir a até eliminar as doenças endêmicas do Brasil. As atividades e metas propostas visam fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, aumentando a capacidade de detectar precocemente fatores de risco à população, surtos e epidemias, assim como desencadear de forma tempestiva, as medidas adequadas para prevenir e controlar doenças e outros agravos, reduzindo danos e aumentando o nível de saúde da população (BRASIL, 1999a;2000a).

As atividades propostas pelo Ministério da Saúde visam fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, atribuindo aos níveis Federal, Estadual e Municipal, responsabilidades específicas para a coordenação e execução das ações inerentes ao controle de endemias, aqui se destacando aquelas relacionadas às ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação, bem como a investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas e a busca ativa e notificação dos casos de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados.

Para Mendes et al. (1998, p.137) “O processo de descentralização conseqüente à implantação do Sistema Único de Saúde tornou ainda mais evidente a necessidade de fortalecer a capacidade gerencial dos níveis municipal e/ou distrital de saúde”. A produção de informações é ferramenta essencial para a gestão e deve acompanhar o processo de descentralização, buscando garantir a compatibilidade entre os dados de diferentes níveis, possibilitando a agregação e desagregação, pelo menos daquelas informações entendidas como importantes para todos.

Segundo Di Villarosa (1993 p.13), “[...] dados atualizados, completos, de boa qualidade e uso fácil raramente são disponíveis, principalmente para as áreas mais

vulneráveis das grandes cidades brasileiras”. Muitas vezes os dados oficiais têm a tendência de excluir as camadas mais marginalizadas da população, além disso, essas áreas são geralmente caracterizadas por elevada heterogeneidade de condições de vida e de saúde. Um sistema de saúde orientado pela demanda que provém do território é um sistema complexo e é gerenciado através de processos de tomada de decisões igualmente complexos, de natureza gerencial, mais do que administrativa. Um sistema de saúde deste tipo, evidentemente, precisa de informações adequadas para seu funcionamento.

Para obter-se melhor aproveitamento das informações geradas, é preciso garantir a padronização e a qualidade dos mecanismos de coleta e processamento de dados, mantendo sua comparabilidade interna e externa ao Sistema Municipal de Saúde a que se referencia (MENDES, 1998 p.1).

Segundo Buss (1995), qualquer discussão sobre as condições de saúde no Brasil, padece de inúmeras dificuldades, dentre as quais a conceitualização de saúde, as deficiências dos indicadores comumente utilizados para medi-la e a precariedade das informações disponíveis sobre mortalidade e morbidade.

Estima-se em cerca de 20% o sub-registro de óbitos no Brasil e em quase 30% o sub-registro de nascimentos. Os dados sobre morbidade são ainda mais escassos e inconsistentes, reduzindo-se a informações sobre altas hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde/SUS (BUSS, 1995 p.66).

Numa compreensão mais ampliada sobre a determinação do processo saúde-doença, é importante que os profissionais da equipe de saúde tenham uma visão integrada dos problemas e dos recursos necessários ao seu enfrentamento. A programação em saúde deve constituir-se em um conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, utiliza como instrumentos de intervenção, ações que são articuladas para produzir um efeito sobre a saúde individual e coletiva. Neste sentido, a reorganização das práticas assistenciais no âmbito da saúde deve ser conduzida por uma vigilância epidemiológica organizada, capaz de produzir dados, gerar informações e conhecimentos (MENDES, 1996).

A epidemiologia, após inúmeras e intensas reformulações de ordem conceitual e ideológica, destaca-se no final do século XX como uma ciência que dispõe de um longo arsenal de recursos que a capacitam para identificar e entender aspectos relevantes da dinâmica das condições da saúde nas populações humanas. As mudanças seculares nos perfis epidemiológicos, bem como as diferenças destes entre as diferentes sociedades, têm-se apresentado como um problema de difícil explicação.

Existe consenso sobre a idéia de determinação multicausal das doenças, enquanto existem divergências sobre os fatores que têm maior poder de determinação no complexo multicausal; por qualquer que seja o conceito ou indicador social / econômico pelo qual se estratificam os indivíduos, observam-se grandes diferenciais na ocorrência de doenças e agravos. Diferentes aspectos do estilo de vida têm sido responsabilizados por doenças de diferentes origens e assim tentativas de mudar tais estilos através de medidas predominantemente educativas são apresentadas como solução (BRASIL, 1998a).

O Serviço de Vigilância Epidemiológica baseia-se em intervenções que objetivam a interrupção de elos conhecidos da cadeia epidemiológica de transmissão dos agentes causadores de doenças, através do estudo da distribuição e dos determinantes das doenças de elevada prevalência e a escolha deste assunto para este trabalho se dá devido a sua relevância no atual contexto da saúde pública do país. É de suma importância que todos os profissionais da área da saúde conheçam e contemplem sua estrutura organizacional para que possam contribuir significativamente para o controle e erradicação das inúmeras doenças transmissíveis existentes hoje em nossa meio; bem como assegurar que novas patologias sejam detectadas antes de se tornarem um risco em potencial à população.

1.2 O Problema

Para Fernandes et al. (2000), a notificação de eventos adversos à saúde, seja ela compulsória ou não, é necessária ao planejamento e à avaliação de medidas de prevenção e controle de doenças, à elaboração de esquemas terapêuticos apropriados e à identificação em tempo hábil de epidemias.

Apesar das notificações não oferecerem uma visão completa da ocorrência de determinado evento, nem sempre é essencial dispor do número total de casos para estabelecer medidas efetivas de controle, no entanto, a subnotificação de casos pode determinar conseqüências adversas quanto a eficácia das ações de controle de doenças sempre que “induzir distorções na tendência observada em sua incidência, na estimativa do risco atribuível para se contrair uma enfermidade, na

exatidão da avaliação do impacto das medidas de intervenção” (FERNANDES et al. 2000, p.1390).

A participação dos médicos e demais profissionais da saúde é um ponto crítico na qualidade da coleta de dados; portanto, o esclarecimento dessas equipes, salientando a importância das notificações de doenças para o aprimoramento dos serviços de assistência à saúde, deve ser prioritário nos programas de treinamento e formação de recursos humanos para esse campo de atividade (FERNANDES et al. 2000, p.1390).

Cientes da relevância desta discussão no contexto da organização dos sistemas e serviços de saúde em uma determinada região, estado ou país, elegemos como ponto central deste trabalho a seguinte questão: Quais os fatores que contribuem e/ou determinam falhas no processo de notificação das doenças de Notificação Compulsória dentro do contexto hospitalar?

1.3 Hipóteses

1.3.1 Hipótese Básica

Os altos índices de subnotificações das doenças de notificação compulsória resultam do desconhecimento por parte da equipe interdisciplinar de saúde dos mecanismos de ação da vigilância epidemiológica bem como da relevância do sistema de informação em saúde para o controle e erradicação de determinados grupos de doenças transmissíveis.

1.3.2 Hipóteses Secundárias

- a) O caráter público e/ou privado das Instituições de Saúde influencia de maneira decisiva na organização e funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), e tem como consequência o não cumprimento das legislações sanitárias que envolvem a notificação das doenças transmissíveis para seu efetivo controle e erradicação.
- b) Os altos índices de subnotificações observados decorrem da falta de compromisso e responsabilidade das equipes interdisciplinares que atuam nas Instituições de Saúde públicas e privadas do município de Cascavel - Paraná.

1.4 Justificativa

Nada pode ser feito em epidemiologia sem o uso de informação, e esta deve ser a mais atualizada, completa e fidedigna possível e depende do preenchimento dos instrumentos (fichas de notificação, declarações, boletins de atendimento, etc.), e da coleta e organização dos dados, de forma a permitir a análise dos mesmos, o que deve ser feito por técnicos com formação específica para este fim. Um sistema de informações subsidia o planejamento, as decisões e as ações dos gestores e não deve ser baseado em dados subjetivos, em conhecimentos ultrapassados ou em preconceitos (BRASIL, 1998a).

De maneira geral, entendemos subnotificação como a não notificação ou notificação incompleta dos casos de doenças transmissíveis diagnosticadas em um dado espaço de tempo a nível local e/ou regional, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde quando da implantação do Sistema único de Saúde em 1988. Segundo Campos (1997), o parcelamento de tarefas existentes nos serviços de saúde fez com que a prática clínica tenha criado um novo objeto de trabalho, diluindo-se o compromisso que o profissional teria com o restabelecimento do doente e com a proteção à comunidade.

Esse tipo de responsabilidade não é assumido, via de regra, pelos trabalhadores da saúde, nem que fosse apenas para informar as instâncias dos fatores mórbidos identificados, como quando se encaminha um caso complicado a outras instâncias do sistema (CAMPOS, 1997 p.190).

Sabe-se que a maioria das ações voltadas à prevenção de doenças transmissíveis como as campanhas e coberturas vacinais, bloqueios, programas de erradicação de doenças, entre outros, são delimitadas e estabelecidas a partir de dados resultantes do fluxo de informações existentes entre os diversos serviços de saúde de um município, estado e por fim, de todo país. É de suma importância que estes dados sejam os mais fidedignos possíveis para que não resultem em conseqüências desastrosas e/ou nulas, decorrentes da má delimitação de um perfil endêmico/epidêmico destas populações. Neste sentido, torna-se imprescindível que os profissionais da saúde conheçam o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e familiarizem-se com o atual Sistema de Informação em Saúde, concebido pelo Sistema Único de Saúde e vigente no país.

1.5 Objetivos

A motivação para realizar este trabalho parte da necessidade de considerar a informação em saúde como base do conhecimento epidemiológico e este, como fundamental para a tomada de decisão, articulação de ações pertinentes e para o planejamento em saúde, entendido aqui como uma proposta viável de inversão do modelo assistencial em saúde.

1.5.1 Objetivo Geral

Propor a implantação de um programa permanente de capacitação e reciclagem para os profissionais envolvidos no desencadeamento das ações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória no contexto hospitalar como uma estratégia para inversão do modelo de assistência em saúde.

1.5.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar aspectos históricos relevantes da Epidemiologia;
- b) Compreender o Serviço Nacional de Vigilância Epidemiológica e o Sistema de Informação em Saúde instituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- c) Identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência das subnotificações de doenças de Notificação Compulsória dentro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar em Instituições públicas e privadas no município de Cascavel - Paraná;
- d) Refletir sobre o papel do profissional da saúde e sua relação com a produção de informações relevantes ao controle de doenças transmissíveis.

1.6 Metodologia

A presente dissertação, constitui-se em uma pesquisa explicativa que visa identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência das

subnotificações das doenças de Notificação Compulsória dentro do contexto hospitalar.

Para tanto, a fundamentação teórica e conceitual da epidemiologia através de pesquisa bibliográfica e documental, bem como o levantamento de informações relacionadas ao perfil dos profissionais e das Instituições Hospitalares em que estes atuam através da aplicação de um questionário aos responsáveis pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do município de Cascavel – Paraná, respaldará a avaliação dos determinantes deste processo e possibilitará uma interpretação dinâmica da realidade das subnotificações, considerando-se que os fatos e hipóteses levantadas não podem ser analisados fora de um contexto social, político e econômico.

Estaremos utilizando como referencial teórico para a elaboração desta dissertação, a apostila de Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação de SILVA e MENEZES (2001), proposto pelo Laboratório de Ensino a Distância do curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

1.7 Limitações

Quando iniciamos nossas atividades de pesquisa pretendíamos trabalhar com o planejamento estratégico em saúde, por acreditar que a situação atual de saúde no país era conseqüência da falta de planejamento por parte dos responsáveis pelos Sistemas e Serviços de Saúde. Após a elaboração do projeto de pesquisa e concomitantemente ao início das leituras do referencial bibliográfico selecionado, percebemos que, mais grave do que não saber planejar é não reconhecer os dados presentes no cotidiano das organizações de saúde como informações relevantes e necessárias para o estabelecimento de políticas de saúde. Optamos então em aprofundar nossa análise e pudemos perceber o imenso vazio que se formava entre o nível tático e o operacional nos sistemas de saúde. Vazio este gerado pela inconstância das informações relativas as atividades desenvolvidas, bem como da notificação dos casos de doenças definidas como de notificação obrigatória no país.

A organização e elaboração desta dissertação, entendida aqui como o processo de levantamento e análise bibliográfica e documental, definição dos objetivos,

aplicação da pesquisa de campo e análise dos dados levantados, apresentou inúmeras dificuldades de ordem metodológica e de acesso a referencial bibliográfico específico e atualizado. Em relação a metodologia a ser utilizada, procuramos suprir as dificuldades técnicas com orientações e leituras complementares, já o acesso ao referencial teórico não obteve grandes avanços, uma vez que a maior parte das informações tiveram que ser extraídas de documentos oficiais do Ministério da Saúde, por ser este o proponente e normatizador do Sistema de Informação em Saúde no país.

Não temos a pretensão, no entanto, de esgotar o assunto e nem abordar todos os problemas relacionados ao Sistema de Informação em Saúde e suas interfaces como o serviço hospitalar. Temos ciência de que os resultados obtidos refletem somente a realidade do município de Cascavel-Paraná, e que, a aplicação da metodologia utilizada neste trabalho como subsídio para a análise desta temática por outros pesquisadores deverá seguir critérios regionais, considerando a característica do município a ser estudado.

1.8 Estrutura do Trabalho

No capítulo 1, como já foi visto, descrevemos a situação do problema definido como objeto de pesquisa, justificando a relevância deste no contexto geral da organização dos Sistemas e Serviços de Saúde, explicitando os objetivos que pretendemos alcançar com a elaboração desta dissertação.

Com base nesta proposta, procuraremos abordar no segundo capítulo desta dissertação, fatos e aspectos sócio – culturais que influenciaram significativamente na “lapidação” e constituição de epidemiologia enquanto ciência, determinando sua trajetória histórica de priscas eras até a atualidade.

No capítulo 3 estaremos apresentando de maneira sucinta, informações referentes a organização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Sistema de Informação em Saúde, com o objetivo de respaldar uma compreensão pormenorizada das funções da Vigilância Epidemiológica e de seus mecanismos de ação, bem como alertar prematuramente para possíveis falhas deste processo, caracterizadas aqui na figura das subnotificações que compreendem o objeto de estudo e reflexão desta dissertação.

No capítulo 4, procuraremos descrever os diversos momentos vivenciados na elaboração deste trabalho através da explicitação dos métodos científicos utilizados. Intencionamos com isto uma maior compreensão por parte do leitor das etapas progressivamente superadas que respaldaram a escolha do tema, o levantamento bibliográfico pertinente e a definição dos instrumentos específicos para a coleta de dados. Na apresentação e discussão dos dados coletados com a aplicação do questionário, procuraremos inter-relacionar as respostas e opiniões de cada profissional envolvido na pesquisa, objetivando com isto não só traçar um perfil destes, mas também, compreender a dinâmica do serviço e suas falhas, decorrentes das inter-relações existentes entre o profissional, a empresa e o sistema de informação vigente.

No capítulo 5 estaremos apresentando uma proposta para formação dos profissionais atuantes em vigilância epidemiológica para o município de Cascavel - Paraná, como estratégia viável para a efetivação do processo de notificação. Utilizaremos para tanto, recursos específicos dentro da proposta de educação a distância para facilitar o acesso dos profissionais envolvidos.

O sexto capítulo, reservado para as considerações finais, é um espaço de suma importância no qual, além de analisarmos todo o processo vivenciado na elaboração deste trabalho, faremos a exposição das considerações a que chegamos bem como o confronto destas com o que pensávamos no momento da escolha desta temática. Logo após, estaremos disponibilizando a bibliografia utilizada para a elaboração deste trabalho.

2 REVISÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL DA EPIDEMIOLOGIA

2.1 Introdução

Segundo Almeida Filho (apud FERNANDES et al. 2000, p. 1356) a “epidemiologia é palavra de origem grega e pode ser traduzida como ciência do que se abate sobre o povo”. Há muitas definições de Epidemiologia, que se modificam no decorrer da história dessa ciência ou de acordo com a corrente do pesquisador que a define. De maneira geral, a Epidemiologia estuda “o processo saúde-doença em coletividades humanas” (FERNANDES et al., 2000, p.1356).

Segundo Fernandes et al. (2000), conhecer os antecedentes históricos da Epidemiologia é fundamental para compreender seu desenvolvimento e espreitar seu futuro, particularmente no que se refere à contribuição dessa ciência ao conhecimento da natureza e das características dos agravos em saúde.

O principal objetivo deste capítulo é o de introduzir o leitor aos aspectos históricos de relevância para a compreensão do desenvolvimento da Epidemiologia, seus conceitos norteadores e a estruturação da vigilância epidemiológica em saúde pública no Brasil a partir da colonização.

2.2 Contextualização

As noções de higiene, segundo Sounis (1985), surgiram quando o homem, vivendo em comunidade, sentiu que este estreito relacionamento oferecia agravos à saúde, facilitando a disseminação de doenças. Apesar de ignorar as causas e os mecanismos de transmissão das doenças, consciente e inconsciente, procurou meios capazes de proteger a saúde e prevenir as doenças.

Dentro do empirismo que a ausência de conhecimentos sobre a medicina condicionava, o homem apegava-se aos princípios de higiene contidos no Evangelho que, como código moral, impunha maiores deveres para com a alma imortal do que com o corpo perecível (SOUNIS, 1985, p.15).

A decadência do Império Romano, a invasão da Europa pelos árabes, as guerras que se sucederam acompanhadas das grandes epidemias (nos séculos V e VI) e calamidades públicas, abriram caminho para uma nova era: o Renascimento.

Desde os tempos imemoriais até à Renascença, as doenças eram encaradas como maldições ou castigos divino. No Velho Testamento, referindo-se a lepra foi dito: “Roedora como é em fogo se queimará”. Os leprosos eram expulsos dos acampamentos. Nesse período da história coube, sobretudo aos monges, a prática da medicina. A Higiene (denominação utilizada para designar as práticas adotadas antes da Renascença para o combate de algumas doenças, através de medidas de higiene) se limitava ao isolamento e algumas práticas de magia e exorcismo, eram seguidas por uns e condenadas por outros. A concepção do contágio por meio de miasmas, criada na Grécia, perdurou por quase dois mil anos (SOUNIS, 1985).

Da Renascença até a segunda metade do século XIX segue-se o novo período. Desde que Girolomo Fracastorius em 1546, fixou as bases do contágio das doenças “contagium vivum”, estava aberto o caminho para a profilaxia das doenças contagiosas. Vesálio no século XVI, descreve de forma rudimentar o corpo humano, uma vez que poucos estudos foram realizados em cadáveres até este período da história. Em 1675, Van Leeuwenhoek, através de microscópios rudimentares, por ele inventado, conseguiu pela primeira vez visualizar algumas bactérias. Estava dado mais um grande passo na direção do conhecimento da etiologia das doenças transmissíveis, o que na realidade ocorreu quase dois séculos mais tarde. Na epidemia de sarampo ocorrida em Londres (1660 - 1664), essa doença foi individualizada. Já no século XVIII, medidas de prevenção contra epidemias foram tomadas como na eclosão da peste em Marselha (1720). Jenner, em 1798 na Inglaterra, descobre a vacina antivariólica, dando início a grande campanha de erradicação dessas doenças, o que ocorreu em 1977. Esse método de imunização eliminou de vez a antiga técnica chinesa de “variolização” através da introdução na cavidade nasal de pus dessecado de varioloso, que oferecia um grande risco. A pandemia da cólera que assolou Paris e outras capitais da Europa, em 1851, trouxe grande incremento à Higiene, suscitando medidas de caráter nacional e internacional para debelá-las (SOUNIS, 1985).

Numa grave epidemia na Inglaterra, em 1854, John Snow faz surpreendente revelação sobre a maneira de transmissão do vibrião colérico, através da água do abastecimento. A Epidemiologia, nascida da Higiene, já começa a constituir um corpo de doutrina através de métodos indutivos e dedutivos (CZERESNIA, 1994).

Ainda que seja possível buscar raízes da Epidemiologia em passado remoto, vários autores que tem contribuído para a construção da história da disciplina

ênfatizam o século XIX como o momento em que se estabeleceram suas bases. Nesse período, segundo Czeresnia (1994), como consequência da Revolução Industrial, as cidades cresciam e às condições de vida se agravavam. A grande massa da população vivia em ambientes pútridos e insalubres, de modo similar a condições encontradas hoje na maioria das cidades do Terceiro Mundo. O Estado tornava-se cada vez mais forte e ampliava sua atuação no cotidiano das pessoas. Os movimentos sociais e revolucionários buscavam soluções para as crises. É neste panorama que os estudos sobre as condições de saúde se intensificam como em nenhum outro período anterior.

Segundo Czeresnia (1994), o paradigma dominante no estudo das doenças era a teoria miasmática, pela qual as doenças provinham das emanações resultantes do acúmulo de dejetos. A maioria dos estudiosos das condições de saúde se alinhava a esta teoria. A possibilidade da existência do micróbio não era aceita pela maioria das mentes progressistas daquele tempo. Snow, nos estudos sobre o cólera, foi um dos poucos a defender a possibilidade de agentes vivos microscópios na gênese desta doença.

De acordo com Sounis (1985), o final do século XIX foi um período crítico para a evolução da Epidemiologia que, naquele momento, ainda era uma disciplina embrionária. Com a descoberta do microscópio e a definição de que agentes etiológicos eram a causa de doenças específicas, todo o conhecimento epidemiológico até ali acumulado sobre os fatores relacionados com a ocorrência das doenças e a sua determinação social sofreu um grande retrocesso. É necessário enfatizar que este é o momento da afirmação do Positivismo, o qual exerce influência sobre todos os setores da vida social. No plano científico, os trabalhos de Claude Bernard definem as bases da investigação experimental nas ciências biológicas, diminuindo a importância de disciplinas com predomínio observacional como a Epidemiologia. Neste cenário, consolida-se o conceito da unicausalidade – para cada doença em agente específico. As explicações multicausais não encontraram eco e a determinação social é totalmente rejeitada.

Para Baratta (2000), o modelo unicausal em pouco tempo se mostrará insuficiente para explicar um gama de novos conhecimentos que surgiram com a produção da ciência. Neste contexto, desenvolve-se a teoria ecológica de doenças infecciosas, na qual é fundamental a idéia de que a interação do agente com o hospedeiro ocorre em um ambiente composto de elementos de diversas ordens

(físicos, biológicos e sociais). Finda-se a era da unicausalidade, que seria suplantada pelas redes multicausais. Dentro deste novo sistema teórico, ocorreram um série de avanços importantes no tocante às doenças parasitárias, tais como febre amarela, a doença de chagas e a esquistossomose. Com a certeza de um agente causal e de variáveis relacionados à transmissão do agente, os modelos matemáticos têm seu desenvolvimento estimulado, chegando-se inclusive a um conjunto de formulações teóricas mais consistentes, denominando de patometria.

Os conhecimentos acumulados até então conduzem à cristalização do modelo ecológico multicausal. Neste período (1ª e 2ª guerra), ocorrem uma série de fatos relevantes para a maturidade metodológica da Epidemiologia. A criação da primeira cadeira desta disciplina na Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins nos Estados Unidos, em 1921, simboliza o início da sua afirmação no espaço acadêmico. Na Inglaterra, em diferentes universidades, são criados departamentos de Medicina Social, em geral, dirigidos por epidemiologistas, os quais terão influência marcante na criação do sistema nacional daquele país.

No plano científico, foi necessário reafirmar a importância da estratégia observacional no espaço aberto pelas insuficiências da alternativa experimental, incapaz de encontrar explicações para um sem – número de fenômenos científicos. Os inquéritos de morbidade passam a ser sistematicamente realizados e as bases dos estudos do coorte concebidas. Segundo Sounis (1985), a palavra coorte é usada para representar um grupo de pessoas que representa a população geral ou parte da mesma, sujeita a determinado risco.

No pós-guerra, a Epidemiologia passa por um processo de consolidação dos seus métodos e os principais desenhos de estudo (coorte e caso controle) são definitivamente constituídos. Os primeiros grandes estudos de coorte são realizados, possibilitando que suas técnicas sejam aprimoradas. Não havia dúvida de que este seria o método de escolha para o estudo das doenças crônicas, entretanto, os seus altos custos e a demora na obtenção dos seus resultados impulsionam o desenvolvimento e a consolidação de uma alternativa: os estudos de caso controle, que chamaram a atenção por sua simplicidade e pelo baixo custo. O progresso da estatística na questão da distribuição binomial, desde análises elementares de proporções até as regressões logísticas, ampliou consideravelmente as possibilidades de exploração e de análise dos dados epidemiológicos, com ênfase

no controle de variáveis intervenientes. Acontecia uma revolução em termo de potencial analítico disponível até então.

2.3 A Epidemiologia Social

O movimento da epidemiologia social representa uma tentativa de superar pelo menos quatro componentes da produção epidemiológica: o positivismo, o reducionismo, o indutivismo e o empirismo. A incorporação do materialismo dialético como marco teórico para explicar o processo saúde-doença tenta romper com a visão positivista, ultrapassando-se o simples registro das correlações observáveis entre os fatos para se buscar a origem dos processos que determinam o padrão desigual de distribuição da saúde e da doença nos grupos humanos. Do mesmo modo, quer-se superar o reducionismo e a fragmentação do real, presentes na abordagem dos múltiplos fatores de risco que, após serem identificados, não são reintegrados em um modelo explicativo coerente (BREILH, 1992).

A lógica dialética pressupõe a realização do ciclo indução-dedução para se obter qualquer conhecimento, negando, assim, a possibilidade de se restringir o pensamento aos princípios da indução ou dedução. O pensamento dialético é construído em um processo permanente de atualizações em que o concreto observado é transformado em concreto pensado. O conhecimento é visto como resultado de uma interação entre consciência ou razão e mundo, e não apenas como o reflexo fiel da realidade trazido à consciência pelos sentidos. Não há lugar, aqui, para a pretensa neutralidade do investigador (PINTO, 1979).

A epidemiologia social reconhece, como ponto de partida, que há necessidade de se buscar uma nova formulação do problema da causalidade ou da determinação do processo saúde-doença (LAURELL, 1989). Para Barata (2000) a reformulação do pensamento epidemiológico sob essa ótica passa por três fases. A primeira é a de denúncia e desmistificação das explicações naturalistas e naturalizadas das desigualdades sociais. Uma série de estudos são feitos com o objetivo principal de demonstrar a desigualdade e seus fundamentos na própria organização social. A segunda fase é a da construção metodológica, e a terceira, da maturação da investigação. A questão da causalidade é colocada na fase de construção metodológica.

No modelo multicausal, a realidade é fragmentada em um conjunto de fatores, reduzindo-se o social e o biológico a 'fatores de risco' em uma rede destituída de hierarquia. A abordagem epidemiológica tradicional isola os fatores, transforma os aspectos da vida social em fatos observáveis para permitir seu manejo empírico (reificação), e os reduz à condição de variáveis que podem assumir o estatuto de causas, enquanto as relações probabilísticas que vinculam essas 'causas' à doença assumem o estatuto de leis científicas (Barata, 2000).

Para Barata (2000), a epidemiologia tem que ultrapassar o plano dos fenômenos empíricos e ampliar a explicação de modo a situar as causas no movimento global da vida em sociedade. O padrão de desgaste e reprodução aí reinante determina os limites dentro dos quais a doença é gerada. Ele não se expressa em entidades patológicas específicas, mas sim num perfil patológico que inclui ampla gama de padecimentos.

[...] por processo saúde-doença da coletividade entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares à presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença (LAURELL, 1989, p. 54).

Desse modo, a epidemiologia social substitui o conceito de causalidade pelo conceito de determinação social do processo saúde-doença, buscando compreender a relação dialética entre os determinantes que atuam no plano geral de constituição da sociedade e os que atuam na dimensão singular dos perfis patológicos dos grupos humanos. Afirma a necessidade de se conhecer as leis históricas de produção e reprodução da organização social para se compreender os perfis de saúde-doença dos grupos sociais, bem como a necessidade de se conhecer como os processos biológicos originam fatos epidemiológicos desde a dimensão singular dos indivíduos (LAURELL, 1989).

O processo de investigação começa por desorganizar a estrutura significativa anterior, ao isolar os dados da experiência imediata, e caminha para a reestruturação de um novo significado. A passagem do concreto descritivo para o concreto racional implica a delimitação de uma região do real, a análise de propriedades e relações entre os elementos que compõem essa região, a identificação das propriedades essenciais dessas relações e o estabelecimento de princípios e leis.

Para Barata (2000), ao encarar as formas de adoecer e morrer como manifestações da produção e reprodução social, a epidemiologia social toma como conceitos analíticos básicos: processo de produção, com seu duplo aspecto de trabalho e valorização do capital; processo de trabalho com seus constituintes; desgaste entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva, corporal e psíquica, ocorrida na adaptação ao processo de trabalho; reprodução social com os momentos produtivo, distributivo e de consumo; formação social; estrutura de classes; perfil de reprodução das classes sociais e perfil epidemiológico de classe.

O movimento da epidemiologia social conseguiu superar, em parte, a escassez de teorização vigente na disciplina. Atualizou o seu compromisso ético e a temática da desigualdade social, mas enfrenta uma série de desafios de caráter metodológico que exigem tratamento mais adequado de problemas caracterizados pela complexidade, em uma perspectiva dialética.

2.4 Realidade no Brasil

As ações sobre as doenças transmissíveis em nosso meio datam do tempo do Brasil Colonial. A estratégia de controle utilizada na época baseava-se, fundamentalmente, no afastamento ou confinamento dos doentes. As ações de combate à hanseníase foram exemplares desse projeto interventivo: voltavam-se para o indivíduo doente e não para a prevenção da ocorrência da doença na população, extraindo-se os grupos de doentes do tecido social.

Mais tarde, as ações desenvolvidas contra a febre amarela, em fins do século XVII, em Pernambuco, inauguram uma nova prática, em que, ao lado das medidas voltadas para o indivíduo - como o isolamento – são organizadas ações que têm por objetivo destruir ou transformar tudo o que, no meio urbano, é considerado causa da doença.

Para evitar a propagação da doença aterram-se águas estagnadas, limpavam-se ruas e casas, criavam-se cemitérios, “purificava-se” o ar. No entanto, na medida em que se desconhecia o mecanismo de ação da doença, as ações eram desativadas tão logo apareciam alguns indícios de seu controle. As práticas de então, que estavam assentadas no projeto da Saúde Pública tinham caráter focal, cunho

emergencial e não se tocava na produção da vida social para tentar a superação dos problemas.

Somente a partir do século XIX é que começam a se estruturar ações fundamentadas no movimento da Medicina Social, desdobramento do pensamento europeu que tematizava a saúde da população como questão social. Assim, são dirigidas ações "para dificultar ou impedir o aparecimento da doença, lutando, ao nível de suas causas, contra tudo que na sociedade pode interferir no bem estar físico e moral" (SOUNIS, 1985).

Ao tomar a saúde como um problema da esfera da sociedade, o regime monárquico começa a se encarregar da saúde dos cidadãos. Com a chegada da Família Real ao Brasil, deu-se a incorporação de um determinado caráter de ação, denominado de Polícia Médica, que foi originário da Alemanha no Século XVIII. Essa concepção propunha a intervenção nas condições de vida e saúde da população, utilizando-se da vigilância para controlar o aparecimento de epidemias. Tratava-se de um controle-profilaxia no sentido de vigiar a cidade para impedir o alastramento das doenças, sem entretanto alterar as condições sociais.

Com a mudança da sede do governo português para o Brasil, a Colônia ganha importância econômica. Em consequência, abrem-se os portos para viabilizar a intensificação do comércio, o que exige a criação de várias instituições até então inexistentes, dando uma outra vida à antiga colônia que, em 1815, passa à condição de Reino Unido a Portugal e Algarve. As preocupações com a saúde da população e principalmente com a saúde da Corte, bem como a necessidade do saneamento dos portos, como estratégia para o desenvolvimento de relações mercantis, trouxeram uma nova organização e realização de práticas, buscando o controle das epidemias e das condições inadequadas do meio ambiente.

Na primeira metade da década de 60 consolidou-se, intencionalmente, uma conceituação mais abrangente de Vigilância Epidemiológica, em que eram explicitados seus propósitos, funções, atividades, sistemas e modalidades operacionais. Vigilância Epidemiológica foi, então, definida como o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes com o fim de recomendar oportunamente sobre suas bases firmes as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças (BRASIL, 1994).

No Brasil, esse conceito foi inicialmente utilizado em alguns programas de controle de doenças transmissíveis coordenadas pelo Ministério da Saúde, notadamente a Campanha de Erradicação da Varíola – CEV (1966-73). A experiência da CEV motivou a aplicação dos princípios de vigilância epidemiológica a outras doenças, baseado na rede de unidades permanentes de saúde e sob coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde. As informações de interesse deste sistema passaram a ser divulgadas regularmente pelo Ministério da Saúde, através de um boletim epidemiológico de circulação quinzenal. Tal processo propiciou o fortalecimento de bases técnicas que serviram mais tarde, para a implementação de programas nacionais de grande sucesso na área de imunizações notadamente a erradicação da transmissão autóctone de polivírus selvagens na região das Américas (BRASIL, 1994, p.11).

Em 1975, por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE através da Lei n.º 6.259/75 e do Decreto n.º 78.231/76 que incorporou o conjunto de doenças transmissíveis então consideradas de maior relevância sanitária do país (BRASIL, 1975;1976a).

Buscava-se, na ocasião, compatibilizar a operacionalização de estratégias de intervenção desenvolvidas para controlar doenças específicas, através de programas nacionais que eram então, escassamente interativos (BRASIL, 1994, p.12).

Neste momento, incluem-se os seguintes grupos de doenças no Serviço Nacional de Vigilância Epidemiológica:

- Doenças sujeitas ao Regulamento Sanitário Internacional (varíola, febre amarela, peste e cólera);
- Doenças vinculadas ao Programa Nacional de Imunização (poliomielite, sarampo, tétano, difteria, coqueluche, raiva, febre tifóide, e doenças meningocócicas);
- Doenças controláveis através de ações coordenadas por órgãos específicos do Ministério da Saúde (malária, hanseníase e tuberculose);
- Meningites em geral (como base de informações para vigilância de meningite meningocócica e tuberculosa).

A partir de então, a crescente complexidade organizacional e programática do setor saúde determinou a agregação progressiva de novas doenças ao sistema nacional e os sistemas estaduais tornaram-se mais diferenciados, refletindo as particularidades regionais.

A promulgação da Lei 8.080 que instituiu em 1990 o Sistema Único de Saúde – SUS teve importantes desdobramentos na área da vigilância epidemiológica. O texto legal manteve o Serviço Nacional de Vigilância Epidemiológica oficializando o conceito de vigilância epidemiológica como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores dominantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva com a finalidade de recomendar e adotar as

medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Embora de definição não modifique a essência da concepção até então adotada pelo Serviço Nacional de Vigilância Epidemiológica, ela faz parte de um contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro que prevê integralidade preventivo – assistencial das ações de saúde e a conseqüente eliminação da dicotomia tradicional entre essas duas áreas [...]. Além disso, um dos pilares do novo sistema de saúde passou a ser a descentralização de funções sob comando único em cada esfera do governo – federal, estadual e municipal – o que implica o direcionamento da atenção para as bases locais de operacionalização das atividades da vigilância epidemiológica no país (BRASIL, 1994, p.12).

2.5 Síntese do Capítulo

Segundo Fernandes et al. (2000), o termo vigilância tem sua utilização, em saúde pública, vinculada aos conceitos de isolamento e quarentena. Tais conceitos surgiram na Idade Média e consolidaram-se nos séculos XVII e XVIII, com o início do desenvolvimento do comércio e a proliferação dos centros urbanos. Estes fatos coincidiram com o desenvolvimento da microbiologia e das ciências afins, criando estímulo e condições para investigações no campo das doenças de maior importância em saúde pública.

Czeresnia et al. (1994), enfatiza o século XIX como o momento em que se estabeleceram as bases da epidemiologia, em decorrência da Revolução Industrial e a urbanização acelerada. Da teoria miasmática passamos ao final do século XIX para o modelo unicausal com a descoberta do microscópio e a definição de agentes etiológicos como causa de doenças específicas; modelo este que também se mostrará insuficiente, sendo substituído no início do século XX pelo modelo ecológico multicausal, que reconhece o agente causal e variáveis relacionados à transmissão deste agente.

Todos estes modelos e a evolução da estatística no período pós-guerra levam a consolidação dos métodos e os principais desenhos de estudos da epidemiologia. A partir deste momento define-se no Brasil a Vigilância Epidemiológica como o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes com o fim de recomendar oportunamente sobre suas bases firmes as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças (BRASIL, 1994).

A evolução da epidemiologia enquanto ciência bem como a estruturação do Serviço Nacional de Vigilância Epidemiológica, descritos neste capítulo servem de base para a compreensão do sistema atual que envolve as três esferas do governo (federal, estadual e municipal), com a definição do fluxo de informações em saúde e das atividades e responsabilidades específicas de cada nível, tratadas no terceiro capítulo desta dissertação.

3 COMPREENENDO O SISTEMA ATUAL

3.1 Introdução

O controle das doenças transmissíveis tem-se baseado em intervenções que procuram interromper um ou mais elos conhecidos da cadeia epidemiológica de transmissão dos agentes causadores de doenças ao ser humano. Sabe-se, entretanto, que a interação do homem com o meio ambiente é muito complexa, envolvendo fatores ainda desconhecidos em dado momento, ou que podem variar de um momento a outro, interferindo na cadeia epidemiológica. Por conseguinte, os métodos de intervenção tendem a ser aprimorados ou substituídos, na medida em que novos conhecimentos são aportados, seja por descobertas científicas – terapêuticas, fisiopatogênicas ou epidemiológicas – seja pela observação sistemática do comportamento das doenças, frente à utilização dos procedimentos de controle e prevenção estabelecidos. A evolução desses conhecimentos contribui, também, para a modificação de conceitos e de formas organizacionais dos serviços de saúde, na contínua busca do aprimoramento.

Considerando estas informações, procuraremos descrever a seguir o atual Sistema de Vigilância Epidemiológica instituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 e determinado pelas inúmeras mudanças de ordem conceitual pelas quais vem passando a Epidemiologia nos últimos séculos. Uma análise do Sistema de Informações em Saúde oportunizará a compreensão do fluxo de informações existentes e apontará falhas no processo, entendidas aqui como as subnotificações. Cabe ressaltar que o nosso objetivo é o de identificar os principais elementos vinculados ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e relacionar as atividades específicas deste sistema ao contexto das Notificações Compulsórias no ambiente hospitalar.

3.2 Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

Segundo Brasil (1994), o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) compreende o conjunto interarticulado de instituições do setor público e privado

componentes do Sistema Único de Saúde (SUS) que, direta ou indiretamente notificam doenças e agravos, prestam serviços a grupos populacionais ou orientam a conduta a ser tomada no controle das mesmas.

O Serviço Nacional de Vigilância Epidemiológica está passando por profunda reorganização operacional, buscando adequá-lo aos princípios de descentralização e de integralidade das ações, definidas no SUS. A transferência de ações e atividades deve ser gradual, de acordo com o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, de forma a evitar a descontinuidade do programa (conforme estabelecido no Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica em 12/92 DF). Com a descentralização, há a necessidade de se garantir o fluxo de informações pertinentes a cada um dos níveis do sistema, bem como apoio técnico para o desenvolvimento deste conjunto (BRASIL, 1992).

Nessa nova organização, as atribuições correspondentes aos três níveis do sistema de saúde definidas através da Portaria n.º 1.399/GM, em 15 de dezembro de 1999, que regulamenta a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças define não só as ações a serem operacionalizadas, como também a quem cabe a responsabilidade pela execução de cada uma delas (em cada um dos níveis: municipal, estadual e federal), bem como a cooperação técnica e financeira entre os níveis estadual e federal (BRASIL, 1999a;1996a).

A Constituição de 1988 preconiza o acesso universal, igualitário e integral da população aos serviços e ações de proteção e recuperação da saúde. A partir da sua promulgação, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando condições de viabilização integral do direito à saúde (BRASIL, 1998b).

A Lei n.º 8.080/90 regulamenta o Sistema Único de Saúde, agregando todos os serviços das esferas federal, estadual, municipal e os serviços privados através de contratos e convênios. As Normas Operacionais Básicas (NOB), por sua vez, têm por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público estadual, municipal e do Distrito Federal sobre a função de gestão da atenção à saúde (Artigo 30, incisos V e VI e artigo 32, Parágrafo 1º da Constituição Federal, 1988). A NOB n.º 01/96 estabelece que o município pode pleitear a habilitação à gestão do Sistema Municipal de Saúde em dois níveis (BRASIL, 1996a):

- Gestão plena da atenção básica, e
- Gestão plena do sistema municipal.

O município pode então ter definidas as suas responsabilidades sobre o Sistema Municipal de Saúde com a co-participação da esfera estadual e/ou federal, conforme estabelece a proposta de habilitação.

Na área da Vigilância Epidemiológica, a gestão plena de atenção básica prevê que o município deverá se comprometer a notificar as doenças e agravos previstos na legislação vigente e, de comum acordo com a Secretaria de Estado da Saúde, definir as respectivas responsabilidades das ações de vigilância epidemiológica no que diz respeito à busca ativa, investigação de casos, bloqueios vacinais, coleta de exames de laboratório, capacitação de pessoal, avaliação, etc.(BRASIL, 1996a).

Na habilitação para a gestão plena do Sistema Municipal, o município deverá integralmente ser capaz de realizar as notificações das Doenças de Notificação Compulsória, investigação epidemiológica, incluindo os óbitos infantis e maternos e a consolidação e análise de dados. Já as ações de controle de vetores e de zoonoses deverão ser acordadas entre os níveis municipal e estadual, através de declaração conjunta e do estabelecimento das respectivas responsabilidades.

Um ponto importante é que o nível regional cada vez mais terá seu papel como coordenador do Sistema de Vigilância Epidemiológica, ao investir em atividades de supervisão, capacitação e avaliação do Sistema, enquanto o município em seu nível, terá incorporado basicamente as ações de operacionalização do Sistema de Vigilância Epidemiológica.

3.3 Sistema de Informação em Saúde (SIS)

Historicamente, a construção dos Sistemas de Informação vinha sendo voltada para uma racionalidade de centralização e verticalização, que se demonstrava na organização e disponibilidade dos bancos de dados nacionais. Verificava-se o acúmulo de dados e pouca utilização das informações para apoio à decisões e poucas informações integradas para dar conta da complexa situação de saúde nas diferentes regiões do país (GONÇALVES, 1994).

A implantação do Sistema Único de Saúde requer que o Sistema de Informação em Saúde seja diferente: os indicadores escolhidos devem refletir a concepção de

saúde que norteia o sistema e devem subsidiar as análises necessárias ao seu desenvolvimento.

A informação é fundamental para a democratização da saúde e o aprimoramento de sua gestão. A informatização das atividades do Sistema Único de Saúde, dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis (BRASIL, 1998a).

Nenhum dos campos de atuação em epidemiologia, aonde se insere a vigilância epidemiológica, pode ser desenvolvida sem informação. Para que um sistema de vigilância epidemiológica funcione com eficiência, faz-se necessário que se estabeleçam normas técnicas capazes de uniformizar os procedimentos e viabilizar a comparação de dados e informações.

[...] para que se possa atuar em vigilância epidemiológica é necessário dispor de informação [...] essa informação deve ser mais atualizada, completa e fidedigna possível e dependente do trabalho consciente e sério de todos os profissionais envolvidos no setor saúde [...] é fundamental também que todos os profissionais de saúde tenham acesso às informações de saúde e as tornem disponíveis a comunidade [...] a informação, sob este aspecto, deve ser vista como um importante instrumento de controle social, uma vez que possibilita às comunidades o acompanhamento e avaliação das atividades dos serviços de saúde. E análise das prioridades políticas a partir da realidade epidemiológica de determinado espaço geográfico [...] (BRASIL, 1994, p.43).

O sistema de informação em saúde constitui-se assim, em um componente do sistema de saúde e tem como propósito geral facilitar a formulação à avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões com o objetivo de contribuir para a melhoria da situação de saúde da população (COHN, 1999).

Os dados requeridos pelo sistema de saúde são coletados e processados regularmente no setor saúde, cabendo ao Sistema de Informação em Saúde o planejamento e operação dos respectivos subsistemas. Também são de interesse os dados produzidos extrasetorialmente, cabendo ao Sistema de Informação em Saúde a articulação com os órgãos que os produzem, com vistas a suprir as necessidades do setor saúde e estabelecer um fluxo regular de informação (ANDRADE, 2001).

Um dos objetivos básicos no Sistema de Informação em Saúde, na concepção do SUS, é o de possibilitar a análise da situação de saúde ao nível local, análise essa que toma como referencial microrregiões homogêneas e que leve em consideração as condições de vida da população no processo saúde – doença. Consta na Lei n.º

8.080, no Capítulo IV – Da competência e das atribuições do SUS, na seção I, Art. 15, IV: “organização e coordenação do sistema de informação em saúde”, instituindo-se desta forma os seguintes sistemas de informação (BRASIL, 1990):

Quadro 1: Características dos Sistemas de Informação em Saúde

	SIM	SINASC	SINAN
Referência	Óbitos	Nascidos Vivos	Agravos Notificáveis
Alimentação	Declaração de Óbito	Declaração de Nascidos Vivos	Ficha de Notificação e Investigação
Utilização			
– Vigilância	X	X	X
– Planejamento	X	X	X
– Avaliação	X	X	X

Fonte: Adaptado de Brasil (1998a).

Para que possamos compreender melhor a organização dos Sistemas de Informação em Saúde estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, estaremos descrevendo a seguir suas principais características bem como identificando os fluxos preconizados pelo Ministério da Saúde para a tramitação das informações geradas.

3.3.1 Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

Criado pelo Ministério da Saúde em 1975 como primeiro esforço para se trabalhar com eventos vitais no Brasil. O Sistema foi implantado usando um instrumento de distribuição nacional - Declaração de Óbito (DO). Esta iniciativa estaria inserida no conjunto definido como básico e essencial para a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. A obrigatoriedade destes registros, inclusive para óbitos fetais é dada pela Lei n.º 6.015/73, alterada pela Lei n.º 6.216/75, que determina que nenhum sepultamento seja feito no território nacional sem a certidão correspondente (BRASIL, 1998a). O SIM foi informatizado na década de 90 e quase a totalidade das unidades federadas o utiliza.

Tabela 1: Série Histórica dos Principais Indicadores do Paraná

ANO	Mortalidade Geral por 1.000 Habitantes		Mortalidade Infantil por 1.000 Nascidos Vivos		Mortalidade Doenças Transmissíveis por 100.000 Habitantes	
	Número	Coeficiente	Número	Coeficiente	Número	Coeficiente
1979	40.029	6,10	11.469	56,35	4.577	60,63
1980	47.790	6,26	10.621	53,18	4.268	55,94
1981	46.253	6,06	9.661	47,32	3.506	45,93
1982	44.595	5,95	9.031	41,91	3.194	42,84
1983	46.192	6,47	8.201	44,02	3.084	43,23
1984	46.506	6,01	7.696	44,05	3.471	44,88
1985	46.147	5,89	7.180	39,43	2.880	36,73
1986	46.791	6,16	7.023	39,12	2.935	38,64
1987	45.705	5,93	6.415	35,69	2.548	33,06
1988	47.512	5,98	6.203	32,54	2.459	30,93
1989	47.293	5,78	6.060	33,82	2.387	29,19
1990	49.207	6,24	5.795	35,00	2.201	27,90
1991	46.567	5,51	5.263	31,16	2.111	24,99
1992	48.738	5,71	4.885	28,80	1.978	23,17
1993	51.499	5,96	5.005	29,27	2.028	23,48
1994	52.335	5,99	5.066	25,89	2.114	24,19
1995	51.347	5,89	4.508	23,10	1.797	20,62
1996	53.994	6,00	4.083	20,90	2.362	26,23
1997	53.473	5,85	3.688	18,87	2.185	23,90
1998	55.841	6,03	3.889	21,01	2.208	23,85
1999	54.165	5,78	3.635	19,53	2.089	22,28
2000	55.362	5,83	3.476	19,44	2.105	22,17

Fonte: SESA/ISEP/CIDS/DSIS – Divisão de Estatística Vital (PARANÁ, 2003).

Percebe-se, através da série histórica apresentada na Tabela 1 que o coeficiente de mortalidade infantil caiu de 56,35 para 19,44 em 20 anos, o que demonstra que as ações de saúde voltadas a prevenção da mortalidade infantil, como assistência perinatal, imunizações e puericultura estão conseguindo modificar a realidade brasileira. Da mesma forma, e não menos importante, percebemos uma queda nos coeficientes de mortalidade por doenças transmissíveis, que em 1979 era de 60,63 e em 2000 de 22,17, o que aponta para um controle efetivo dos casos e o uso de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento, aumentando a sobrevivência dos pacientes portadores de doenças transmissíveis no estado.

Tabela 2: Número de Óbitos Geral e Menor de 1 ano/2001

Cascavel		Regional de Saúde		Paraná	
Geral	< 1 ano	Geral	< 1 ano	Geral	< 1 ano
1.263	62	2.513	123	56.472	2.907

Fonte: SESA/ISEP/CIDS – Departamento de Sistemas de Informação em Saúde (PARANÁ, 2003).

Entre os indicadores mais difundidos e mais freqüentemente utilizados, elaborados com dados provenientes do SIM, combinados ou não com dados populacionais, destacam-se: mortalidade proporcional por grandes grupos de causas determinadas, mortalidade proporcional por faixa etária, taxa ou coeficiente de mortalidade por causas específicas, taxa ou coeficiente de mortalidade infantil, mortalidade proporcional por determinada doença em determinada faixa etária e taxa ou coeficiente de mortalidade materna.

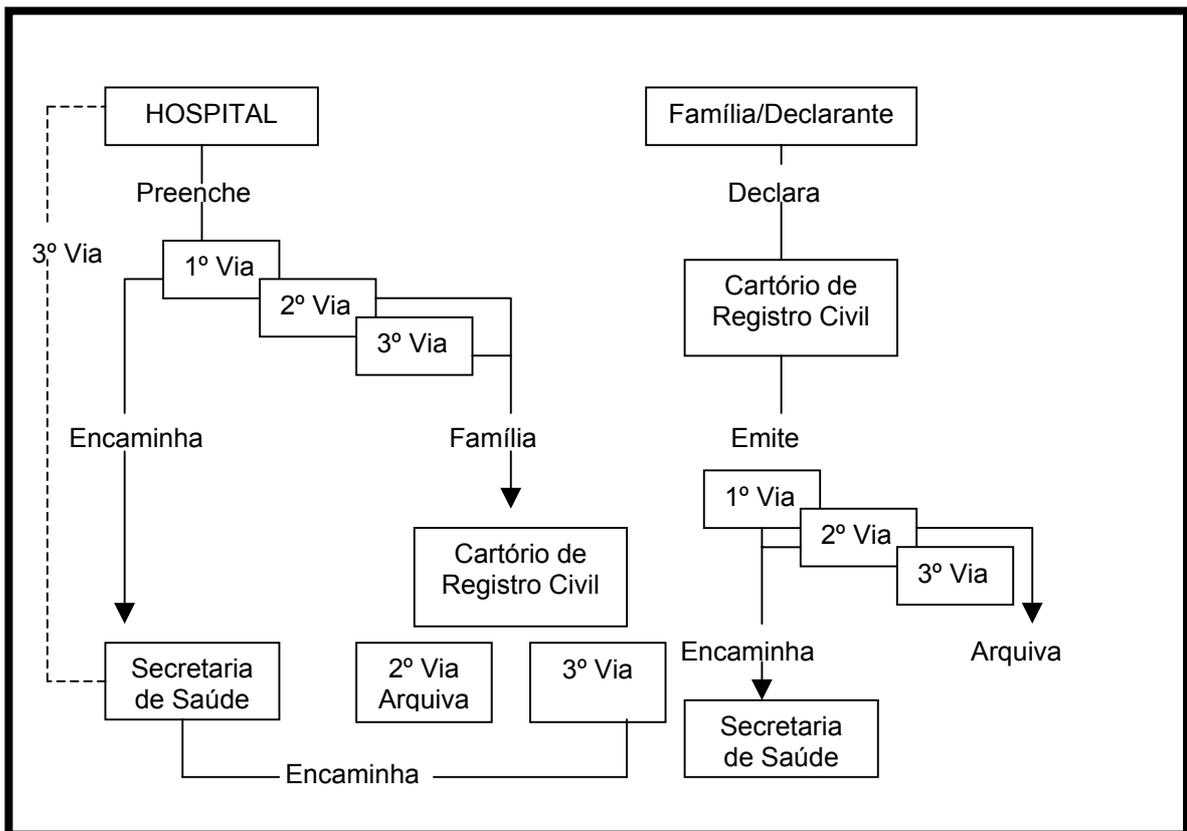


Figura 1: Fluxo das Declarações de Óbito

Fonte: Brasil (1998a, p. 06).

A emissão do formulário padrão é de competência do Ministério da Saúde e deve ser preenchido para todos os óbitos no país. Contém informações que permitem contribuir na análise do comportamento do coeficiente de mortalidade geral e específica, sendo de grande relevância para o controle de doenças e monitorização das ações em saúde.

O Fluxo de Declaração de Óbito apresentado na Figura 1 possibilita o acompanhamento dos óbitos ocorridos no município e garante a monitorização contínua dos casos sob vigilância.

3.3.2 Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)

O Sistema de Nascidos Vivos, implantado oficialmente em 1990, foi concebido e montado à semelhança do SIM, objetivava partir de um documento básico, padronizado para todo o país, que deveria ser gerado nos hospitais e em outras instituições de saúde onde se realizavam partos (para os partos hospitalares) e nos Cartórios (para partos ocorridos em domicílio). A emissão do formulário padrão é de competência do Ministério da Saúde e deve ser preenchido para todos os recém nascidos no país. Contém informações que permitem contribuir na análise do comportamento do coeficiente de mortalidade infantil e informações com relação ao número de recém – nascidos, condições de gestações e parto; tornando possível a vigilância sobre recém – nascidos de risco e conhecimentos das diferentes condições de parto.

Tabela 3: Série História de Nascidos Vivos no Paraná

ANO	Natalidade por 1.000 Habitantes		
	Nascidos Vivos	População	Coeficiente
1979	203.523	7.548.503	26,96
1980	199.720	7.629.392	26,18
1981	204.179	7.633.019	26,75
1982	215.475	7.454.841	28,90
1983	186.298	7.134.547	26,11
1984	174.698	7.733.936	22,59
1985	182.100	7.840.293	23,23
1986	179.541	7.596.389	23,64
1987	179.724	7.707.240	23,32
1988	190.601	7.949.919	23,98
1989	179.174	8.178.517	21,91
1990	165.576	7.888.326	20,99
1991	168.886	8.448.713	19,99
1992	169.640	8.538.342	19,87
1993	170.976	8.635.977	19,80
1994	195.681	8.740.220	22,39
1995	195.168	8.712.806	22,40
1996	195.387	9.003.804	21,70
1997	195.442	9.142.215	21,38
1998	185.097	9.258.813	19,99
1999	186.111	9.375.592	19,85
2000	178.761	9.492.790	18,83

Fonte: SESA/ISEP/CIDS/DSIS – Divisão de Estatística Vital (PARANÁ, 2003).

A análise histórica dos indicadores de natalidade apresentados na Tabela 3, apontam para uma diminuição do número de nascimentos e do coeficiente de natalidade, o que significa que as propostas de implementação dos Programas de

Planejamento Familiar, adotadas com ênfase pelo Ministério da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde estão sendo efetivas.

A restrição de acesso aos bancos de dados existentes é a principal responsável pelo sub-aproveitamento dos dados apontados por este sistema. De forma geral, apenas muito recentemente os gestores das três esferas de governo passaram a utilizá-lo, ainda de forma incipiente e, na maioria das vezes como denominador para o cálculo de taxas, como as de mortalidade infantil e mortalidade materna. Apesar disto, alguns indicadores vem sendo propostos, a grande maioria voltada à avaliação de riscos e da rede de atenção à gravidez e ao parto.

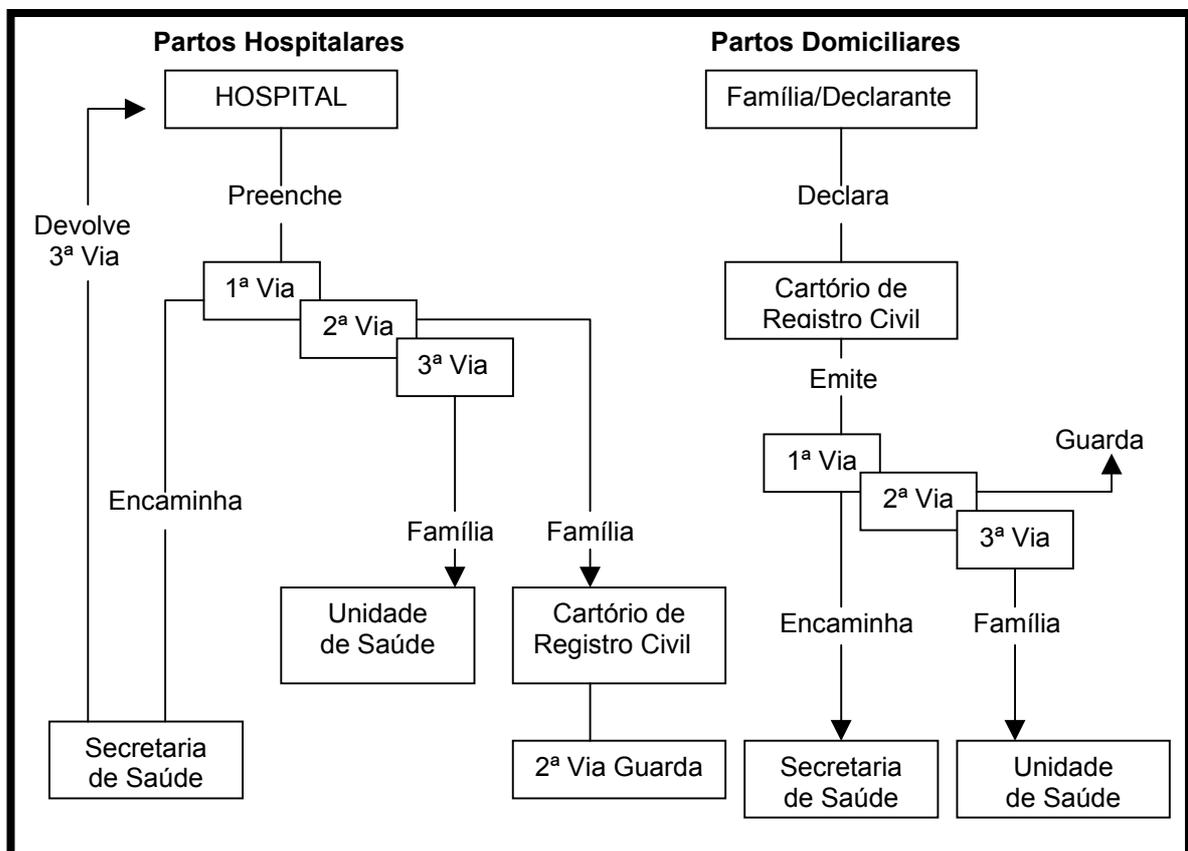


Figura 2: Fluxo das Declarações de Nascidos Vivos

Fonte: Brasil (1998a, p. 06).

Entre os principais indicadores propostos encontram-se: proporção de nascidos vivos de baixo peso, proporção de prematuridade, proporção de partos hospitalares, proporção de nascidos vivos por faixa etária da mãe.

O fluxo estabelecido possibilita a monitorização de todos os nascimentos ocorridos no município, classificando-os de acordo com critérios de risco (social e biológico) relacionados ao parto, nascimento e condições sócio-econômicas.

3.3.3 Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN)

Concebido com a proposta de reunir todos os agravos notificáveis e que pudessem ser utilizados desde o nível local, para tentar sanar as deficiências do sistema Nacional de Notificação Compulsória. Depende do grau de informatização local e nacional.

A retroalimentação do sistema é fundamental para mantê-lo funcionando, a devolução de informações aos níveis de menor complexidade, assegura a credibilidade do sistema – profissionais e pessoas que alimentam o sistema são mantidos informados.

[...] terá por base os resultados de investigação e a análise de dados e se efetivará através de informes e análises e epidemiológicas locais, regionais, estaduais, macroregionais e nacionais [...] a periodicidade e os instrumentos de retroalimentação depende da política de informação de cada nível institucional (BRASIL, 1994, p.20).

Ao contrário do que acontece com o SIM e o SINASC, a impressão e distribuição dos formulários é de responsabilidade do estado ou município, bem como a sua numeração. O sistema conta ainda com módulos para cadastramento das unidades notificadoras.

Ainda mais do que no caso do SIM e do SINASC, não existe na prática um fluxo único para documentos e informações no SINAN. As diferenças se apresentam, nesse caso, não apenas entre os diferentes estados como também entre os diversos agravos. Apesar disto, o Ministério da Saúde vem preconizando um fluxo padrão a ser utilizado para qualquer caso notificado (Figura 3).

Propõe-se, de maneira geral, que as Fichas Individuais de Notificação (FIN) sejam preenchidas nas unidades assistenciais e que essas mantenham uma segunda via arquivada enquanto remetem a original para os serviços de vigilância epidemiológica responsável pelo recebimento. As Fichas Individuais de Investigação (FII) devem ser preenchidas pelo responsável pela investigação, digitadas na própria unidade ou secretaria municipal de saúde, e seus dados enviados aos níveis estadual e federal através de disquetes.

Cada patologia sob vigilância possui um impresso próprio e específico onde constam, na forma de roteiro, todas as informações relevantes em relação ao diagnóstico, ao indivíduo e a seus comunicantes e tem o objetivo de monitorar de forma contínua os eventos relacionados e a possibilidade de transmissão da doença

antes de ser diagnosticada e serem adotadas as medidas de controle e proteção específicas.

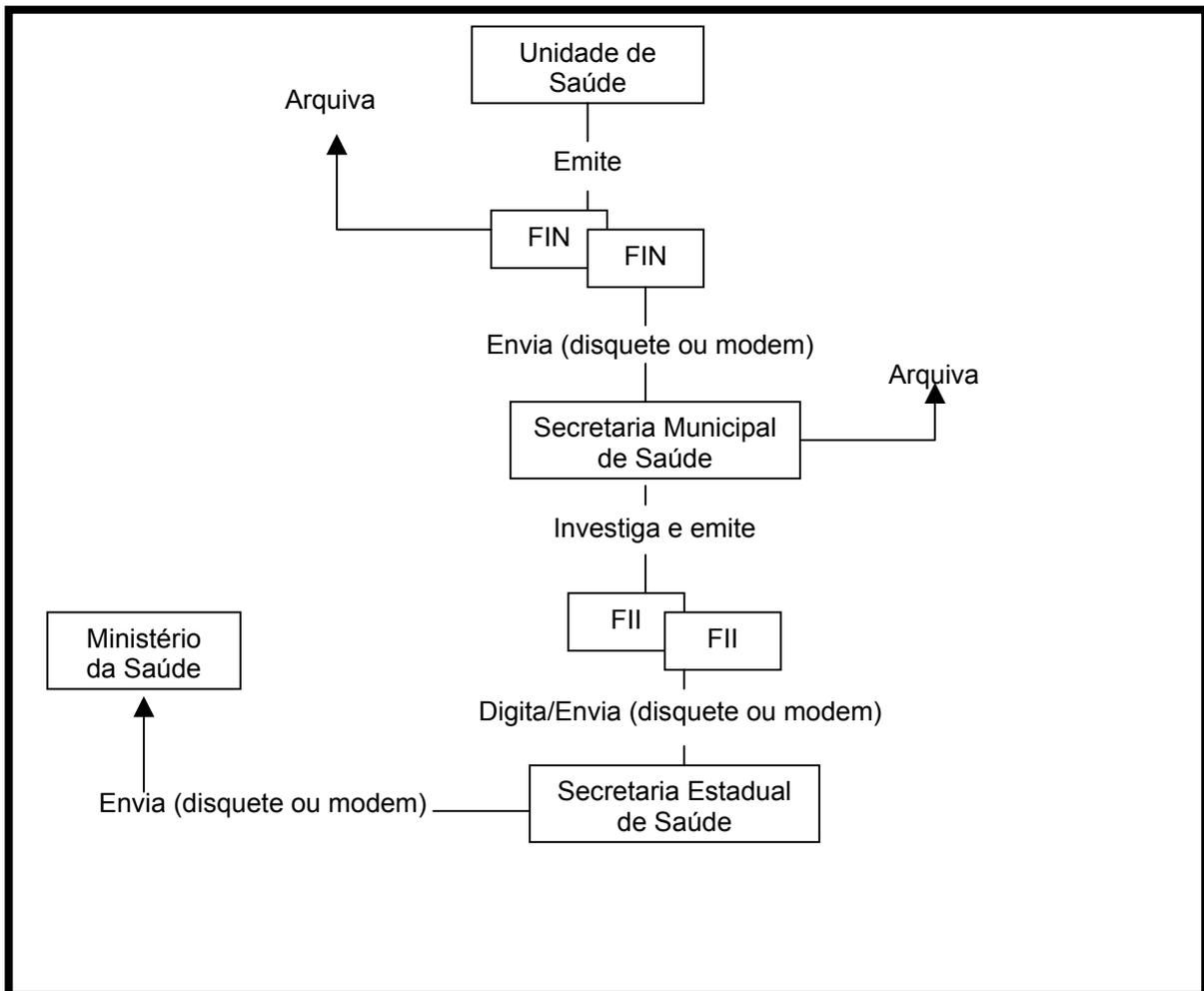


Figura 3: Fluxo de Formulários e de Informações do SINAN

Fonte: Brasil (1998a, p. 12).

Ao contrário dos demais sistemas, em que as críticas de consistência são realizadas antes do seu envio a qualquer outra esfera do governo, a necessidade de desencadeamento imediato de uma ação faz com que, nesse caso, os dados sejam remetidos o mais rapidamente possível, ficando a sua crítica para o segundo momento – o da análise das informações para divulgação.

Neste sentido, o SINAN se caracteriza como um sistema de relevância, uma vez que a simples suspeita de uma determinada patologia desencadeia uma série de ações com o objetivo de manter os indicadores epidemiológicos sob controle. Caso a informação seja inconsistente ou mesmo retardatária, toda o trabalho poderá ser perdido.

Tabela 4 – Número de Agravos Notificados e Confirmados Paraná/2000

AGRAVOS	Regional de Saúde de Cascavel		Total Geral Paraná	
	Notificado	Confirmado	Notificado	Confirmado
Acidente Animal Peçonhento	255	206	3.609	2.888
AIDS	-	44	-	1.033
Cólera	5	-	1.058	-
Coqueluche	1	-	51	15
Dengue	187	30	4.395	1.834
Difteria	-	-	9	-
Doença Meningocócica	-	7	-	262
Hanseníase Todas Formas	-	100	-	1.471
Hepatite A	-	103	-	4770
Hepatite B	-	181	-	612
Hepatite C	-	16	-	133
Hepatite outras	-	30	-	567
Intoxicação Medicamentosa	41	41	992	817
Intoxicação por Alimentos	92	85	989	508
Intoxicação outros produtos	2	2	284	155
Intoxicação por Agrotóxicos	41	39	424	298
Intoxicação por Produtos Químicos	14	14	273	319
Meningite não Específica	-	24	-	362
Meningite por Haemófilos	-	3	-	39
Meningite outras Etiologias	-	39	-	699
Meningite Tuberculosa	-	-	-	12
Meningites Virais	-	50	-	863
Paralisia Flácida Aguda	1	1	31	30
Raiva Humana	-	-	-	-
Rubéola	-	-	-	-
Sarampo	-	-	-	2
Sífilis Congênita	21	21	136	66
Sífilis não Especificada	90	89	706	505
Síndrome Rubéola Congênita	-	-	2	-
Tétano Acidental	4	3	32	28
Tétano Neonatal	-	-	1	1
Tuberculose todas Formas	-	96	-	2482

Fonte: SESA/ISEP/CIDS/DSI/SINAN/PR (PARANÁ, 2003).

Como podemos perceber nos dados apresentados na Tabela 4, o SINAN pode fornecer uma série histórica dos casos notificados e confirmados de determinado agravo. Cabe ressaltar que os mesmos dados confirmam a existência de um alto índice de subnotificações. Para melhor compreensão, vamos analisar os casos de cólera e tuberculose apresentados e destacados na Tabela 4: No ano de 2000, houveram 5 notificações na Regional de Saúde de Cascavel de casos de cólera e um total de 1.058 casos notificados no Paraná, sendo que destes, nenhum foi confirmado, o que demonstra falta de habilidade por parte dos médicos em diagnosticar os casos suspeitos. Já no caso da Tuberculose, observamos que não houve notificação nem ao nível da Regional de Saúde de Cascavel e muito menos na esfera estadual; em contrapartida, obtivemos através dos dados das internações

hospitalares realizadas e pagas pelo Sistema Único de Saúde, um número de 2.482 casos confirmados de Tuberculose, o que demonstra que os casos suspeitos não estão sendo notificados, mesmo com o diagnóstico fechado nos casos de internação hospitalar, pois quem emite o laudo é o próprio médico assistente.

3.3.3.1 Notificação Compulsória

É a principal fonte a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo informação – decisão – ação. A listagem nacional das doenças de notificação vigente no país está restrita a alguns agravos e doenças de interesse sanitário para o país, regulamentada pela Portaria n.º 993/GM (Anexo 2), em 4 de setembro de 2000, que altera a lista de doenças de notificação compulsória, definindo como objeto de notificação compulsória, para efeitos da Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975, as doenças e agravos a seguir relacionados:

Cólera; Coqueluche; Dengue; Difteria; Doenças de Chagas (casos agudos); Doenças Meningocócica e outras Meningites; Febre Amarela; Febre Tifóide; Hanseníase; Hantavirose; Hepatite B; Hepatite C; Infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical; Leishmaniose Visceral; Leptospirose; Malária (em área não endêmica); Meningite por *Haemophilus influenzae*; Peste; Poliomielite; Paralisia Flácida Aguda; Raiva Humana; Rubéola; Síndrome da Rubéola Congênita; Sarampo; Sífilis Congênita; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); Tétano e Tuberculose (BRASIL, 2000b).

A Portaria n.º 1.140/GM, em 8 de setembro de 1999, publica a proposta de Projeto de Resolução 'Doenças de Notificação Obrigatória entre os Países do MERCOSUL', objeto da Recomendação n.º 1699 do Subgrupo de Trabalho n.º 11 Saúde/MERCOSUL, reunido em Montevideu – Uruguai.

Cólera; Dengue; Difteria; Febre Amarela; Febre Tifóide; Hantavirose (Síndrome Pulmonar por Hantavirose – SPH); Malária (Paludismo); Meningite (doença) Meningocócica; Peste; Poliomielite; Raiva; Rubéola; Sarampo e Tétano neonatal (BRASIL, 1999b).

Entretanto, de acordo com a Portaria n.º 1.140/GM (BRASIL, 1999b) estados e municípios podem incluir novas patologias, desde que se defina com clareza o motivo e objetivo da notificação, os instrumentos e o fluxo que a informação vai seguir e as ações que devem ser postas em práticas de acordo com análises a serem realizadas. Entende-se que só se deve coletar dados que tenham uma utilização prática que não se sobrecarregue os serviços de formulários que não

geram informações capazes de aperfeiçoar as atividades de saúde. A seleção da relação de doenças tem obedecido aos seguintes critérios: que estejam sujeitas ao Regulamento Sanitário Internacional; que possam ser controladas por medidas regulares de prevenção e controle; que tenham alta incidência e/ou prevalência e que possam ter importantes repercussões sociais e econômicas.

Os critérios mais utilizados para a seleção das doenças que compõem o elenco das doenças de notificação compulsória são os seguintes:

- 1. Regulamento Sanitário Internacional:** As doenças definidas como de notificação compulsória internacional, obrigatoriamente, são incluídas nas listas de todos os países membros da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS), e hoje estão restritas a três: Cólera, Febre Amarela e Peste.
- 2. Magnitude:** Doenças com elevada freqüência que afetam grandes contingentes populacionais, que se traduzem pela incidência, prevalência, mortalidade ou anos potenciais de vida perdidos (Dengue, Cólera, Tuberculose, Doença Meningocócica do sorogrupo A).
- 3. Potencial de disseminação:** É expresso pela transmissibilidade da doença através de vetores e demais fontes de infecção, colocando sob risco outros indivíduos ou coletividades (Sarampo, Dengue, Malária).
- 4. Vulnerabilidade:** Doenças para as quais existem instrumentos específicos de prevenção e controle, permitindo a atuação concreta e efetiva dos serviços de saúde sobre indivíduos e coletividades (Doenças imunopreveníveis, Tuberculose).
- 5. Transcendência:** Definida como um conjunto de características apresentadas por doenças e agravos, de acordo com sua apresentação clínica epidemiológica, das quais as mais importantes são:
 - a) Severidade: que é medida pelas taxas de letalidade, hospitalizações e seqüelas (Raiva, Poliomielite, AIDS).
 - b) Relevância social: que, subjetivamente, significa o valor que a sociedade imputa à ocorrência do evento através da estigmatização dos doentes, do medo ou da indignação quando incide em determinadas classes sociais (Hanseníase, AIDS).

c) Relevância econômica: devido a restrições comerciais, perdas de vida, absenteísmo no trabalho, custo de diagnóstico e tratamento (Hepatite B, Hepatite C, Tuberculose, Tétano).

6. Compromissos Internacionais: O governo brasileiro vem firmando acordos juntamente com países membros da OPAS/OMS, que visam empreender esforços conjuntos para o alcance de metas continentais ou até mundiais de controle, eliminação ou erradicação de algumas doenças (Sarampo, Hanseníase, Poliomielite).

7. Epidemias, surtos e agravos inusitados: Todas as suspeitas de epidemias ou de ocorrência de agravo inusitado devem ser imediatamente notificadas aos níveis hierárquicos superiores pelo meio mais rápido de comunicação disponível e devidamente investigados. Mecanismos próprios de notificação devem ser instituídos e definidos de acordo com a apresentação clínica e epidemiológica do evento (Toxiinfecções alimentares, Hantavirose, Hepatites A e E, Febre Purpúrica do Brasil).

Esses critérios devem sempre ser observados e analisados em conjunto, não sendo necessário o atendimento de todos eles para a inclusão de uma doença.

Mesmo sendo compulsória, a notificação é habitualmente realizada de modo precário, pelo desconhecimento de sua importância, descrédito nos serviços de saúde, falta de acompanhamento e supervisão da rede de serviços e, também pela falta de retorno dos dados coletados e das ações que foram geradas pela análise.

Alguns aspectos relevantes devem ser considerados na notificação, como: notificar a simples suspeita da doença - não se deve aguardar a confirmação dos casos para se efetuar a notificação para que possam ser tomadas as medidas de prevenção e controle indicadas; deve ser sigilosa e o envio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência dos casos – notificação negativa, que funciona como um indicador da eficiência do sistema de informações (BRASIL, 1994).

De acordo com Brasil (1994), a confiabilidade do sistema de notificação depende, em grande parte, da capacidade dos serviços locais de saúde, responsáveis pelo atendimento dos casos, diagnosticarem corretamente as doenças e agravos. Para isso, os profissionais deverão estar tecnicamente capacitados e dispor de recursos complementares para a confirmação da suspeita clínica. Diagnóstico e tratamento

feitos corretos e oportunamente asseguram a credibilidade dos serviços junto à população, contribuindo para a eficiência do sistema de vigilância.

3.3.3.1.1 Subnotificação

Em 1975, a Lei que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, criou também a obrigatoriedade da notificação compulsória de algumas doenças. Mesmo sendo compulsória: “[...] dever de todo cidadão notificar a ocorrência de algum caso suspeito de doença que esteja na relação de notificação” (BRASIL, 1994, p.15), a notificação é realizada de modo precário, apresentando problemas de subnotificação, suprimindo limitadamente as necessidades mínimas de informação sobre morbidade no país.

Ao analisarmos o sistema de informação em saúde atualmente existente, percebemos algumas contradições que o torna pouco compatível com a proposta descentralizadora do SUS. As razões principais desta incompatibilidade, segundo Brasil (1994) podem ser identificados nos seguintes aspectos:

- a) Elevada centralização de dados, com grandes limitações de acesso a eles;
- b) Grande agregação de informações, que as tornam de pouca utilidade para o nível local, além de mascarar desigualdades;
- c) Sobrecarga de tarefas para os profissionais responsáveis pela coleta, sendo exigida uma quantidade e qualidade de informações incompatíveis com as competências técnicas e a sua disponibilidade de tempo;
- d) Falhas de análises adequadas das informações para orientar processos de planejamento, decisão, acompanhamento e avaliação; e
- e) Falta de retorno das informações devidamente consolidadas ao nível local, que gerou os dados primários. O vazio de retroalimentação torna mais difícil o processo de sensibilização dos profissionais encarregados da coleta de dados sobre a importância das informações.

Tais aspectos evidenciam algumas das dificuldades encontradas, principalmente a nível local, para a operacionalização do Sistema de Notificação Compulsória das Doenças e colaboram de forma significativa no distanciamento entre o nível central e local, culminando no desconhecimento da sua importância; descrédito nos serviços de saúde falta de acompanhamento e supervisão da rede de serviços. A

confiabilidade dos sistemas de notificação depende, em grande parte, da capacidade dos serviços locais de saúde, diagnosticarem corretamente as doenças e agravos, sendo necessário à existência de recursos que permitam:

- a) Manter conhecimento atualizado das condições epidemiológicas das doenças e dos fatores que as condicionam;
- b) Proporcionar conhecimento epidemiológico básico para o planejamento e programação da saúde.
- c) Formar e treinar os recursos humanos necessários para o funcionamento adequado do Sistema de Notificação Compulsória.

Segundo a linha dos pressupostos para um Sistema de informações funcionar em condições ideais, citam-se as recomendações das Nações Unidas, definidas como as mais importantes para o processamento das estatísticas vitais, segundo Moraes (1994):

- a) Os procedimentos de coleta devem estar convenientemente normatizados;
- b) Os manuais de operação devem prever todas as situações possíveis;
- c) As pessoas responsáveis pelas atividades devem conhecer a importância do que fazer, em relação a todo sistema; e
- d) Deve haver supervisão e assistência adequada.

Informar é um processo dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático, [...] a informação em saúde vem representando um espaço estratégico de luta, principalmente quando entendido como um instrumento interdisciplinar voltado para a aplicação da consciência sanitária dos profissionais da saúde e da população (MORAES, 1994, p. 17-18).

Não existem estudos específicos que quantifiquem os índices de subnotificações no país. Cada Sistema de Informação em Saúde deverá ser analisado individualmente e seus dados confrontados com outras informações, como exemplo, citamos a comparação dos dados de notificação de doenças transmissíveis e os dados de internações hospitalares realizadas por grupo de patologias. Ambos os dados podem ser obtidos através das bases de dados do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br e www.datasus.gov.br), bem como da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (www.saude.pr.gov.br).

3.4 Funções da Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças ou agravos, bem como de seus fatores condicionantes, em uma área geográfica ou população determinada. Subsidiariamente, a Vigilância Epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas (BRASIL, 1998a).

Sua operacionalização compreende um ciclo completo de funções específicas e intercomplementares, que devem ser necessariamente desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo escolhido com alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. São funções da Vigilância Epidemiológica:

- Coleta de dados;
- Processamento dos dados coletados;
- Análise e interpretação dos dados processados;
- Recomendação das medidas de controle apropriadas;
- Promoção das ações de controle indicadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; e
- Divulgação de informações pertinentes.

Todos os níveis do sistema têm atribuições de vigilância epidemiológicas, compreendendo o conjunto das funções mencionadas. Quanto mais eficiente essas funções forem realizadas no nível local, maior será a oportunidade com que as ações de controle tenderão a ser desencadeadas. Além disso, a atuação competente ao nível local estimulará maior visão do conjunto nos níveis estadual e nacional, abarcando o amplo espectro dos problemas prioritários a serem enfrentados, em diferentes situações operacionais.

O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de informações que sirvam para subsidiar o desencadeamento de

ações. A qualidade na informação, por sua vez, depende da adequada coleta de dados, que são gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado). É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados, para se constituírem em um poderoso instrumento – A INFORMAÇÃO – capaz de estabelecer um processo dinâmico de planejamento e desempenho da vigilância epidemiológica. A coleta de dados ocorre em todos os níveis do sistema de saúde, a força e o valor da informação depende da qualidade e fidedignidade com que o mesmo é gerado. Para isso, faz-se necessário que as pessoas responsáveis pela coleta estejam bem preparadas para diagnosticar corretamente o caso, como também para realizar uma boa investigação epidemiológica, com anotações claras e confiáveis para que se possa assimilá-las com confiabilidade. A passagem do dado pelos diversos níveis deverá ser suficientemente rápida para o desencadeamento de ações, particularmente quando for necessário o desenvolvimento dessas por um outro nível, visando à adoção de medidas em tempo oportuno. É importante salientar que o fluxo, a periodicidade e o tipo de dado que interessa ao sistema de vigilância estão relacionados às características de cada doença ou agravo.

Segundo Brasil (1998a), os dados e informações que alimentam o Sistema de Vigilância Epidemiológica são:

- Dados Demográficos e Ambientais;
- Dados de Morbidade;
- Dados de Mortalidade;
- Notificação de Surtos ou Epidemias; e
- Notificação de Agravos Inusitados.

A informação para a vigilância epidemiológica destina-se à tomada de decisões. Este princípio deve reger as relações entre os responsáveis pela vigilância e as diversas fontes que podem ser utilizadas para o fornecimento de dados. As principais são:

- Laboratórios;
- Declaração de Óbitos;
- Investigação Epidemiológica;
- Estudos Epidemiológicos;
- Imprensa e População; e
- Notificação Compulsória.

3.5 Vigilância Epidemiológica no Contexto Hospitalar

De acordo com o conceito historicamente definido da multicausalidade e de que o controle das doenças transmissíveis baseia-se em intervenções que procuram interromper um ou mais elos conhecidos da cadeia epidemiológica de transmissão dos agentes causadores de doença ao ser humano (OLIVEIRA et al. 1998), e considerando que grande parte dos instrumentos utilizados pelo Sistema de Informação em Saúde de base Epidemiológica (Sistema de Informação de Mortalidade, através da Declaração de Óbito; Sistema de Informações de Nascidos Vivos e o Sistema de Notificação Compulsória de Doenças) são preenchidos nos hospitais e estabelecimentos de saúde onde ocorreram, foram diagnosticados e tratados; tornou-se necessária implantação e implementação destes serviços neste meio (BITTAR, 1997).

Considerando as determinações da Lei n.º 9.431, de 6 de janeiro de 1997, todos os hospitais do país deverão manter programa de controle de infecção hospitalar. Já revogada pela Portaria n.º 2.616 de 12 de maio de 1998 (Anexo 3), a Portaria n.º 930 de 27 de agosto de 1992, em seu anexo I que trata da Organização, cria a obrigatoriedade de que todos os hospitais deverão manter um programa de controle de infecção hospitalar e de vigilância epidemiológica, devendo esta estrutura ser constituída pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, e pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH (BRASIL, 1997, 1998c;1992).

[...] compete ao Ministério da Saúde, como órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica [...] deverão os órgãos estatais de saúde observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, parentes e circunstantes (BRASIL, 1990, artigo 16, VI, VII e XII; Decreto número 77.052, 19 de Janeiro de 1976, artigo 22, IV).

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH deverá ser composta por técnicos e profissionais do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH e por representantes de nível superior do serviço médico, de enfermagem, farmacêutico, do laboratório de microbiologia e administrativo. É de sua competência, entre outras, a função de avaliar sistematicamente e periodicamente, as informações providas pelo sistema de vigilância epidemiológica e aprovar as medidas de controle

propostas pelo SCIH, que é o órgão encarregado da execução das ações programadas de controle das infecções hospitalares, devendo este:

- a) Implantar e manter sistema de vigilância epidemiológica;
- b) Realizar investigação epidemiológica dos casos e surtos, sempre que indicado, implantando medidas imediatas de controle;
- c) Notificar ao organismo de gestão municipal e/ou estadual do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de doença sob vigilância epidemiológica e de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados, atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital.

Os Hospitais (públicos e privados) como parte integrante do sistema de saúde, tem atribuições de vigilância epidemiológica. Quanto mais eficiente estas funções forem realizadas, maior será a oportunidade com que as ações de controle tenderão a ser desencadeadas.

O hospital é uma fonte importante de informação para os sistemas de vigilância, especialmente de doenças em que o tratamento hospitalar é praticamente obrigatório. No caso destas enfermidades, o desenvolvimento de sistemas ativos de vigilância, utilizando diagnósticos de altas hospitalares, permite o aumento significativo de sua representatividade. No entanto, quando isto não for possível, o levantamento periódico desses dados nos oferece avaliação do nível de subnotificação (FERNANDES et al. 2000, p. 1391).

Cabe ressaltar que as atividades de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis no contexto hospitalar não é atividade exclusiva dos integrantes da CCIH e do SCIH. Todo o corpo funcional deve estar preparado para diagnosticar precocemente os casos e notificar as autoridades sanitárias.

Para que isto seja possível, torna-se imprescindível que os componentes da CCIH e do SCIH estejam instrumentalizados e sirvam de referencial para a equipe de saúde, objetivando com isto o cumprimento do disposto na legislação específica.

3.6 Síntese do Capítulo

Como podemos perceber, Vigilância Epidemiológica é um processo ativo, sistemático e contínuo de coleta, análise e interpretação de dados durante o processo de descrição e monitorização de um evento de saúde. Esta informação deverá ser utilizada para planejar, implementar e avaliar medidas de intervenção. (RODRIGUES et al., 1997).

Antes de iniciar o processo de vigilância é importante determinar quais os objetivos desta, quais os dados a serem coletados, quais serão as fontes de informação, que tipo de análise será realizado e para quem será divulgada a informação (RODRIGUES et al., 1997, p.70).

Quando pensamos em desenvolver sistemas de vigilância epidemiológica, é indispensável lembrar que estes podem variar em metodologia, abrangência e objetivos, assim como devem ser adequados ao nível de complexidade e grau de desenvolvimento tecnológico dos sistemas de saúde em que serão implantados (FERNANDES et al., 2000).

A vigilância como instrumento de saúde pública, deve ser entendida como um pré-requisito para elaboração de programas de saúde e um elemento fundamental para avaliação do impacto desses programas. Ela deve ser útil para a identificação dos fatores de risco e das populações vulneráveis à exposição ao risco, de forma a tornar mais efetivas as medidas de controle.

Segundo Fernandes (2000), o Sistema de Saúde deverá desenvolver tantos sistemas de vigilância quantos sejam os problemas prioritários de saúde para os quais haja possibilidade de desenvolver programas nacionais, estaduais, regionais ou locais de controle. Por sua vez, os sistemas locais de saúde poderão ou não aderir a cada um desses sistemas, conforme suas prioridades e recursos disponíveis para desenvolver os programas de controle dos agravos correspondentes, constituindo exceções as doenças de notificação compulsória, regulamentada pelas Portarias n.º 1.140/GM e n.º 993/GM (BRASIL, 1999b;2000b).

Cabe ressaltar, que mesmo sendo historicamente definido e normatizado através de portarias específicas, o Sistema de Informação em Saúde apresenta falhas, entendidas aqui como as subnotificações. Procuraremos definir no próximo capítulo, através da aplicação de um questionário, quais os fatores que vem influenciando ou mesmo determinando as subnotificações das Doenças de Notificação Compulsória, verificadas no contexto hospitalar no município de Cascavel - Paraná.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 Introdução

A metodologia de uma pesquisa “[...] atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e atualiza frente à realidade do mundo” (MINAYO, 2000, p.17), contempla os métodos e técnicas utilizadas na consolidação do trabalho de campo, a descrição e definição dos instrumentos utilizados neste, bem como as características adotadas para a análise dos dados coletados. “Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2000, p.16).

Procuraremos a seguir, explicitar os diversos momentos que no seu conjunto, oportunizaram a realização deste trabalho, detalhando aspectos relevantes à pesquisa de campo e subsequente apresentação e discussão destes dados.

4.2 Levantamento Bibliográfico

Ao darmos início a este trabalho, tornou-se necessário esclarecer os objetivos que norteariam a pesquisa. Para o levantamento de dados, lançamos mão dos três procedimentos descritos por Marconi e Lakatos em sua obra Técnicas de Pesquisa (1990) que são:

- Pesquisa documental, com a análise de documentos e estatísticas relativas ao assunto proposto;
- Pesquisa bibliográfica, através da leitura de livros e trabalhos realizados na área em estudo, que fossem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados ao tema; e
- Contatos diretos, através do diálogo com profissionais enfermeiros, atuantes no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e na Epidemiologia, buscando uma maior compreensão dos aspectos relativos a operacionalização do serviço bem como das dificuldades encontradas no desenvolvimento de suas atividades.

Como base no tema a ser trabalhado, elaboramos um cronograma, na tentativa de suprir as necessidades de recursos bibliográficos requeridas pelas diversas fases do projeto. Definimos que o mesmo contemplaria em um primeiro momento, uma leitura ampla de materiais pertinentes a área com o objetivo de delimitar alguns aspectos que serviriam de subsídios para a formulação do problema e, conseqüentemente, nosso objeto de estudo. Em seguida, buscamos realizar uma leitura pormenorizada desse material, que serviria de base e fundamentação teórica para elaboração dos primeiros capítulos deste trabalho.

4.3 Pesquisa de Campo

Segundo Silva e Menezes (2001), a pesquisa de campo consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem; na coleta sistematizada de informações e no registro dos dados considerados relevantes para a análise posterior. “[...] concebemos campo de pesquisa como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação” (MINAYO, 2000 apud MINAYO 1992, p.53). Com base nos estudos elaborados e após a busca de conhecimentos e referencial bibliográfico próprio, selecionamos o método de pesquisa qualitativa, pois compreendemos o mesmo como o mais adequado e enriquecedor para atingir os objetivos propostos neste trabalho. Segundo Minayo (2000), o trabalho de campo constitui uma etapa essencial de pesquisa qualitativa, que a rigor não poderia ser pensada sem ela.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significativos, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2000, p.21 e 22).

Estaremos considerando como variáveis do objeto de estudo os altos índices de subnotificações observados que determinam alterações nos índices endêmicos/epidêmicos a nível macro e micro regional e podem ser decorrentes da falta de compromisso / responsabilidade / conhecimento de toda a equipe multidisciplinar em relação ao Sistema de Informação em Saúde, e a possibilidade de a maioria das

instituições hospitalares públicas e privadas não adotam como parte integrante de sua filosofia de trabalho uma preocupação pormenorizada de aspectos relevantes à prevenção e erradicação de determinados grupos de patologias transmissíveis no contexto geral da saúde coletiva.

4.3.1 Definição do Universo da Pesquisa

Este estudo contempla para a pesquisa de campo, a utilização de seis hospitais (públicos, privados e conveniados ao Sistema Único de Saúde - SUS) da cidade de Cascavel – Paraná. Inicialmente foram consideradas as seguintes instituições: Hospital Universitário de Cascavel, Hospital e Maternidade Doutor Lima, Hospital e Maternidade São Lucas, Hospital e Clínica Médica Nossa Senhora da Salette e Hospital e Maternidade Santa Catarina.

A escolha destas instituições se deu pelo fato de todas possuírem características de atendimento a nível terciário, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com um enfermeiro responsável pelo serviço e pertencerem ao mesmo município, área de abrangência definida para este estudo.

Cabe salientar que por estar em processo de transição, os dados que serão coletados junto ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Universitário de Cascavel serão fornecidas pela enfermeira que ocupava o cargo até o início do mês de agosto de 2001, uma vez que a profissional que responde atualmente pelo serviço encontra-se em fase de adaptação, não tendo vivenciado a realidade desta instituição no que diz respeito ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. A opção de manter este campo de pesquisa se dá pelo fato de esta instituição ser a única no município de caráter estritamente público, dado relevante para as análises posteriores.

4.3.2 Construção e Validação do Instrumento

Para a pesquisa de campo, optamos pela utilização de um questionário (Apêndice A), descartando a hipótese da informação não participante, uma vez que a mesma “[...] é caracterizada pelo contato do pesquisador com a comunidade,

grupo ou realidade estudada, mas sem integrar-se a ela; permanece de fora” (MARCONI; LAKATOS, 1990, p.82) o que dificultaria o acesso a informações básicas do funcionamento e de aspectos relevantes relacionados a estrutura organizacional da CCIH / SCIH.

O questionário “[...] é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador” (MARCONI; LAKATOS, 1990, p. 88). Na realização da pesquisa, optamos pela utilização de duas categorias de perguntas assim definidas: a) perguntas abertas, que segundo Marconi e Lakatos (1990), permitem ao informante responder livremente as questões, fazendo uso de um linguagem própria emitindo opiniões, possibilitando uma investigação profunda, exigindo porém, uma análise mais demorada e complexa; b) perguntas fechadas ou dicotômicas, nas quais o responsável pelo preenchimento escolhe sua resposta entre duas opções; segundo Marconi e Lakatos (1990) este tipo de pergunta, embora restrinja a liberdade das respostas, facilita o trabalho do pesquisador, pois as respostas são mais objetivas .

Tal opção se deu por entendermos que não devemos esperar a confirmação do que consideramos já saber, e que, uma análise qualitativa dos serviços desenvolvidos pela Comissão e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar na vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória se dá de forma pessoal e segundo as características de cada instituição.

No referido instrumento de pesquisa foi realizado a validação aparente e de conteúdo. Solicitamos a dois especialistas com experiência na temática em questão, bem como ao orientador da pesquisa, a análise do instrumento quanto aos itens abordados, forma de apresentação e verificação sobre o alcance dos objetivos traçados.

4.3.3 Coleta de Dados

Após a organização do instrumento que foi utilizado para a pesquisa, iniciamos pessoalmente os primeiros contatos, buscando segundo Minayo (2000), uma aproximação com os enfermeiros da área selecionada para a pesquisa e a apresentação desta, mantendo uma postura ética em relação a problemática a ser

trabalhada, de forma a não influenciar o entendimento e a compreensão destes profissionais acerca da mesma.

A coleta de dados foi realizada no mês de outubro e novembro de 2001. Estabelecemos como cronograma básico para esta etapa da pesquisa de campo que os questionários seriam entregues aos responsáveis pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar no dia quinze de outubro, contando com um prazo de quinze dias para seu preenchimento, devendo os mesmos serem recolhidos no dia trinta de outubro e encaminhados para análise.

4.3.4 Tratamento do Material Coletado

Para Minayo (2000), numa abordagem do material essencialmente qualitativa procura-se ultrapassar o alcance descritivo do conteúdo manifesto, a fim de alcançar, através da inferência, interpretações mais profundas.

Antes da apresentação e discussão, os dados devem, segundo Marconi e Lakatos (1990), passar por um processo de seleção, através de uma verificação crítica, com o objetivo de detectar falhas e evitar informações confusas e distorcidas, sendo em seguida tabulados e sistematizados, possibilitando a verificação de suas inter-relações, podendo desta forma ser melhor compreendido e interpretado.

A seguir, realizei a leitura exaustiva e repetida dos textos, buscando núcleos temáticos comuns. No decorrer da leitura foram destacando-se certas palavras, frases que denotavam as formas dos profissionais perceberem a realidade.

Uma vez recortadas do texto, foram classificadas e agrupadas por semelhança de sentido, emergindo deste processo as categorias empíricas, incluindo temas comuns, analisados e discutidos a seguir.

Neste sentido, após o cumprimento e transposição destas etapas passaremos agora para apresentação dos dados coletados. Para uma maior compreensão por parte do leitor, optamos em citar as questões na ordem em que foram organizadas, intercalando as respostas recebidas com gráficos, de maneira associativa e inter-relacionada, procurando com isto entender e caracterizar a implantação e implementação do Serviço de Notificação Compulsória das Doenças Transmissíveis nas Instituições pesquisadas.

As citações utilizadas com base nos questionários serão identificadas pela designação “Profissional” seguido das letras A, B, C, D e E, sendo que cada letra corresponderá sempre a mesma pessoa, o que oportunizará o acompanhamento das citações de um mesmo profissional durante toda a apresentação dos dados.

Cabe salientar que dos seis questionários entregues recebemos cinco e todos estes após o prazo de quinze dias fixado no ato da entrega. Neste sentido, utilizaremos neste capítulo, cinco questionários ao invés dos seis estabelecidos anteriormente.

4.4 Resultados e Discussão

De acordo com a Portaria n.º 2.616, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão de assessoria da diretoria hospitalar e deve ser constituída conforme recomendação federal, contando com a participação em seu núcleo básico de representantes dos diversos serviços, devendo ser multidisciplinar pois envolve praticamente todos os setores da instituição. A CCIH tem papel deliberativo e deve possuir em sua estrutura um núcleo central e deve ser constituído por membros de consultoria, representados pelo serviço médico, de enfermagem, de farmácia, do laboratório de microbiologia e pela administração. O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH, que é o braço executivo, responsável pela vigilância, elaboração e execução das ações de controle deverá ser composto por membros executores, no mínimo dois técnicos de nível superior para cada 200 leitos ou fração deste, com carga horária diária de seis horas para o enfermeiro e quatro horas para o médico (BRASIL, 1998c).

De acordo com os dados recebidos em resposta ao item 1 que trata da identificação do profissional responsável pelo CCIH / SCIH percebemos que a totalidade dos profissionais são graduados em enfermagem, conforme Figura 4. Tal característica, além de cumprir o disposto na Portaria n.º 2.616, em seu Anexo I que trata da Organização da CCIH e do SCIH, comprova a relevância deste profissional como elemento central do SCIH, pois, segundo Fernandes et al. (2000), os enfermeiros são habitualmente mais receptivos do que os médicos às padronizações, participam em todos os aspectos da assistência aos pacientes, incluindo muitos procedimentos de alto risco.

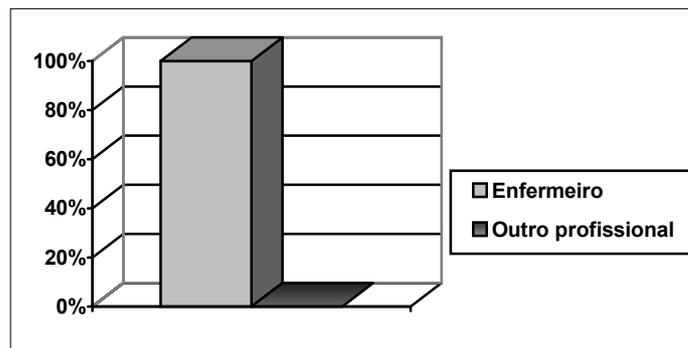


Figura 4: Formação Profissional

Fonte: Dados Primários 2001.

Com relação à capacitação teórico / prática recebida durante a graduação, questionada no item 1. b, 60% dos entrevistados não tiveram nenhuma disciplina que trabalhasse estas questões e 40% citam que em algum momento de sua formação acadêmica receberam conteúdos pertinentes ao assunto, conforme dados apresentados na Figura 5.

Tal característica aponta para a necessidade de intervenção do Ministério da Saúde junto ao Ministério da Educação e este junto ao Colegiado de Curso das Universidades, definindo critérios mínimos a serem adotados para os alunos de graduação na área da saúde, objetivando com isto a uniformização de conhecimentos mínimos necessários ao desenvolvimentos das atividades de vigilância epidemiológica em saúde.

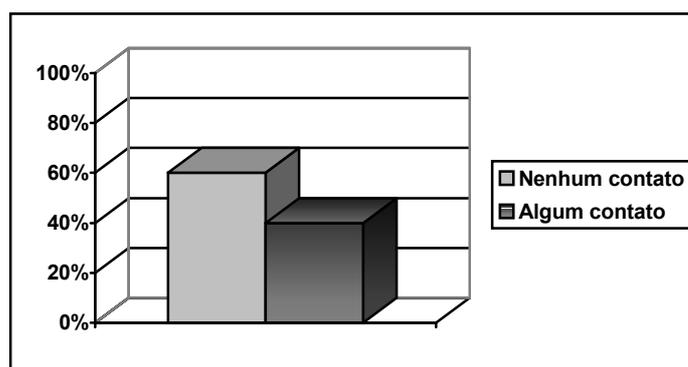


Figura 5: Capacitação Teórica

Fonte: Dados Primários 2001.

De acordo com os dados apresentados na Figura 6, 60% dos enfermeiros responsáveis pelo SCIH são formados há menos de cinco anos e 40 % há mais de

10 anos, o que demonstra uma certa imaturidade na composição dos SCIH e, conseqüentemente, compromete a qualidade e efetividade do serviço.

O tempo de formação, embora não determine as habilidades técnicas e cognitivas do profissional, influenciam de maneira decisiva no desenvolvimento de uma postura crítica em relação a dinâmica do trabalho em saúde. É importante que o enfermeiro saiba dividir adequadamente o seu tempo, não tornando a coleta de dados um fim em si mesmo, mas privilegiando as atividades de prevenção e controle. Segundo Fernandes et al. (2000), muito do sucesso do programa de controle de infecção e de vigilância dependerá da atuação do enfermeiro, devendo a sua escolha ser criteriosa, pois este deve ser experiente para poder avaliar corretamente a execução dos procedimentos, precisa ser capaz de estabelecer boas relações interpessoais e se comunicar adequadamente para que possa influenciar comportamentos.

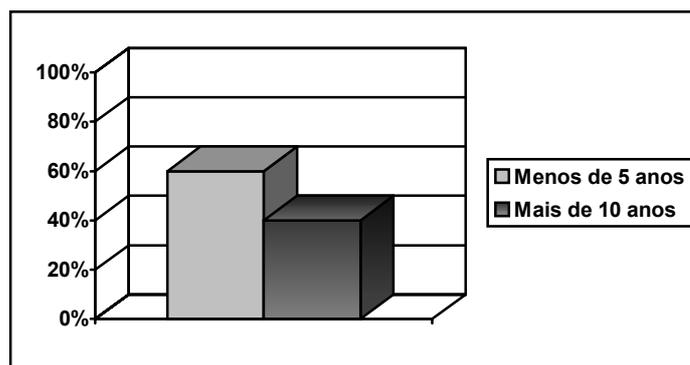


Figura 6: Tempo de Formação

Fonte: Dados Primários 2001.

Da mesma forma, o tempo de atividade específica junto ao SCIH irá determinar o amadurecimento do profissional enfermeiro em relação as questões de controle de infecção e vigilância epidemiológica, garantindo a implantação e implementação de atividades claras e objetivas em relação ao manejo das informações obtidas durante o tempo de hospitalização dos pacientes. Dentre os aspectos mais importantes, podemos citar: a afinidade com os formulários de notificação compulsória e impressos específicos e o conhecimento do trâmite mínimo necessário para o desencadeamento do processo INFORMAÇÃO – DECISÃO – AÇÃO.

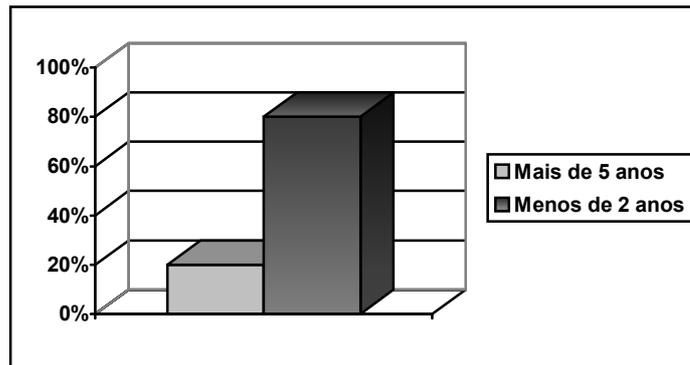


Figura 7: Tempo de Atividade

Fonte: Dados Primários 2001.

Percebe-se na Figura 7, em resposta ao item 1.c que apenas 20% dos entrevistados atuam na área de CCIH / SCIH há mais de cinco anos contra 80% que atuam há menos de dois anos o que, somando aos baixos índices encontrados no item 1.d apresentados na Figura 8 que trata da formação específica, revela um perfil de pouca experiência profissional a nível técnico – científico dos responsáveis pelo SCIH no município de Cascavel.

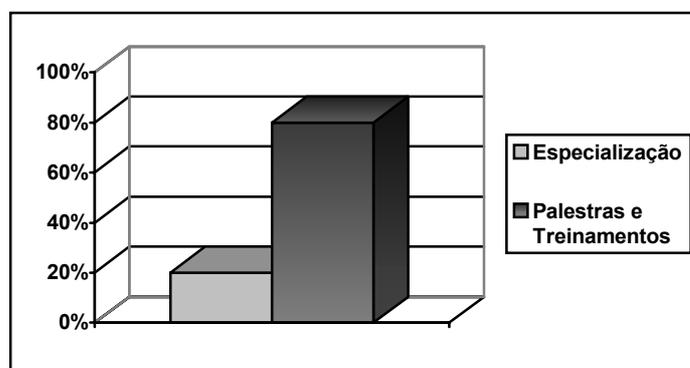


Figura 8: Formação Específica

Fonte: Dados Primários 2001.

Segundo Fernandes et al. (2000), culturalmente, o enfermeiro têm dificuldade em discutir com os médicos que não aderem às políticas preconizadas de controle. Faz-se necessário então, que ele seja tecnicamente competente, tenha conhecimentos de epidemiologia, estatística, microbiologia, para se sentir mais seguro no exercício de suas funções.

Deve-se investir nas habilidades educacionais do enfermeiro, pois uma das suas principais funções é educar o pessoal da instituição nas áreas de doenças

transmissíveis, esterilização, e das políticas adotadas pela CCIH. “Para ensinar é preciso estar continuamente atualizado no que diz respeito às medidas preconizadas na literatura” (FERNANDES et al., 2000, p. 39).

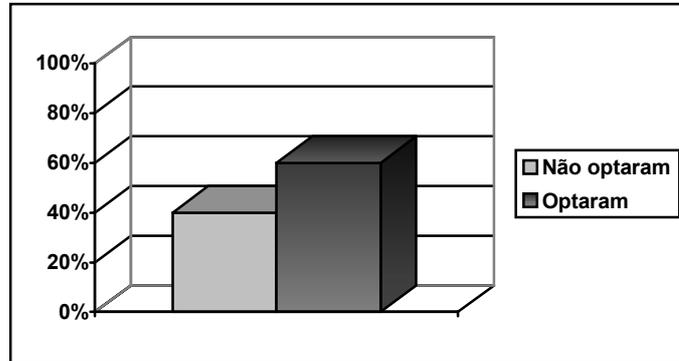


Figura 9: Opção pelo Serviço

Fonte: Dados Primários 2001.

Com relação aos dados obtidos referentes ao item 1.e que questiona a opção destes profissionais para o desenvolvimento das atuais atividades junto a CCIH e ao SCIH, apresentados na Figura 9, a maioria pode escolher e justifica tal opção conforme relatos a seguir:

A vigilância leva a investigação. Na investigação pode-se levantar dados, acompanhar a evolução do caso e avaliar a situação como um todo (Profissional A, 2001).

É uma atividade das mais complexas na atuação do enfermeiro, pois envolve a assistência aos doentes; a pesquisa; o aprimoramento e reciclagem do pessoal e da equipe multidisciplinar; mantém intercâmbio com as escolas; participa na tomada de decisões administrativas referentes a ampliação e reformas físicas; elaboração e otimização de normas e rotinas, bem como na divulgação da instituição através da elaboração de relatórios estatísticas que delineiam o perfil sanitário do hospital, o que vem proporcionar ao cliente a segurança esperada [...] (Profissional B, 2001).

[...] acho que é uma das áreas onde o profissional tem maior chance de pesquisa, até de certa forma induzindo o profissional a um aprimoramento constante, diferente das demais áreas de enfermagem (Profissional C, 2001).

Mas, 40% dos entrevistados não optaram pelo serviço e justificam que o fazem por “[...] necessidade da Instituição [...]” (Profissional D, 2001) e “Fui escolhida pelo médico da comissão [...]” (Profissional E, 2001).

Os dados cima apresentados nos fazem perceber que a maioria dos enfermeiros que atuam na CCIH / SCIH do município de Cascavel compreende a importância desta para uma melhor assistência ao cliente, embora uma grande porcentagem não

desenvolva esta atividade por opção, o que somando a pouca especialização e aperfeiçoamento compromete o Serviço como um todo, pois as estatísticas do município dependem destas Instituições e se as mesmas não forem trabalhadas com interesse e compromisso, teremos dados finais que não representam fidedignamente a nossa realidade epidemiológica.

Com relação ao item 2 que trata da caracterização da instituição em pública ou privada e da forma com isto influencia na filosofia da mesma em relação às atividades desenvolvidas pela CCIH / SCIH na área das doenças transmissíveis e seu controle, observamos através da Figura 10, em resposta ao item 2.a, que a maioria, ou seja, 80% dos hospitais pesquisados possuem caráter privado e 20% público.

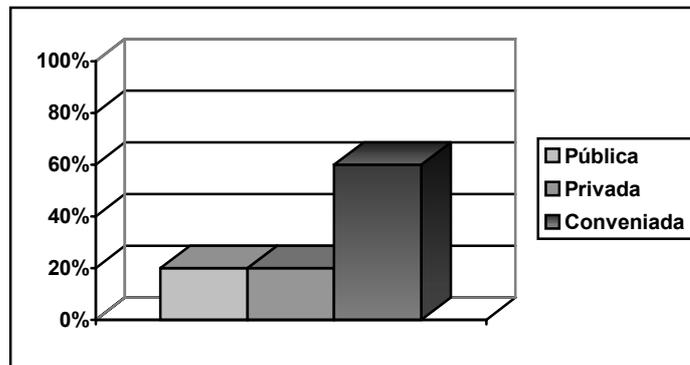


Figura 10: Caracterização da Instituição

Fonte: Dados Primários 2001.

De acordo com as respostas fornecidas, apresentadas na Figura 11, verificamos que o Serviço de Notificação compulsória desenvolvida pela CCIH/SCIH tem recebido o apoio necessário para o desenvolvimento de atividades pertinentes e que o caráter público ou privado interfere de maneira semelhante na tomada de decisões, uma vez que a implantação de normas e rotinas depende de toda estrutura hospitalar, o que implica na aprovação de tais medidas nas instâncias administrativas superiores.

Torna-se relevante citar as respostas analisadas na questão 2.b para que o leitor perceba a realidade específica de cada instituição, compreendendo assim a maneira como o profissional percebe a relação Instituição Hospitalar versus Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

A instituição contrata o profissional e espera que este coordene o serviço. Em algumas situações as decisões são tomadas junto com a direção do hospital e CCIH (Profissional A, 2001).

A instituição nomeia a equipe que trabalhará na CCIH/SCIH e dá autoridade para implantar sua rotina de trabalho, atendendo as exigências da Secretaria de Saúde relacionadas a notificação compulsória das doenças (Profissional B , 2001).

A instituição considera importante, procurando colaborar com a CCIH/SCIH, assessorando no que for necessário para realizar um bom trabalho (Profissional C, 2001).

Comunicar a Secretaria de Saúde e tomar medidas para evitar a disseminação (Profissional D, 2001).

A instituição visa o controle rigoroso das infecções pois assim sendo poderá oferecer um serviço seguro aos clientes (Profissional E, 2001).

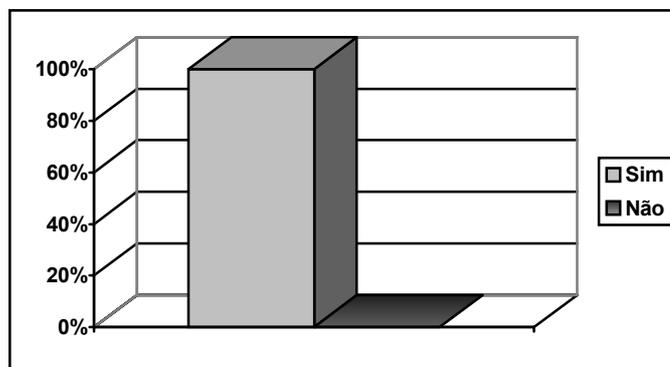


Figura 11: Apoio Institucional

Fonte: Dados Primários 2001.

A localização da CCIH e do SCIH na estrutura organizacional da Instituição pode variar em função das características, finalidades e do modelo de gestão adotado. No entanto, segundo Fernandes et al. (2000), é fundamental que seja garantido o máximo de flexibilidade para facilitar a interação com os diversos setores e serviços visando um trabalho cooperativo de diagnóstico e prevenção. Deve-se deixar claro o grau de autonomia conferida ao SCIH para iniciar as ações que considere necessárias.

Os modelos de gestão mais modernos, participativos e descentralizados trabalham com colegiados hospitalares, e a CCIH deve ter seu assento garantido nesta instância. Em muitos hospitais, a CCIH é parte do Serviço de Epidemiologia Hospitalar, que engloba outros programas além da vigilância e do controle de infecções (FERNANDES et al., 2000).

A formação acadêmica bem como o aperfeiçoamento profissional influenciam diretamente na concepção de serviço e na importância que se dá ao mesmo. A forma pelo qual o profissional é escolhido para atuar na CCIH/SCIH (opção ou não)

bem como a filosofia da Instituição com relação ao Serviço, determinam pontos relevantes que motivarão as condutas e decisões tomadas pelo enfermeiro no desenvolvimento de suas atividades.

Existe uma estreita relação que deve ser considerada para que não se cometam injustiças ao se analisar a busca de conhecimentos e a prática vivenciada no cotidiano. São inúmeros os fatores que irão influenciar na forma como o profissional vê o serviço e a importância que dá ao mesmo. Os dados obtidos com o item 3 que trata destas questões, apresentados na Figura 12, mostram diferentes formas de se pensar e escalas diferentes de valores que se conferem à importância do Serviço de Notificação Compulsória das Doenças.

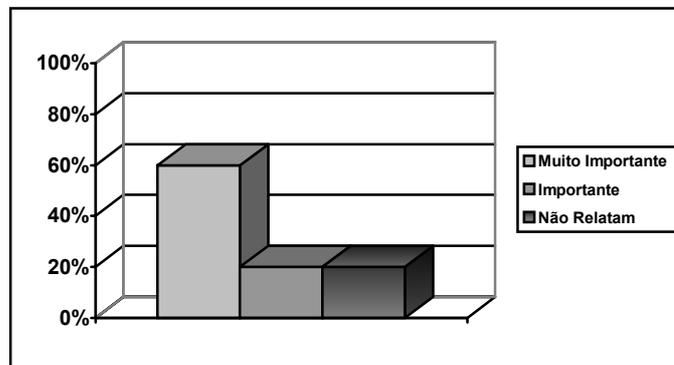


Figura 12: Importância Conferida ao Serviço

Fonte: Dados Primários 2001.

A notificação é um meio de levantar dados, que permitem analisar o comportamento e distribuição das doenças, e em tempo hábil tomar medidas preventivas (Profissional A, 2001).

A notificação das doenças transmissíveis é de suma importância para analisarmos o comportamento destas patologias, sua prevalência e principais estratégias de controle (Profissional B, 2001).

A importância de notificarmos as doenças identificadas em nossa Instituição se dá pelo fato de nos fornecer subsídios para o planejamento de ações específicas de controle (Profissional C, 2001).

É muito importante, pois é através destes dados que podemos perceber e avaliar as atividades de controle implementadas pela Saúde Pública (Profissional E, 2001).

De maneira geral, os profissionais percebem a relevância das informações resultantes do processo de notificação dentro do contexto hospitalar e de como esta informação pode ser útil no desenvolvimento de estratégias para o controle e erradicação dos principais grupos de doenças transmissíveis. Cabe ressaltar que

muitas vezes a análise é feita de forma descontextualizada, ou seja, as respostas analisadas, com exceção ao Profissional E, não citam a importância desta informação como subsídio para o planejamento de ações no nível macroregional.

Para que possamos compreender a dinâmica dos processos de notificação dentro do contexto hospitalar, solicitamos na questão 4 que o profissional identificasse as principais dificuldades encontradas no desenvolvimento das atividades de notificação de doenças e agravos na Instituição, em relação às técnicas e serviços auxiliares, ao conhecimento técnico – científico da equipe multidisciplinar; à estrutura organizacional da CCIH/SCIH e a Instituição.

As respostas recebidas apontam inúmeros problemas e dificuldades vivenciadas nesta prática. Percebe-se que, subjetivamente, a maioria delas apontam para a falta de responsabilidade, compromisso e conhecimento da equipe técnica na realização das atividades pertinentes ao Serviço.

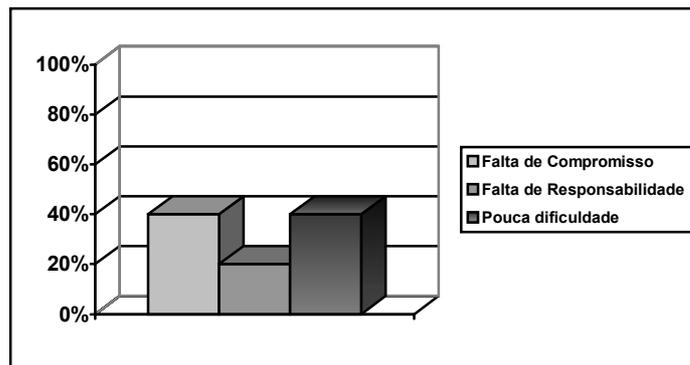


Figura 13: Problemas em Relação a Técnica

Fonte: Dados Primários 2001.

Dentre as principais técnicas e serviços auxiliares necessários à implementação das atividades de vigilância epidemiológica, salientamos aquelas relativas ao diagnóstico precoce, que envolve o raciocínio lógico do médico assistente e a agilidade de confirmação laboratorial, bem como as medidas de precauções a serem adotadas para cada caso, conforme preconização do Ministério da Saúde e padronização da CCIH da Instituição.

De acordo com o Profissional A (2001) existe dificuldade em trabalhar as questões de fixação de rotinas pois as ações de controle estão em freqüente adaptação. Torna-se necessário reafirmar que as ciências médicas e afins estão em constante desenvolvimento devido a pesquisas realizadas e a utilização de novas tecnologias,

o que significa que as atividades de educação devem ser constantemente avaliadas para dar conta desta crescente demanda.

Para o Profissional B (2001), as maiores dificuldades são a subnotificação dos casos e o preenchimento inadequado ou não preenchimento das fichas e formulários padronizados. Para os Profissionais C e D, não existem grandes dificuldades, sendo que apenas a falta de estrutura física específica para os casos de isolamento é citada como problema. Já o Profissional E (2001) diz : “Não tenho encontrado grandes problemas, uma vez que fazemos treinamento e acompanhamento dos auxiliares no desempenho de técnicas”.

As atividades de vigilância epidemiológica devem ser desenvolvidas de forma ininterrupta, o que significa que toda a equipe multiprofissional deve estar engajada. A adesão dos profissionais só será possível através do estabelecimento de laços de compromisso, responsabilidades e co-responsabilidades, obtidos com a sistematização das ações de identificação dos casos passíveis de notificação, adoção de medidas de isolamento e do tratamento adequado. Salientamos mais uma vez a importância dos processos educativos para a efetivação das ações específicas do SCIH dentro do contexto das Instituições de Saúde, reafirmando a citação do Profissional E.

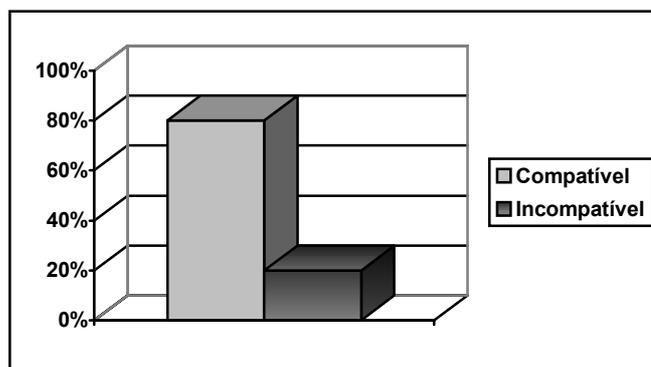


Figura 14: Conhecimento Equipe Interdisciplinar

Fonte: Dados Primários 2001.

O conhecimento dos principais grupos de patologias sob vigilância contínua e da forma como a atuação profissional pode oportunizar o controle e erradicação destas é fundamental para que todos os profissionais possam colaborar para a efetivação do trabalho do SCIH. Os mecanismos específicos adotados em cada Instituição devem primar pela simplicidade, ou seja, facilidade de registro e coleta de dados

para que o processo de notificação das doenças transmissíveis possa ocorrer de maneira tranqüila.

A implantação de um sistema informatizado facilitará e agilizará o processo, mas este deve ser construído a partir da realidade específica da instituições, oportunizando a participação dos atores envolvidos no processo, objetivando com isto a identificação de possíveis falhas e das interfaces do sistema.

A ausência de registros impossibilita a construção de um banco de dados e conseqüentemente inibe a tomada de decisão, neste sentido, torna-se necessário a priorização de ações educativas no sentido de instrumentalizar a equipe para o desenvolvimento destas atividades.

Observamos poucas anotações no prontuário do paciente quanto a evolução e esclarecimento do diagnóstico. O SCIH é freqüentemente solicitado para orientar normas de precaução, apesar de já ter rotinas estabelecidas (Profissional A, 2001).

A implantação de um Serviço de Educação Continuada dentro da Instituição de Saúde é fundamental para a manutenção do conhecimento e faz parte das funções do SCIH. “Com relação à equipe não resta dúvida de que existe a necessidade de estar se atualizando pois a CCIH é muito dinâmica” (Profissional C, 2001). Neste sentido, a responsabilidade final pela capacitação da equipe é da Instituição e não dos órgãos governamentais, o que não impede que estes desenvolvam mecanismos suficientemente capazes de colaborar com este processo de reciclagem permanente.

Dependemos praticamente só da secretaria de Saúde para reciclagem profissional [...] há grande dificuldade com profissionais capacitados pois as escolas não abordam esta área como disciplina importante durante a graduação (Profissional B, 2001).

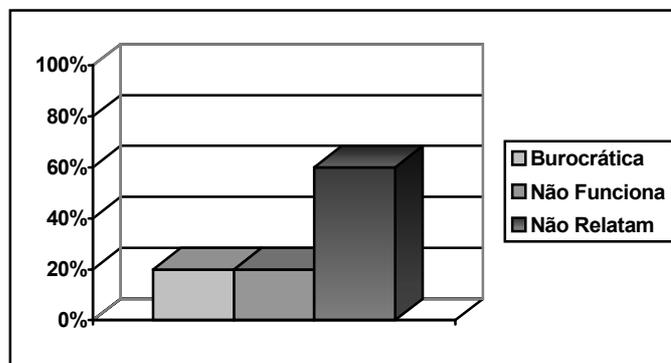


Figura 15: Estrutura Organizacional do Serviço

Fonte: Dados Primários 2001.

De acordo com o Profissional B (2001), a estrutura administrativa do SCIH não funciona pois as atividades ficam sob a responsabilidade total do enfermeiro, salvo quando ele tem equipe de apoio (auxiliar de enfermagem ou administrativo). Já para o Profissional C (2001), o excesso de burocracia muitas vezes dificulta o serviço.

Cabe ressaltar que a estrutura proposta pelo Ministério da Saúde através da Portaria n.º 2.616 prevê a definição dos membros de consultoria da CCIH e dos membros executores para o SCIH, não especificando o quantitativo do pessoal de apoio necessário a execução das atividades específicas, uma vez que este deve ser calculado considerando-se a listagem de competências da CCIH e do SCIH apresentadas na Portaria bem como o número de leitos e a complexidade dos serviços oferecidos pela instituição (BRASIL, 1998c).

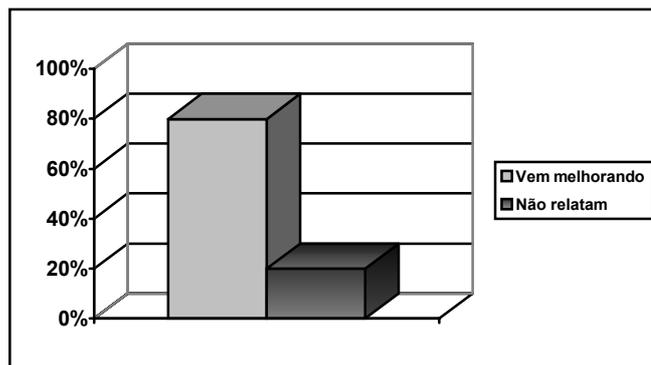


Figura 16: Reconhecimento Institucional

Fonte: Dados Primários 2001.

Observa-se na Figura 16 que de maneira geral, as Instituições de Saúde vem modificando seu comportamento em relação aos profissionais executores das ações de vigilância e controle de infecção. Sabemos que todo serviço a ser implantando, independente de suas características específicas, requer um período de adaptação por parte da estrutura administrativa de qualquer organização. Em especial, a CCIH e o SCIH promovem mudanças substanciais nas relações de trabalho e nos objetivos da organização, uma vez que preconizam a utilização de insumos específicos e padronizados para cada procedimento, o que gera um aumento de gastos/investimento no setor saúde e, conseqüentemente, exige mais da capacidade gerencial dos administradores na realidade brasileira, onde os recursos são limitados.

As maiores dificuldades apresentadas dizem respeito a estrutura física destinada a instalação do SCIH bem como dos recursos tecnológicos necessários a criação de um banco de dados e a construção de indicadores específicos da instituição. No que diz respeito ao custeio dos exames específicos para controle de qualidade, diagnóstico e avaliação das medidas adotadas, as instituições ainda apresentam resistência, o que impede o embasamento científico das principais estratégias adotadas para controle das doenças transmissíveis no contexto hospitalar. “O reconhecimento do trabalho tem melhorado; os gerentes das instituições e os profissionais já tem se atentado à importância da CCIH como melhoria na qualidade da assistência” (Profissional B, 2001).

Apesar das concepções filosóficas destes profissionais e das instituições pesquisadas serem voltadas a questões amplas de prevenção e controle das doenças transmissíveis, percebe-se, com base em sua falas, que na prática a realidade é outra. As ações cotidianas demonstram em muitas situações, apenas uma preocupação com a melhoria da qualidade na assistência prestada, objetivando retornos financeiros e de marketing.

Cria-se e institui-se uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar por exigência legal, mas os princípios e normas instituídas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar nem sempre são aceitos pela equipe multidisciplinar, o que acaba comprometendo os objetivos e finalidades da mesma.

De acordo com o Ministério da Saúde, o cumprimento das funções da Vigilância Epidemiológica depende da disponibilidade de informações que sirvam para subsidiar o desencadeamento de ações. A coleta de dados ocorre em todos os níveis de atuação do sistema de saúde e para sua efetiva operacionalização criaram-se mecanismos com a implantação do Sistema Único de Saúde, que orientassem o fluxo, a periodicidade e o tipo de dado que interessa ao Sistema de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 1998a).

Por ser uma estrutura recente, muitos aspectos acabam por necessitar de uma reavaliação/readequação, para que possam suprir de maneira eficaz as exigências e necessidades do serviço. Em resposta ao item 5 que trata deste assunto, percebe-se um certo descontentamento por parte dos profissionais com relação a burocracia exigida no cumprimento das atividades de notificação e controle das doenças transmissíveis, o que acaba comprometendo seu funcionamento.

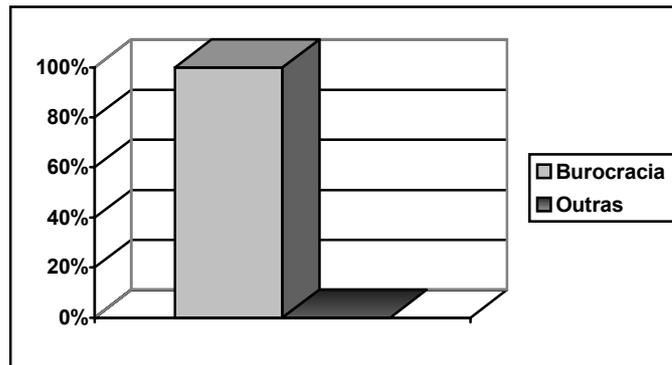


Figura 17: Dificuldades Encontradas no SIS

Fonte: Dados Primários 2001.

Quando questionados no item 6 se o Sistema de Informação em Saúde supre as necessidade de informação e retroalimentação, todos os profissionais entrevistados são categóricos ao afirmar que quase não recebem informações do Sistema e apontam este fato como agravante, pois esta ausência / carência de retroalimentação faz com que a equipe multidisciplinar não conheça o perfil epidemiológico da sua população e tão pouco possa acompanhar a evolução e eficácia das medidas de controle tomadas, específicas de cada situação epidemiológica.

Cabe salientar que a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde possuem em seus sites, bancos de dados completos em relação aos principais indicadores, o que se constitui em um mecanismo de retroalimentação. Torna-se necessário instrumentalizar os profissionais para que possam efetuar pesquisas nas bases de dados, minimizando as dificuldades de acesso às principais informações e indicadores epidemiológicos.

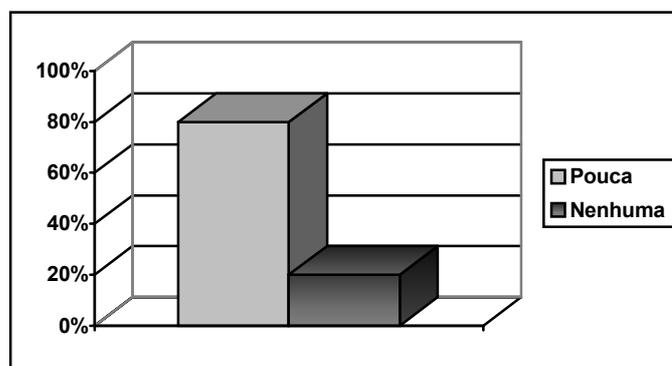


Figura 18: Retroalimentação do SIS

Fonte: Dados Primários, 2001.

Como sugestões, solicitadas no item 7, para uma melhor operacionalização do Serviço de Vigilância Epidemiológica, os profissionais entrevistados apontam a elaboração de um plano de ação com o objetivo de sensibilizar a equipe multidisciplinar à notificar 100% dos casos; a simplificação da notificação, elaborando-se um impresso único e padronizado para todas as doenças; a retroalimentação das fontes notificadoras com boletins informativos e dados estatísticos; uma maior compreensão por parte da Secretaria de Saúde com relação aos atrasos nas informações; a implantação de um protocolo básico afim de especificar melhor as notificações, facilitando o serviço e a realização de reuniões periódicas com os profissionais que atuam no serviço para uma troca de experiências.

Todos estes dados coletados com a aplicação do questionário, nos fazem perceber as inúmeras dificuldades encontradas cotidianamente do desempenho adequado das funções de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória. Acreditamos que a estrutura física e o apoio institucional determinam muitos dos parâmetros de qualidade esperados do Serviço, mas observamos que a formação profissional e as concepções filosóficas intrínsecas sejam determinantes na existência ou não das subnotificações.

4.5 Síntese do Capítulo

Procuramos neste capítulo, transcrever parte das citações feitas pelos profissionais responsáveis pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar em Hospitais de rede pública e privada do município de Cascavel com o objetivo de identificar as principais falhas encontradas no processo de notificação das Doenças de Notificação Compulsória. A análise das informações obtidas através dos questionários sob a luz dos conhecimentos específicos da epidemiologia demonstra que não se percebe a relevância e muitas vezes não há compromisso por parte dos profissionais envolvidos em todas as etapas de atendimento ao paciente portador de doença transmissível. Cabe ressaltar a importância da adoção de medidas de educação continuada e formação dos técnicos responsáveis pelo SCIH e de toda equipe multiprofissional, uma vez que pudemos perceber as dificuldades

encontradas em relação ao processo de estruturação do serviço e de efetivação da vigilância epidemiológica das doenças de notificação obrigatória.

No capítulo seguinte, estaremos apresentando uma proposta de formação para a equipe multiprofissional, utilizando a Educação a Distância como proposta viável, considerando-se as características do trabalho em saúde e da demanda por capacitação identificada durante a realização da pesquisa de campo.

5 PROPOSTA DE AÇÃO

5.1 Introdução

Segundo Bolzan (1998), a revolução tecnológica está determinando uma nova ordem econômica e social em todos os campos da ação humana, principalmente na área da educação. O desenvolvimento científico e tecnológico vem criando nos educadores a necessidade de adotar modelos de ensino que atendam às profundas modificações que a sociedade passa a exigir, onde a perspectiva de diversificar os espaços educacionais revela um aprendizado sem fronteiras. Órgãos governamentais e empresas privadas vem desenvolvendo sistemas de educação a distância para tratar das crescentes necessidades educacionais que não podem ser satisfeitas pelos sistemas escolares tradicionais, pois dão acesso a oportunidades educacionais a pessoas que não podem ir à escola, usam técnicas inovadoras de ensino e aprendizagem, produzem material didático interessantes e estimulantes para os alunos e, principalmente, são mais econômicos do que as formas tradicionais de educação.

Dentro desta perspectiva e considerando os dados obtidos com a pesquisa de campo, estaremos propondo a implantação de um curso de Pós-graduação em Vigilância Epidemiológica para os profissionais atuantes em Controle de Infecção e Vigilância Epidemiológica no município de Cascavel. Adotamos como estratégia a educação a distância por acreditar que esta poderá atender de maneira satisfatória as necessidades discutidas e apresentadas no capítulo quatro, e, principalmente, oportunizará o acesso aos profissionais envolvidos.

5.2 Educação a Distância

Segundo Carvalho (2000), desde o advento da imprensa, que pode ser considerado o grande marco distintivo da cultura moderna, quando o conhecimento produzido e acumulado pela humanidade começou a ser socializado, não assistimos a tantas mudanças em termos de disseminação do conhecimento quanto nas últimas décadas. O desenvolvimento da informática e o acesso a componentes

microeletrônicos, a popularização da Internet e das bibliotecas virtuais têm influenciado de forma determinante as atividades profissionais e as relações interpessoais.

A Educação a Distância – EAD começou no século XV, quando Johannes Guttenberg, em Mogúncia, Alemanha, inventou a imprensa, com composição de palavras com caracteres móveis. Com a criação, tornou-se desnecessário ir à escola para assistir o venerado mestre ler, na frente de seus discípulos, o raro livro copiado. Antes, os livros copiados manualmente eram caríssimos e portanto inacessíveis à plebe, razão pela qual os mestres eram tratados como integrantes da corte (ALVES, 2000, p. 1).

No campo da educação, o aparecimento das chamadas novas mídias, ou seja, a mídia eletrônica (DIZARD JUNIOR, 1998) está provocando grandes alterações. A divulgação do conhecimento produzido e o acesso à informação, que se constituem pilares da educação ocidental moderna, acontecem de forma cada vez mais ágil e, com isto, os critérios de perenidade e permanência dos conhecimentos acumulados somam-se ao critério da atualidade. “O novo conhecimento está disponível em quantidade, profundidade e com rapidez a quem desejar conhecê-lo” (CARVALHO, 2000, p. 01).

O avanço científico e tecnológico, especialmente as tecnologias de informação e de comunicação estão modificando profundamente o modo de vida, levando a novas formas de convivência, introduzindo novos valores, hábitos e tipos de interação social, incluindo novas formas de aprender e ensinar. Para Abreu et al. (1999), neste contexto, a aprendizagem aberta, continuada, a distância e virtual se mostra como estratégia para enfrentar os desafios do conhecimentos.

Apesar da grande tradição em cursos a distância, o Brasil permanece com grande déficit educacional, mas apresenta quadro favorável à introdução massiva de programas de educação a distância apoiados pelas tecnologias interativas.

O planeta vive a chamada revolução da inteligência, estruturada numa economia que se baseia fortemente na informação (ABREU et al., 1999). No contexto destas mudanças sociais profundas acontecendo em ritmo acelerado, os desafios para os sistemas educacionais são muito grandes, sendo imprescindível a reformulação das políticas de formação, incluindo o conceito de educação continuada, o que significa repensar currículos, programas e metodologias de ensino, enfatizando a aquisição de habilidades de aprendizagem e a interdisciplinaridade.

A Lei n.º 9.349 de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB), no seu artigo 80, das disposições gerais, regulamentada

pelo Decreto n.º 2.494 de 10 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1996b;1998d), atribui ao poder público o papel de incentivar o desenvolvimento de programas de ensino a distância, em todos os níveis e modalidades de ensino. A LDB trata a educação a distância como forma de ensino que possibilita a auto-aprendizagem, com a mediação de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados e veiculados pelos diversos meios de comunicação.

De modo genérico pode-se dizer que em países como o Brasil, onde existem áreas de tecnologia avançada convivendo com situações de extrema precariedade e exclusão social, o sucesso de experiências de formação a distância, depende da organização de estruturas locais de estudo coletivo [...] É, assim, importante desenvolver habilidades básicas de estudo e de motivação e organização que favoreçam a auto formação [...] (ABREU, et al., 1999).

Neste sentido, a inclusão das tecnologias de comunicação nos programas de educação continuada a distância permitirá a constituição de uma comunidade de trabalho e aprendizagem em rede, oportunizando o acesso a todos os trabalhadores em saúde que atuam na área de controle de doenças transmissíveis, bem como da equipe interdisciplinar em saúde.

5.3 Estratégia

Segundo Brasil (2000c), a descentralização financeira e de gestão dos serviços de saúde, com mudanças nos níveis de atuação dos Estados e principalmente dos municípios, trouxe de imediato duas conseqüências importantes: 1) uma considerável expansão dos empregos na esfera municipal; 2) a necessidade de mudanças no perfil dos profissionais em torno de experiências efetivas de reformulação do modelo de assistência à saúde. Assim o 'fazer saúde', voltado principalmente para a inversão do modelo assistencial através da reorientação das práticas sanitárias, exige mais do que nunca profissionais e técnicos com capacidade de atuar em diferentes setores de forma a apresentar a melhoria dos indicadores de saúde, em qualquer nível de atenção existente no sistema de saúde.

A implantação de um sistema de saúde equânime depende de todos: gestores, trabalhadores, especialistas enfim. Mas os trabalhadores que compõem a equipe de enfermagem são sujeitos de especial importância no processo de reforma do curso, pois a eles cabe a responsabilidade primordial do 'cuidado' aos indivíduos e comunidades. Este cuidado, quando realizado com qualidade, incorpora, além de competências e habilidades

técnicas, outras dimensões das relações humanas e sociais, como a ética e a responsabilidade (BRASIL, 2000c, p. 10).

Para superar o tradicional enfoque da educação profissional baseado apenas na preparação do trabalhador para a execução de um determinado conjunto de tarefas, consideramos, também, que será necessário investir na formação pedagógica dos profissionais que atuarão como docentes nos cursos de graduação da área de saúde, através da estruturação de um processo de educação permanente junto aos profissionais, questão fundamental frente as constantes mudanças tecnológicas que envolvem o setor.

A Educação a Distância é uma modalidade reconhecida pela Lei n.º 9.394/96 – a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, como alternativa e com o mesmo valor da forma presencial, oferecendo possibilidades que o ensino presencial não pode oferecer, como o acesso a oportunidades educacionais, o uso de teorias inovadoras associadas as novas tecnologias e o desenvolvimento do aluno enquanto fundamental para o processo ensino e aprendizagem (BRASIL, 1996b).

Como profissional da saúde, sabemos o quanto a educação está presente no dia-a-dia das pessoas e como a qualificação profissional de toda a equipe de saúde é fundamental. Sabemos ainda que o exercício de qualquer profissão de forma competente exige formação específica. Quando se atua em uma sociedade marcada pela exclusão, as práticas sociais de educação e saúde têm de ser formas de enfrentar e superar as desigualdades sociais e não de acirrá-las.

Saber ser profissional da saúde requer aprender a buscar os conhecimentos de várias áreas que permitam a análise das práticas em saúde, transformando o conhecimento já produzido em saber disponível para outros profissionais, usando formas de ensinar adequadas.

O curso que propomos, foi elaborado a partir da necessidade percebida de capacitação e especialização dos profissionais que atuam em Controle de Infecção e Vigilância Epidemiológica nas instituições hospitalares do município de Cascavel – Paraná, mas acreditamos que a concepção do curso garantirá o incremento das atividades de formação profissional nas Universidades, bem como poderá ser utilizado por profissionais atuantes em vigilância epidemiológica no nível municipal e estadual, garantindo a instrumentalização de todos os profissionais responsáveis pelo sistema de informações de agravos notificáveis, bem como, oportunizar a formação de novos profissionais de saúde, dentro desta perspectiva.

Estaremos utilizando como referencial para a proposta curricular do curso, o material elaborado pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, quando da implantação do curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem, curso realizado através da modalidade ensino a distância, conforme Resolução n.º 9.394/96 LDB.

A aprendizagem a distância, assim como a presencial, não acontece da mesma forma com todos os alunos. Ocorre a partir da construção de conhecimentos em interação com a realidade; depende da história e das experiências anteriores, que incluem, por sua vez, outras pessoas e outros profissionais. As competências adquiridas enquanto profissional de saúde, foram construídas a partir da formação acadêmica e de outras experiências anteriores junto a outros profissionais na prestação de serviços em saúde.

Se, por um lado, as trocas que acontecem no dia-a-dia de uma sala de aula entre alunos e professores e que garantem a riqueza do processo de aprender não podem ser observadas da mesma forma nos processos a distância, de outro lado, é nessa modalidade que as possibilidades de centrar o processo de aprender no aluno, e não no professor, se ampliam (BRASIL, 2000c, p. 17).

Não é apenas na opção da educação a distância que está a solução para focar a educação no aluno, essa mudança exige uma reorganização do processo educativo voltado para o desenvolvimento da capacidade de auto-aprendizagem. O que se destaca, é a possibilidade de a educação a distância, comprometida com os resultados dos alunos, constituir-se em alternativa para aprender a aprender e continuar aprendendo, não só pela orientação constante em relação aos assuntos tratados, mas pela criação ou estímulo ao hábito de pesquisar, pelo respeito ao ritmo do aluno e à diversidade de experiências profissionais.

5.4 A Concepção Pedagógica

O curso deverá ser construído a partir de uma concepção pedagógica que, na sua essência, reconheça a Educação, assim como a Saúde, como práticas que integram o sistema social, no conjunto das demais práticas da nossa sociedade, repleta de desafios, associando uma visão global da realidade social e da prática em saúde às competências específicas a serem desenvolvidas. Respeitar a história de vida e de profissão do aluno, priorizando o desenvolvimento da capacidade de

escolher e de decidir, de maneira crítica, formas melhores de atuar como cidadãos/trabalhadores, procurando garantir as condições efetivas para que todos disponham das possibilidades culturais e científicas para tal.

O desenvolvimento de competências para a atuação profissional na área de vigilância epidemiológica, percebida nos objetivos do curso, revelam a opção por uma formação pedagógica comprometida com o paradigma da promoção da saúde, com a necessidade de qualificação da equipe interdisciplinar e com o estímulo à reflexão, à crítica, à capacidade de atuar de forma embasada e transformadora.

Entendemos, segundo Brasil (2000c), que as competências são desenvolvidas e se expressam em situações concretas, devendo envolver tanto a mobilização de conhecimentos teóricos como de conhecimentos decorrentes da vivência profissional, construída de forma coletiva, visando romper às diferentes demandas das situações concretas e complexas da atividade profissional.

A abordagem crítica e reflexiva dos conteúdos, a partir da realidade, do contexto em que as práticas de Educação e de saúde se desenvolvem, faz parte das exigências de uma nova atitude profissional comprometida com o coletivo, com a criação de uma sociedade mais humana e igualitária (BRASIL, 2000c, p.17).

Esta proposta constitui-se em formação inicial para os profissionais da saúde. Formação, entretanto, é processo contínuo, que não se esgota aqui. A capacidade de continuar aprendendo, de aprender a aprender continuamente, de criar alternativas, de inovar, tem na autonomia para seguir esse caminho seu principal requisito, que não desestimula a procura do diálogo com os pares; ao contrário, busca nele o enriquecimento do processo formativo.

5.5 Os Objetivos

1. Desenvolver uma sólida formação teórico-prática, com bases filosóficas, científicas, técnicas e políticas, para a adoção de uma prática em saúde crítica, significativa e emancipadora, que possibilite ao profissional de vigilância epidemiológica:
 - Associar uma visão crítica e global da sociedade, da prática em saúde, às competências específicas na área, na perspectiva do atendimento integral e de qualidade;

- Escolher e desenvolver formas melhores de atuar com responsabilidade e ética, no âmbito das práticas educativas e assistenciais em saúde;
2. Oferecer, através de equipe multidisciplinar, uma formação pautada na reflexão, visando a construção e o desenvolvimento de um sistema de informações em saúde como base para o planejamento das ações e o estabelecimento de políticas públicas de saúde.

5.6 A Estrutura do Curso

Para que os objetivos do curso de Vigilância Epidemiológica possam ser atingidos, os conteúdos serão estruturados em três núcleos, articulados entre si:

- Núcleo Contextual
- Núcleo Estrutural
- Núcleo Integrador

A Quadro 2 apresenta, de forma resumida, os objetivos de cada núcleo, o número de módulos e a carga horária prevista para o estudo de cada um dos núcleos que compõem o curso.

Quadro 2: Objetivos e Carga Horária

Núcleo	Objetivos	N.º de Módulos	Carga Horária Prevista
CONTEXTUAL	Oferecer informações, oportunidades e estímulos para que o aluno seja capaz de construir um referencial teórico de análise e reflexão crítica sobre a prática profissional em saúde e sobre novas contribuições teórico-práticas no campo da epidemiologia.	03	105h
ESTRUTURAL	Oferecer e complementar as bases teórico-práticas que estruturam a prática crítica em saúde, com ênfase no campo da vigilância epidemiológica.	03	105h
INTEGRADOR	Possibilitar e orientar a imersão na prática de ensino em vigilância epidemiológica e apresentar estratégias que viabilizem a articulação teoria-prática e a dinâmica da ação a partir de uma vivência concreta.	03	180h

Fonte: Adaptado de Brasil (2000c).

Os núcleos Contextual e Estrutural oferecem essencialmente as bases teórico-práticas para a ação profissional, situando-a no campo da vigilância epidemiológica. O estudo será individualizado, composto por seis módulos organizados em temas, com indicação de atividades e com suporte de tutoria. O núcleo Integrador aprofunda a especificidade dessa prática. Baseado no estudo a distância de três módulos organizados sob a forma de movimentos, contará com o apoio da tutoria e é acrescido de momentos presenciais. Estes se darão por ocasião de seminários em que participarão todos os alunos, e das atividades desenvolvidas pelo aluno, durante a prática profissional nas instituições de saúde em que trabalham.

Os núcleos não são organizados em módulos apenas de teoria nem módulos apenas de prática. Quando a ênfase estiver na reflexão teórica, a prática indicará o caminho dessa reflexão; quando a ênfase estiver na prática, a teoria mostrará suas possibilidades e caminhos.

A carga horária definida para cada núcleo é flexível, pois o aluno poderá ter maior facilidade para trabalhar um determinado tema e conseguir avançar utilizando uma carga horária menor, de forma a acelerar seus estudos. A necessidade de um tempo maior para um determinado módulo também é uma possibilidade, respeitando-se o ritmo e a necessidade de aprofundar os estudos por parte do aluno. O núcleo Integrador possui carga horária maior, uma vez que nele estão localizadas as atividades que visam tornar concreta sua prática na realidade das instituições de saúde.

Ao todo, o curso prevê uma carga horária mínima de 390 horas, distribuídas em um período equivalente há 11 meses, em conformidade com a Resolução n.º 01 do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001).

O curso está estruturado em módulos de acordo com o núcleo, sendo que cada módulo constitui-se em unidade didática que permite integrar conteúdos teóricos e práticos e estabelecer relações entre várias áreas do conhecimento, que se articulam a partir de temas que tem sua origem nas práticas sociais. Nos módulos estarão definidas a abrangência, a dosagem e a integração do currículo. Essa definição deverá considerar a concepção pedagógica do curso, os objetivos e as competências a serem alcançados, tornando o aluno o ator do processo de aprender.

Quadro 3: Módulos e Temas Trabalhados

Núcleos	Módulos	Temas
CONTEXTUAL	1	História Natural das Doenças
	2	O processo saúde-doença
	3	Bases Conceituais e Históricas da Epidemiologia
ESTRUTURAL	4	O Processo de Trabalho em Saúde
	5	Método Epidemiológico
	6	Bases Epidemiológicas das Doenças
INTEGRADOR	7	Inquérito Epidemiológico
	8	Métodos de Controle de Doenças Transmissíveis
	9	O Sistema de Informação em Saúde

Fonte: Dados Primários 2001.

Em todos os módulos do curso, serão sugeridas leituras complementares ou sugestões de sites na Internet que servirão para o aluno aprofundar ou complementar os temas tratados.

5.6.1 Tecnologias Envolvidas

Em Educação a Distância, a interação entre tutor e aluno e entre os alunos é condição para que os objetivos sejam alcançados. É fundamental a utilização das tecnologias de comunicação disponíveis, ampliando assim as oportunidades de acesso a textos e materiais complementares, bem como a troca de idéias e a socialização dos conhecimentos adquiridos por parte dos alunos.

De maneira geral, a concepção do curso prevê a utilização de textos de apoio elaborados para este fim e da Internet, como fonte de pesquisa e de comunicação entre aluno e tutor. Outras tecnologias que poderão ser utilizadas:

- Telefone
- Fax
- Correio eletrônico
- Televisão e Vídeo
- Softwares relacionados

Cabe ressaltar que esta proposta inicial de implantação do curso de Vigilância Epidemiológica poderá e deverá ser adaptada a realidade da Instituição de Ensino proponente e da clientela alvo. Neste sentido, o material a ser elaborado deverá

considerar as diferenças regionais e o acesso aos meios de comunicação e tecnologias envolvidos.

5.7 O Processo de Avaliação

De acordo com a proposta de formação pedagógica, o fim da avaliação não reside em si mesma, é parte do processo didático que busca interferir no desenvolvimento para a inclusão do aluno. A avaliação torna-se um procedimento solidário ao processo ensino-aprendizagem, sendo exercida ao longo do processo.

O curso prevê a avaliação do aluno em relação às competências estabelecidas para cada módulo. Cada um dos módulos terá uma avaliação correspondente, obedecendo as normas legais para o funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu a distância. A avaliação de desempenho do aluno deverá incluir o resultado de provas presenciais e da apresentação de um trabalho de final de curso.

A Atividade de Avaliação do Módulo (AAM) deverá ser realizada ao término do estudo de cada módulo e encaminhada via Internet ao tutor para que seja corrigida e valorada de acordo com o aproveitamento individual. Assim, ao término de cada módulo, haverá uma avaliação e uma nota (de 0 a 10) a ela atribuída.

No Núcleo Integrador, as atividades de avaliação são propostas durante os movimentos de cada módulo, sendo que em todos os módulos, essas atividades poderão ser realizadas de várias formas:

- Levantamento e análise de dados;
- Elaboração de textos, sinopses ou relatórios;
- Estudos de caso;
- Respostas discursivas a questões apresentadas;
- Planejamentos.

Integrando a avaliação dos Núcleos Contextual e Estrutural, serão realizadas provas presenciais (PP), correspondendo uma a cada núcleo, ao final do período estimado para o estudo dos módulos. No Núcleo Integrador não haverá prova presencial, mas a consideração de atividades presenciais entre as de avaliação dos módulos, além da realização do trabalho de final de curso (TF). Este trabalho será executado no módulo 9, apoiado por orientações específicas que serão dadas pelo

tutor, uma vez que deverá atender as exigências metodológicas de um trabalho qualificado em termos acadêmicos e relevante em termos sociais.

Quadro 4: Processo de Avaliação

Meses	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
Núcleos	CONTEXTUAL			ESTRUTURAL			INTEGRADOR		
Módulos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Carga Horária	35	35	35	35	35	35	60	60	60
	105 h			105 h			180 h		
Avaliações	AAM1	AAM2	AAM3	AAM4	AAM5	AAM6	AAM7	AAM8	AAM9
			PP1			PP2			
Trabalho Final – Deverá ser entregue até 3 meses do término das aulas.									

Fonte: Adaptado de Brasil (2000c).

Para as Atividades de Avaliação dos Módulos (AAM), Provas Presenciais (PP) e ao Trabalho de Final de Curso (TF) serão atribuídas as notas de zero a dez (0 a 10). Como se pretende valorizar as atividades de processo, as AAM com peso 60% no conjunto da avaliação de cada núcleo, destinando-se o peso de 40% às situações de PP e TF. As fórmulas e cálculos para se chegar aos conceitos de avaliação dos núcleos foram adaptadas de Brasil (2000c), e encontram-se abaixo indicadas:

Quadro 5: Avaliação dos Núcleos

$\frac{AAM1 + AAM2 + AAM3}{3} = \text{Resultado} \times 0,6 = \text{Valor ponderado da média das AAM (VPAAM)}$
$PP1 \times 0,4 = \text{Valor Ponderado da Prova Presencial (VPPP)}$ $\text{Nota final do Núcleo Contextual (NNC)} = \text{VPAAM} + \text{VPPP}$
$\frac{AAM4 + AAM5 + AAM6}{3} = \text{Resultado} \times 0,6 = \text{Valor ponderado da média das AAM (VPAAM)}$
$PP2 \times 0,4 = \text{Valor Ponderado da Prova Presencial (VPPP)}$ $\text{Nota final do Núcleo Estrutural (NNE)} = \text{VPAAM} + \text{VPPP}$
$\frac{AAM1 + AAM2 + AAM3}{3} = \text{Resultado} \times 0,6 = \text{Valor ponderado da média das AAM (VPAAM)}$
$TF \times 0,4 = \text{Valor Ponderado do Trabalho Final (VPTF)}$ $\text{Nota final do Núcleo Integrador (NNI)} = \text{VPAAM} + \text{VPTF}$

Fonte: Adaptado de Brasil (2000c).

A avaliação dos núcleos será expressa em conceitos. A atribuição de conceitos levará em conta as fórmulas de cálculo indicadas, submetendo-se os resultados numéricos à seguinte correspondência nota-conceito:

Quadro 6: Conceitos

Notas	Conceitos
9 a 10	A
7 a 8,9	B
6 a 6,9	C
0 a 5,9	D

Fonte: Brasil (2000c).

Serão considerados concluintes os alunos que, cumprindo todas as atividades de avaliação exigidas no curso, tiverem alcançado, no mínimo:

- Nota seis (6) como média aritmética das notas obtidas na avaliação dos módulos de cada núcleo;
- Nota seis (6) em cada uma das atividades presenciais; e
- Conceito C em cada um dos núcleos.

Deverá ser viabilizada, se necessário, Regulação Formal de Aprendizagem por núcleo, antes da emissão da nota final dos módulos e da atividade presencial. Serão considerados não concluintes os alunos que, mesmo lhes tendo sido proporcionada oportunidade formal de regulação da aprendizagem, não obtiverem conceito C em todos os núcleos.

5.8 Estratégia para Capacitação Permanente

Acreditamos que a formação em nível de pós-graduação proposta neste capítulo contribua efetivamente para o desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória no contexto hospitalar, mas sabemos que toda a equipe deve estar preparada para a identificação, diagnóstico precoce e tratamento dessas doenças. Neste sentido, acreditamos que cada Instituição deverá propor, como atividade básica de adesão ao curso, a implantação de um Programa Permanente de Capacitação Local (PPCL), a ser implantado nas

Instituições de Saúde participantes do curso de Pós-Graduação em Vigilância Epidemiológica.

Toda a estrutura deverá ser coordenada pelos enfermeiros responsáveis pelo SCIH, sendo que a partir do início das atividades dos PPCL, deverá ser implantado o Programa Permanente de Capacitação Municipal (PPCM), tendo como participantes os profissionais responsáveis pelo desencadeamento das estratégias adotadas pelo PPCL e sendo coordenado a nível municipal, por técnicos da Vigilância Epidemiológica Municipal, criando desta forma uma rede de capacitação e reciclagem permanente, com adoção de estratégias coletivas para o enfrentamento dos problemas relacionados ao Sistema de Informação em Saúde, bem como sugerir, em momento oportuno, ações necessárias para o enfrentamento de questões relacionadas ao controle de doenças transmissíveis, como órgão de assessoria da Vigilância Epidemiológica municipal.

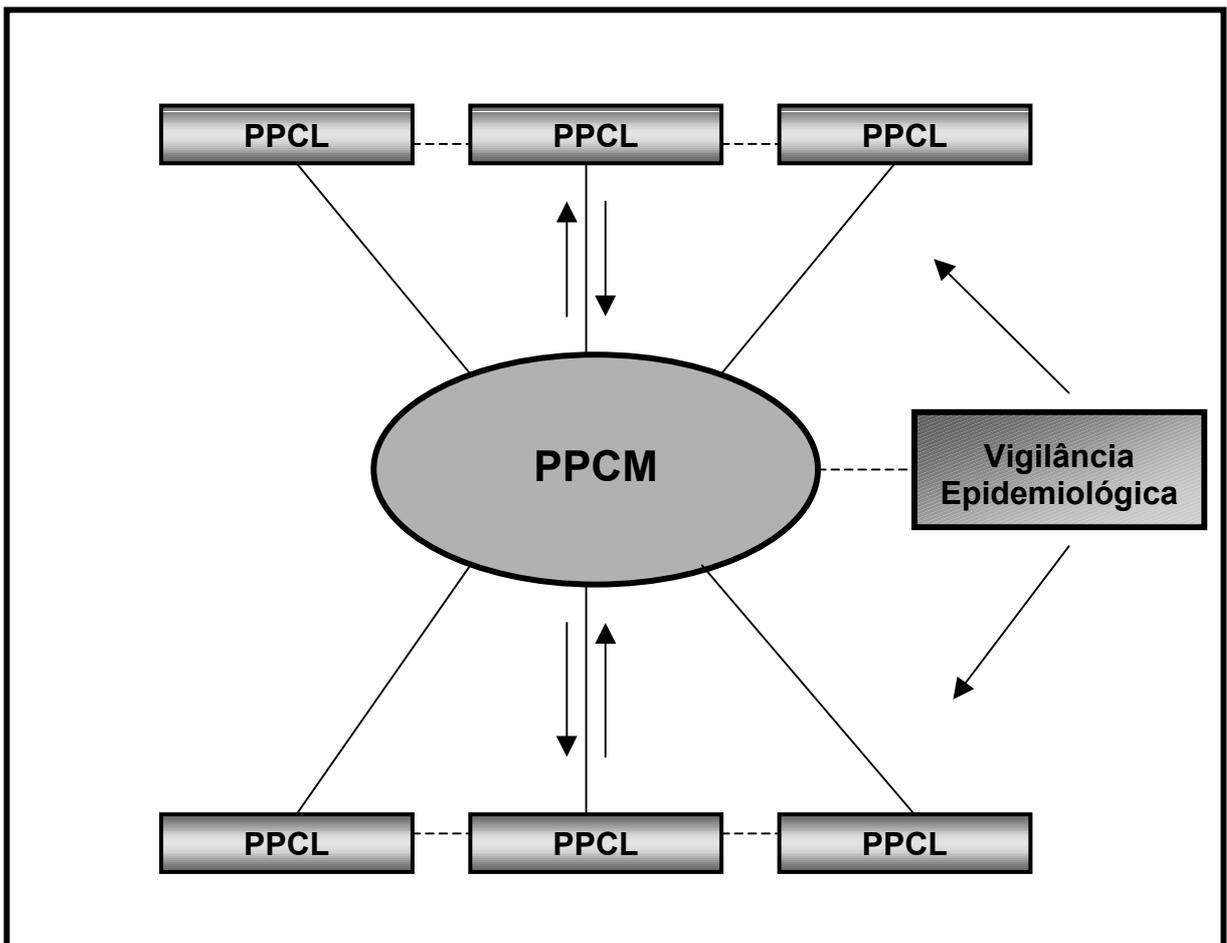


Figura 19 – Proposta de Organização Educação Continuada

5.9 Síntese do Capítulo

Procuramos abordar neste capítulo, alguns aspectos relacionados a educação a distância com o objetivo fundamental de propor a implantação no município de Cascavel - Paraná, de um curso de pós-graduação em Vigilância Epidemiológica como estratégia para a resolução dos problemas encontrados e apontados no capítulo 4 desta Dissertação.

Os passos descritos bem como a composição curricular e o modelo avaliativo buscaram utilizar conceitos modernos relacionados ao processo ensino e aprendizagem bem como oportunizar ao leitor a compreensão das etapas necessárias a organização de um curso na modalidade de educação a distância, em conformidade com a legislação específica.

No próximo capítulo pretendemos apontar de forma sucinta os principais resultados obtidos durante a realização desta pesquisa e principalmente, identificar possibilidades viáveis para o enfrentamento dos problemas encontrados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

6.1 Considerações Finais

As intensas reformulações de ordem conceitual experimentadas pela Epidemiologia durante toda sua trajetória história nos permitiram estabelecer o conceito da multicausalidade para as doenças e agravos à saúde do homem. Tais diretrizes teóricas, fundamentadas em uma prática secular, determinaram conhecimentos acerca das possibilidades de controle e erradicação de inúmeras patologias transmissíveis, bem como alertaram para a importância do estudo e análise das mesmas, oportunizando novas descobertas. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica estabelecido pelo Sistema Único de Saúde com a Lei n.º 8.080 de 1990, resulta de todos estes conhecimentos e teorias acumuladas pela humanidade nos últimos séculos, refletindo a preocupação de autoridades sanitárias e da população com relação aos índices endêmicos / epidêmicos de determinadas doenças transmissíveis.

Com o objetivo de CONHECER para CONTROLAR, criou-se o Sistema Nacional de Informações, dotado de mecanismos capazes de fornecer dados estatísticos acerca dos índices e condições de nascimentos, mortes e patologias transmissíveis. Conforme definido pelo Ministério da Saúde, nada pode ser feito sem informação, e esta, deve ser entendida como uma atividade intermediária e não final, levando à tomada de decisões apropriadas para cada situação epidemiológica vivenciada (BRASIL, 1998a).

Conforme estabelecido no início desta dissertação, procuramos direcionar a pesquisa bibliográfica e de campo no sentido de levantar as principais causas da subnotificação. Os autores pesquisados sugerem que os altos índices de falhas no preenchimento dos formulários (específicos de cada patologia), ou o não preenchimento destes, estão relacionados a fatores intrínsecos de toda a equipe multidisciplinar, ou seja: despreparo técnico – científico e o não comprometimento com os objetivos estabelecidos pelo Sistema de Informação e de Vigilância Epidemiológica. Para Rodrigues (1979), muitas vezes a Vigilância Epidemiológica é falha em função da ausência de condições básicas, como a carência de pessoal qualificado e a inexistência de uma estrutura sólida nos serviços de saúde.

Os dados estudados, provenientes da aplicação do questionário aos enfermeiros responsáveis pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, demonstram outros fatores além dos esperados, que influenciam diretamente na qualidade das notificações e na tomada de decisões. Pudemos perceber o despreparo técnico – científico destes profissionais ao analisarmos dados relativos ao currículo e a formação acadêmica. O pouco conhecimento gera insegurança e a não visualização dos objetivos e da relevância do Sistema, conseqüentemente, influencia na maneira de se pensar e de se agir frente as situações vivenciadas cotidianamente. Outra questão é o fato destes profissionais serem tidos como referência dentro das Instituições de Saúde para a identificação precoce, notificação e tomada de decisão, tendo em vista o controle e erradicação das doenças transmissíveis. O que esperar do corpo de funcionários em relação a este processo se muitas vezes o profissional responsável pela sensibilização e capacitação interna não está preparado e tão pouco corresponde as expectativas do serviço?

Todas as Instituições de saúde pesquisadas (públicas, privadas e/ou conveniadas) possuem Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e desenvolvem atividades de Vigilância Epidemiológica. Percebemos que os profissionais que atuam em Instituições Públicas adquirem uma maior autonomia de decisões e que nas Instituições Privadas e/ou conveniadas, a presença destes órgãos se dá, muitas vezes, por exigência legal e marketing, o que interfere no desenvolvimento das atividades e determina falhas na operacionalização do Serviço de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória.

Dos profissionais que participaram da pesquisa de campo, todos consideram a Notificação Compulsória das Doenças Transmissíveis um elemento de suma importância no controle e erradicação de determinados grupos de patologias. Ao mesmo tempo, muitos destes profissionais, julgam não ser de sua responsabilidade a execução de tal tarefa, justificando que a mesma é demasiadamente complexa e trabalhosa. Deste fato derivam as maiores dificuldades encontradas pelo Sistema de Informação em Saúde, pois se as fontes notificadoras não cumprem adequadamente seu papel, a informação chega de forma distorcida e incompleta, o que dificulta o desencadeamento de ações efetivas e até mesmo inviabiliza a retroalimentação.

O objetivo geral proposto no início desta dissertação foi alcançado, uma vez que no Capítulo 5 propomos a implantação de um programa permanente de capacitação

e reciclagem para os profissionais envolvidos no desencadeamento das ações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória no contexto hospitalar, através do Curso de Pós-Graduação em Vigilância Epidemiológica, na modalidade de Ensino a Distância, entendida como fundamental para o cumprimento dos objetivos do curso, uma vez que a utilização de novas mídias para a implementação do processo ensino-aprendizagem oportunizará a construção coletiva de conhecimentos fundamentais para a reorganização das práticas em saúde.

O objetivo específico 'a' foi atendido no Capítulo 2 desta dissertação, onde pudemos identificar aspectos históricos relevantes da Epidemiologia enquanto ciência. No Capítulo 3, pudemos compreender o Serviço Nacional de Vigilância Epidemiológica e o Sistema de Informação em Saúde instituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em atendimento ao objetivo específico 'b'. A identificação dos fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência das subnotificações de doenças de Notificação Compulsória dentro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (objetivo específico 'c') e a reflexão sobre o papel do profissional da saúde e sua relação com a produção de informações relevantes ao controle de doenças transmissíveis (objetivo específico 'd') são descritos no Capítulo 4, momento em que apresentamos os dados e as informações que obtivemos com a pesquisa de campo.

Após a elaboração de todas as etapas que somadas resultaram nesta dissertação de mestrado, vimos confirmadas as hipóteses anteriormente levantadas: Os altos índices de subnotificações das doenças de notificação compulsória resultam do desconhecimento por parte da equipe interdisciplinar de saúde dos mecanismos de ação da vigilância epidemiológica e do papel do Sistema de Informação em Saúde no controle e erradicação de determinados grupos de doenças transmissíveis bem como decorrem da falta de compromisso e responsabilidade das equipes interdisciplinares que atuam nas Instituições de Saúde públicas e privadas do município de Cascavel - Paraná. Cabe ressaltar que o caráter público e/ou privado das Instituições de Saúde também influencia na organização e funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), tendo como consequência o não cumprimento das legislações sanitárias que envolvem a notificação das doenças transmissíveis para seu efetivo controle e erradicação.

Acreditamos que só através da capacitação teórico / prática de toda a equipe multidisciplinar e de um intenso processo de sensibilização é que poderemos baixar os índices de subnotificação hoje existentes, e conseqüentemente, tornar efetivas as medidas de controle cabíveis a cada situação epidemiológica, determinando com isso mudanças nos perfis macro e micro – epidemiológicos de todo o país.

6.2 Recomendações

No Brasil ainda não se dispõe de um diagnóstico completo da rede hospitalar brasileira e do desempenho das Comissões e dos Serviços de Controle de Infecções Hospitalares. Alguns levantamentos localizados têm sido divulgados, entretanto, dos dados esparsos disponíveis e da experiência vivenciada, pode-se inferir que o controle das doenças de notificação compulsória, entendido como uma das atividades das CCIH e SCIH, por enquanto, pouco passou do campo das intenções, decorridos quase trinta anos desde a instituição do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), através da Lei n.º 6.259/75 e do Decreto n.º 78.231/76 que incorporou o conjunto de doenças transmissíveis consideradas de maior relevância sanitária no país (BRASIL, 1975;1976a).

Mas, para que as CCIH/SCIH passem a desempenhar um papel de relevo no controle destas doenças, é necessário muito mais do que simplesmente criá-las burocraticamente, em cumprimento a legislação específica. Transparece, na análise do município de Cascavel – Paraná, o despreparo da maioria dos profissionais responsáveis pelos serviços no desempenho de suas atividades. É preciso repensar os treinamentos realizados, visto que estes não estão atingindo seus objetivos. É preciso adaptá-los à nossa realidade, enfatizando o treinamento em serviço e qualificando toda a equipe interdisciplinar envolvida na assistência ao paciente.

Em nosso estágio atual, devemos priorizar a padronização de técnicas e procedimentos e monitorar o desempenho do serviço. Daí a grande necessidade do estabelecimento de procedimentos técnicos a serem elaborados por pessoal habilitado, divulgando as informações através de boletins e informes epidemiológicos. É preciso distribuir o tempo de trabalho das CCIH/SCIH, entre as atividades de controle de infecção, vigilância epidemiológica das doenças

transmissíveis, de treinamentos e burocráticas, com prioridade para os treinamentos em serviço, atuando com os profissionais de saúde.

Um ponto importante foi avaliar a capacitação técnica e operacional dos responsáveis pelos SCIH e CCIH. A preocupação máxima deve ser: formar, treinar e reciclar os membros e responsáveis pelo serviço, que por sua vez irão treinar a equipe interdisciplinar no controle das doenças transmissíveis em cada unidade hospitalar. Só pode ensinar, treinar, monitorar e avaliar quem tem humildade de se submeter ao ensino, treinamento, monitoramento e avaliação.

Monitoramento e avaliação do desempenho das atividades dependem do estabelecimento de planos e programas com objetivos gerais e específicos e cronogramas de atividades. Qualquer que seja o nível do sistema de saúde que estiver sendo monitorado, as fontes primárias de dados devem provir da periferia e os dados obtidos prioritariamente junto a profissionais de saúde e pacientes, de maneira que reflitam a qualidade do desempenho das atividades de controle e identificação das doenças transmissíveis.

Cabe ao nível central garantir que o desempenho e a qualidade sejam avaliados uniformemente em todo seu território: município, estado e união. Uma vez realizada a avaliação, deve-se ter em mente as possíveis causas de erro inerentes ao sistema de informação, objetivando o fluxo adequado, contínuo e permanente de informações e dados epidemiológicos.

Salientamos que o Curso de Pós-Graduação em Vigilância Epidemiológica proposto no Capítulo 5 desta dissertação deverá ser avaliado e considerado como proposta de inversão do quadro observado de subnotificações. A responsabilidade pelo desencadeamento das ações para a efetivação desta proposta é do nível municipal, uma vez que é ele quem detém as ferramentas para a articulação e destinação de recursos específicos bem como o papel de mediador entre as Instituições de Saúde e a Universidade proponente do curso (a ser definida).

REFERÊNCIAS

ABREU, Maria R. et al. **Incluindo os excluídos: Escola para Todos, Experiências de Educação a Distância no Brasil**. Documento de Trabalho Oficina UNESCO 1999.

ALVES, João R. M. **Educação a Distância e as Novas Tecnologias de Informação e Aprendizagem**. Artigo do Programa Novas Tecnologias na Educação. Disponível em: <http://www.engenheiro2001.org.br/programas/htm>. Acesso em: 30 abr. 2000.

ANDRADE, Luiz O.M. **SUS passo a passo: gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec, 2001.

BARATA, Rita B. **Causalidade e epidemiologia**. In CONGRESSO ARGENTINO DE EPIDEMIOLOGIA E ATENÇÃO A SAÚDE, 4., 1996, Buenos Aires. Anais eletrônicos. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/hscience/htm>. Acesso em: 23 ago. 2001.

BITTAR, Olímpio J.N.V. **Hospital, qualidade e produtividade**. São Paulo: Sarvier, 1997.

BOLZAN, Regina de F.F. de A. **O conhecimento Tecnológico e o Paradigma Educacional**. 1998. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia: Economia, Política e Saúde**. São Paulo: Unesp/Hucitec, 1992.

BRASIL. **Controle de Endemias**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília, DF em outubro de 2000a.

BRASIL. **Constituição de 1998**. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 1998b.

BRASIL. **Decreto n.º 77.052**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF em 19 de janeiro de 1976b.

BRASIL. **Decreto n.º 78.231**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF em 1976a.

BRASIL. **Decreto 2.494**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, DF em 10 de fevereiro de 1998d.

BRASIL. **Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem**. Guia do Aluno. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2000c.

BRASIL. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Ministério da Saúde. Brasília. DF, 1994.

BRASIL. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1998a.

BRASIL. **Lei n.º 6.259**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF em 30 de outubro de 1975.

BRASIL. **Lei n.º 8.080**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF em 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei n.º 9.431**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF em 06 de janeiro de 1997.

BRASIL. **Lei n.º 9.394**. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Brasília, DF em 1996b.

BRASIL. **Portaria n.º 2.203**. Norma Operacional Básica NOB/SUS 01/96. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF em 06 de novembro de 1996a.

BRASIL. **Portaria n.º 930**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF em 27 de agosto de 1992.

BRASIL. **Portaria n.º 2.616**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF em 12 de maio de 1998c.

BRASIL. **Portaria n.º 1140**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF em 08 de setembro de 1999b.

BRASIL. **Portaria n.º 1.399**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF em 15 de dezembro de 1999a.

BRASIL. **Portaria n.º 993**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF em 04 de setembro de 2000b.

BRASIL. **Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica**. Anais. Ministério da Saúde. Brasília, DF, dezembro de 1992.

BRASIL. **Resolução n.º 01**. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, DF em 03 de abril de 2001.

BUSS, Paulo M.; LABRA, Maria E. (org.). **Sistemas de Saúde, continuidade e mudanças**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 1995.

CAMPOS, Gastão W. de S. **Reforma da Reforma, repensando a saúde**. 2.ed., São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, Gláucia M.G. de; BOTELHO, Francisco V.U. **Educação a Distância: um estudo sobre expectativas dos alunos em relação ao uso do meio impresso ou eletrônico**. In: III Jornada de Educação a Distância do Mercosul – CREAD, 2000, Brasília. Disponível em: <http://www.intelecto.net/ead/glauclia1.htm> Acesso em: 30 abr. 2000.

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**. 3.ed., São Paulo: Cortez, 1999.

CZERESNIA, Dina C. **EPIDEMIOLOGIA Teoria e Objeto**. 2.ed., São Paulo: Editora Afiliada, 1994.

DI VILLAROSA, Francesco N. **A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário**. Brasília: Representações do Brasil OPAS/OMS, 1993.

DIZARD JUNIOR, Wilson. **A Nova Mídia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

FERNANDES, Antônio T. **Infecção Hospitalar e suas interfaces na Área da Saúde**. Vol. 1 e 2. São Paulo: Atheneu, 2000.

GONÇALVES, Ricardo B.M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

LAURELL, Ana C. **Processo de produção e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARCONI, Marin de A.; LAKATOS, Eva M. **Técnicas de Pesquisa**. 2.ed., São Paulo: Atlas, 1990.

MENDES, Eugênio V. et al. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, Eugênio V. et al. **A organização da Saúde no Nível Local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, Maria C. de S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 15.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MORAES, Ilara H. S. de. **Informação em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 1994.

OLIVEIRA, Adriana C.; ALBUQUERQUE, Claudio P.; ROCHA, Lúcia C.M. **Infecções Hospitalares – Abordagem, Prevenção e Controle**. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Informação e Diagnóstico em Saúde. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br.htm>. Acesso em: 25 mar. 2002 e 12 jan. 2003.

PINTO, Álvaro V. **Ciência e existência**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

RODRIGUES, Bichat de A. **Fundamentos de Administração Sanitária**. 2.ed., Brasília, 1979.

RODRIGUES, Edwal A. C. et al. **Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle**. São Paulo: Sarvier, 1997.

SILVA, Edna L. da; MENEZES, Estera M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3.ed. rev. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SOUNIS, Emilio. **Epidemiologia Geral**. Vol. I. São Paulo: Livraria Atheneu, 1985.

Bibliografia Consultada

ALCURE, Lenira; FERRAZ, Maria N.S.; CARNEIRO, Rosane. **Comunicação verbal e não-verbal**. Rio de Janeiro: SENAC, 1996.

BOTAZZO, Carlos. **Unidade Básica de Saúde. A porta do sistema revistada**. São Paulo: EDUSC, 1999.

CAMPOS, Gastão W. de S.; MERHY, Emerson E.; NUNES, Everardo D. **Planejamento sem Normas – Saúde em Debate**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CHERUBIN, Niversindo A. **Administrador Hospitalar**. São Paulo: Loyola, 1998.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Textos de Apoio em Registros de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FURASTÉ, Pedro A. **Normas Técnicas para o trabalho científico: Explicação das Normas da ABNT**. 11. Ed. Porto Alegre: s.n., 2002.

GALLO, Edmundo; RIVERA, Francisco J. U.; MACHADO, Maria H. (org.). **Planejamento Criativo: Novos desafios em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1992.

GONÇALVES, Maria H.B.; WYSE, Nely. **Ética e trabalho**. Rio de Janeiro: SENAC, 1997.

KALINKE, Marco A. **Para não ser um professor do século passado**. Curitiba: Expoente, 1999.

MONTANGERO, Jacques ; MAURICE-NAVILLE, Danielle. **Piaget ou a Inteligência em Evolução**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MORGAN, Gareth. **Imagens da Organização**. São Paulo : Atlas, 1996.

PINHEIRO, Beatriz M. A. de A.; GONÇALVES, Maria H. B. **O processo ensino-aprendizagem**. Rio de Janeiro: SENAC, 1997.

RIZZOTTO, Maria L. F. **História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

ROCHA, Leny A.; NETO, Paulo M.S.; COELHO, Claudio U.F. **Informática gerencial**. Rio de Janeiro: SENAC, 1998.

RODRIGUES, Francisco F. de A. **Introdução à Administração**. Rio de Janeiro: SENAC, 1996.

RODRIGUES, Francisco F. de A.; LEAL, Maria L. de M.S.; HARGREAVES, Lourdes. **Qualidade em prestação de serviços**. ed. ver. e ampl. Rio de Janeiro: SENAC, 1997.

SANTANA, José P. (org.). **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997.

SILVA, Sílvio F. da. **A construção do S.U.S. a partir do município**. São Paulo: Hucitec, 1996.

TEIXEIRA, Sonia F. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2.ed. São Paulo : Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

VARELLA, Míriam C. A. **Gerência de Recursos Humanos**. Rio de Janeiro: SENAC, 1998.

APÊNDICE A - Questionário

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC Mestrado em Engenharia de Produção Mídia e Conhecimento Ênfase em Psicologia das Organizações

Rubens Griep

PESQUISA DE CAMPO

1) Identificação do profissional responsável pelo CCIH/SCIH

a) Graduação: _____ ano: _____

b) Durante a graduação, teve alguma disciplina que abordasse de maneira teórico / prático aspectos funcionais do Serviço de Vigilância Epidemiológica?

() Sim Qual? _____
() Não

c) Há quanto tempo trabalha com CCIH/ SCIH? _____

d) Cursos realizados na área de CCIH/SCIH:

Modalidade	Nome	Ano
Especializações		
Treinamentos		
Palestras		
Outros		

e) Desenvolve esta atividade por opção? Justifique.

2) Informações da Instituição Hospitalar

a) Caracterização da Instituição

- Pública
- Privada
- Filantrópica

b) Como você percebe a relação Hospital versus CCIH/SCIH? De que forma a Instituição em que você atua contribui na implementação de rotinas específicas para a regulação das atividades desenvolvidas pela CCIH/SCIH?

3) Qual a finalidade da notificação de doenças transmissíveis no contexto hospitalar?

4) Quais as principais dificuldades encontradas no desenvolvimento das atividades de notificação de doenças e agravos na Instituição, em relação:

a) As técnicas e serviços auxiliares:

b) Ao conhecimento técnico-científico da equipe multidisciplinar:

c) A estrutura organizacional da CCIH/SCIH:

d) A Instituição:

5) Quais as principais dificuldades encontradas no Sistema de Informação em Saúde, especificamente nos casos de notificação de doenças transmissíveis?

6) Sistema de Informação em Saúde, da forma como foi concebido, supre suas necessidades de informação e retroalimentação, como subsídio para a definição de prioridades?

7) Quais as suas sugestões para uma melhor operacionalização do Serviço de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Notificação Obrigatória a nível municipal?

ANEXO 1 – Portaria nº 1399

Portaria nº 1399/GM Em 15 de dezembro de 1999.

Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

O Ministro de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições, e tendo em vista as disposições da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se referem à organização do Sistema Único de Saúde - SUS e às atribuições do Sistema relacionadas à Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; e

Considerando a necessidade de regulamentar e dar cumprimento ao disposto na Norma Operacional Básica do SUS de 1996;

Considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária de 09 e 10 de Junho de 1999, das responsabilidades e requisitos de epidemiologia e controle de doenças;

Considerando a aprovação dessa Portaria pela Comissão Intergestores Tripartite, no dia 25 de novembro de 1999, resolve:

CAPÍTULO I Das Competências

Seção I Da União

Art. 1º Compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, a Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde no âmbito nacional, compreendendo:

I - coordenação nacional das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito;

II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos estados;

III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, em caráter excepcional, quando constatada insuficiência da ação estadual;

IV - definição das atividades e parâmetros que integrarão a Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças;

V - normatização técnica;

VI - assistência técnica a estados e, excepcionalmente, a municípios;

VII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) imunobiológicos;

b) inseticidas;

c) meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico).

VIII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nesta Portaria;

IX - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações- SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo a:

a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;

b) consolidação dos dados provenientes dos estados;

c) retroalimentação dos dados.

- X - divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- XI - coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação – IEC, de abrangência nacional;
- XII - promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos;
- XIII - execução, direta ou indireta, das atividades de prevenção e controle de doenças, quando direcionadas às populações indígenas, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde- SMS e Secretarias Estaduais de Saúde - SES;
- XIV - definição de Centros de Referência Nacionais de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- XV - coordenação técnica da cooperação internacional na área de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- XVI - fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;
- XVII - assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS na elaboração da PPI-ECD de cada estado;
- XVIII - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- XIX - coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – RNLS, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes;
- XX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no país, as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.

Seção II Dos Estados

Art. 2º Compete aos Estados a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes ações:

- I - coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual ou microrregional para alcançar êxito;
- II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos municípios;
- III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação municipal;
- IV - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em municípios não certificados nas condições estabelecidas nesta Portaria;
- V - definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, da Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;
- VI - assistência técnica aos municípios;
- VII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;
- VIII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:
 - a) medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT;
 - b) equipamentos de proteção individual;
 - c) seringas e agulhas;
 - d) óleo de soja; e
 - e) equipamentos de aspersão de inseticidas.
- IX - gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos municípios;
- X - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo:
 - a) consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;
 - b) envio dos dados ao nível federal, regularmente dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
 - c) análise dos dados; e
 - d) retroalimentação dos dados.
- XI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XII - execução das atividades de informação, educação e comunicação – IEC de abrangência estadual;

XIII - capacitação de recursos humanos;

XIV - definição de Centros de Referência Estaduais de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XV - normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;

XVI - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças realizadas pelos municípios, programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XVII - coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento da água de consumo humano e contaminantes com importância em saúde pública, como os agrotóxicos, mercúrio e benzeno;

XVIII - coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – RELSP, nos aspectos relativos a vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

XIX - provimento de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, na rede estadual de laboratórios de saúde pública.

XX - coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos;

XXI - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações.

Seção III Dos Municípios

Art. 3º Compete aos Municípios a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes atividades:

I - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;

II - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;

III - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;

IV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;

V - provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com Secretaria Estadual de Saúde;

VI - provimento da realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como os de malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PPI-ECD;

VII - acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública;

VIII - monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal;

IX - captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;

X - registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem;

XI - ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;

XII - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

XIII - vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna;

XIV - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:

a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados; e

d) retro-alimentação dos dados.

XV - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XVI - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;

XVII - participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, na definição da Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;

XVIII - gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;

XIX - coordenação e execução das atividades de IEC de abrangência municipal;

XX - capacitação de recursos humanos.

Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser executadas em caráter suplementar pelos estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

Seção IV Do Distrito Federal

Art. 4º A gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças no Distrito Federal compreenderá, no que couber, simultaneamente, as atribuições referentes a estados e municípios.

CAPÍTULO II Da Programação e Acompanhamento

Art. 5º As ações de Epidemiologia e Controle de Doenças serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD, que será elaborada a partir do seguinte processo:

I - a FUNASA estabelecerá as atividades a serem realizadas e metas a serem atingidas na área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em caráter nacional, especificadas para cada unidade da federação;

II - as atividades e metas estabelecidas servirão de base para que as Comissões Intergestores Bipartite – CIB de todas unidades da federação estabeleçam a PPI-ECD estadual, especificando para cada atividade proposta o gestor que será responsável pela sua execução.

Parágrafo único. As atividades e metas pactuadas na PPI-ECD serão acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais, estabelecidos pela FUNASA.

Art. 6º As Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Secretarias Municipais de Saúde - SMS manterão à disposição da FUNASA, MS e órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das atividades em questão.

CAPÍTULO III Da Certificação

Art. 7º São condições para a certificação dos Estados e Distrito Federal assumirem a gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças:

- a) formalização do pleito pelo gestor estadual do SUS;
- b) apresentação da PPI-ECD para o estado, aprovada na CIB;
- c) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições; e
- d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Estadual de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Art. 8º A solicitação de certificação dos Estados e Distrito Federal, aprovada na CIB, será avaliada pela FUNASA e encaminhada para deliberação na CIT;

Art. 9º Os municípios já habilitados em alguma das formas de gestão do sistema municipal de saúde, Plena da Atenção Básica – PAB ou Plena de Sistema Municipal – PSM, solicitarão a certificação de gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças mediante:

- a) formalização do pleito pelo gestor municipal;
- b) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições;
- c) programação das atividades estabelecidas pela PPI-ECD sob sua responsabilidade; e
- d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Municipal de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Art. 10. A solicitação de certificação dos municípios será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde e encaminhada para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Art. 11. As solicitações de municípios aprovadas na CIB serão encaminhadas para análise da FUNASA e posterior deliberação final da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 12. Quando julgado necessário, a FUNASA poderá efetuar ou solicitar a realização de processo de vistoria in loco, para efeito de certificação.

CAPÍTULO IV Do Financiamento

Art. 13. O Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças - TFECD de cada unidade da federação destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações estabelecidas nas Seções II, III e IV, do Capítulo I, desta Portaria e será estabelecido por portaria conjunta da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde.

Art. 14. As unidades da federação serão estratificadas da seguinte forma:

a) Estrato I – Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins;

b) Estrato II – Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;

c) Estrato III - Distrito Federal, São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul

Art. 15. O TFECD de cada unidade da federação, observado o estrato a que pertença, será obtido mediante o somatório das seguintes parcelas:

a) valor per capita multiplicado pela população de cada unidade da federação;

b) valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada unidade da federação;

c) contrapartidas do estado e dos municípios ou do Distrito Federal, conforme o caso.

§ 1º As contrapartidas de que trata a alínea “c” deverão ser para os estratos I, II e III de, respectivamente, no mínimo, 20 %, 30 % e 40 % calculadas sobre o somatório das parcelas definidas nas alíneas “a” e “b” e da parcela de que trata o § 1º do artigo 17, desta Portaria.

§ 2º Para efeito do disposto neste artigo os dados relativos a população e área territorial de cada unidade da federação são os fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Art. 16. A Comissão Intergestores Bipartite, baseada na PPI/ECD e observado o TFECD estabelecido, informará à Fundação Nacional de Saúde, o montante a ser repassado a cada Município para execução das ações programadas, que após aprovação, providenciará o seu repasse por intermédio do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O repasse de que trata o caput deste artigo somente será efetivado se o município encontrar-se certificado nos termos dos artigos 9 a 11 desta Portaria.

Art. 17. Os municípios certificados na forma estabelecida nos arts. 9 a 11 desta Portaria, não poderão perceber valores per capita inferiores a 60% (sessenta por cento) daquele atribuído à unidade da federação correspondente.

§ 1º Como estímulo à assunção, pelos municípios, das atividades de que trata o artigo 3º, desta Portaria, será estabelecido, na forma definida no artigo 13, um valor per capita que multiplicado pela população do Município, observado o estrato a que pertença, será acrescido ao valor definido pela CIB.

§ 2º O Distrito Federal fará jus ao incentivo de que trata este artigo a partir da data de sua certificação.

Art. 18. O repasse dos recursos federais do TFECD será feito, mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em conta específica, vedada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. As atividades que são concentradas em determinada época do ano, a exemplo das campanhas de vacinação, terão os recursos correspondentes repassados integralmente junto com a parcela do segundo mês imediatamente anterior.

CAPÍTULO V Das Penalidades

Art. 19. O cancelamento da certificação com a conseqüente suspensão do repasse dos recursos de que trata o artigo anterior será aplicável nos seguintes casos:

I - não cumprimento das atividades e metas previstas na PPI-ECD;

II - falta de comprovação da contrapartida correspondente;

III - emprego irregular dos recursos financeiros transferidos;

IV - falta de comprovação da regularidade e oportunidade na alimentação dos sistemas de

informação epidemiológica (SINAN, SIM, SINASC, SI-PNI e outros que forem pactuados).

§ 1º Após análise das justificativas eventualmente apresentadas pelo gestor estadual ou municipal, conforme o caso, e ouvida a CIB, a FUNASA, com base em parecer técnico fundamentado, submeterá a proposta de cancelamento à CIT.

§ 2º O cancelamento da certificação, observado os procedimentos definidos no parágrafo anterior, poderá, também, ser solicitado pela CIB.

§ 3º As atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças correspondentes serão assumidas:

- a) pelo estado, em caso de cancelamento da certificação de município; ou
- b) pela FUNASA, em caso de cancelamento da certificação de estado.

Art. 20. Além do cancelamento de que trata o artigo anterior os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas, sem prejuízo, conforme o caso, de outras medidas, como:

I - comunicação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

II - instauração de tomada de contas especial;

III - comunicação ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município, se houver;

IV - comunicação à Assembléia Legislativa do Estado;

V - comunicação à Câmara Municipal;

VI - comunicação ao Ministério Público Federal e à Polícia Federal, para instauração de inquérito, se for o caso;

CAPÍTULO VI **Das Disposições Gerais**

Art. 21. Será descentralizada, da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, para os estados, municípios e Distrito Federal, a execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças definidas como atribuições específicas desses níveis de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com as disposições estabelecidas nesta Portaria.

Parágrafo único. Incluem-se no disposto no caput deste artigo as ações relativas às doenças abaixo especificadas:

- a) Malária;
- b) Leishmanioses;
- c) Esquistossomose;
- d) Febre Amarela e Dengue;
- e) Tracoma;
- f) Doença de Chagas;
- g) Peste;
- h) Filariose;
- i) Bócio;

Art. 22. Para maior efetividade na consecução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, por parte dos estados, municípios e Distrito Federal, recomenda-se às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde:

I - organizar estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob sua responsabilidade de forma integrada, evitando-se a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças, preferencialmente que esta estrutura tenha autonomia administrativa, orçamentária e financeira para a gestão de recursos, integrada aos Sistemas Estadual e Municipal de Saúde

II – integrar a rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, nas ações de prevenção e controle de doenças;

III – incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle de doenças às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Programa de Saúde da Família - PSF;

IV – integrar as atividades laboratoriais dos Laboratórios Centrais – LACEN e da rede conveniada ou contratada com o SUS, às ações de epidemiologia e controle de doenças.

CAPÍTULO VII **Das Disposições Transitórias**

Art. 23. Durante o período de transição, até ser completada a descentralização das ações atualmente executadas pela FUNASA, serão observadas as seguintes regras:

I - será constituída, em cada unidade da federação, uma Comissão para Descentralização das Ações de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores, com participação da FUNASA, SES e

COSEMS, que apresentará um Plano de Descentralização detalhado para o estado, a ser aprovado na CIB, contemplando, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) cronograma de descentralização das atividades;
- b) quantitativo e alocação de recursos humanos;
- c) bens móveis e imóveis a serem transferidos.

II - a programação de atividades em controle de doenças transmitidas por vetores deverá ser elaborada em conjunto entre a FUNASA e Secretaria Estadual de Saúde e aprovada na CIB;

CAPÍTULO VIII Das Disposições Finais

Art. 24. Como instâncias de recurso, para os municípios que discordarem da avaliação da SES, ficam estabelecidos aqueles definidos para as demais pendências ordinárias, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde e a CIT, a não ser em questões excepcionais de natureza técnico-normativa, em que a Fundação Nacional de Saúde se caracterize como melhor árbitro.

Art. 25. A FUNASA repassará para a Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde, conforme deliberado na CIB, para uso específico nas atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças, as instalações e equipamentos atualmente utilizados nestas atividades, de acordo com definição conjunta entre a FUNASA e cada SES, preservando as instalações necessárias para o desempenho das atribuições que continuarão com as Coordenações Regionais.

Parágrafo Único - Os atuais Distritos Sanitários da FUNASA serão compatibilizados com as estruturas regionais existentes nas SES para garantirem a continuidade do funcionamento quando suas instalações e equipamentos forem repassados.

Art. 26. Os recursos humanos lotados nas Coordenações Regionais da FUNASA, incluindo os Distritos Sanitários, que executam ações de controle de doenças transmitidas por vetores, estarão disponíveis para serem cedidos à SES ou SMS, conforme deliberado na CIB, independentemente da sua situação de cessão atual, que poderá ser revogada, excetuando-se o quantitativo definido como necessário para as atividades que permanecerão executadas pelas Coordenações Regionais da FUNASA, inclusive aquelas efetivadas por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 1º No período de 5 (cinco) anos, iniciado a partir de 1º de janeiro de 2000, a FUNASA submeterá a avaliação da CIT, na primeira reunião de cada ano, a análise da evolução da força de trabalho alocada a cada unidade da federação, nos termos do caput deste artigo, considerados, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) aposentadoria de servidores;
- b) incorporação de atividades ao PACS e PSF;
- c) aumento de produtividade em função da otimização de processos e incorporação de novos métodos de trabalho.

§ 2º Caso seja constatada, considerados os fatores de que trata o parágrafo anterior, a redução real do quantitativo de pessoal inicialmente alocado, a CIT, por proposta da FUNASA, estabelecerá as medidas necessárias para o ajuste do quantitativo da força de trabalho, de forma a garantir a continuidade das atividades transferidas para os estados e municípios.

Art. 27. Os recursos humanos cedidos para as SES e SMS poderão ser convocados, em caráter temporário, pelo prazo máximo de noventa dias, pela FUNASA, quando esta estiver executando ações de prevenção e controle de doenças, em caráter suplementar e excepcional às SES.

Parágrafo único. As convocações superiores a noventa dias, bem assim a prorrogação do prazo inicial deverão ser autorizadas pela CIT.

Art. 28. A FUNASA, em conjunto com as SES, realizará capacitação de todos os agentes de controle de endemias, até o final do ano 2000, visando adequá-los às suas novas atribuições, incluindo conteúdos de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e execução de prevenção e controle de doenças com importância nacional e regional.

Art. 29. As SES serão responsáveis pela realização de exames de controle de intoxicação, para os agentes de controle de endemias cedidos que estiverem realizando ações de controle químico ou biológico.

Art. 30. A FUNASA estabelecerá critérios e limites para o pagamento da indenização de campo dos seus agentes de controle de endemias.

§ 1º Mediante o envio pela SES da relação dos servidores que fazem jus a indenização de campo, a FUNASA realizará o pagamento devido.

§ 2º Caso o limite fixado seja superior à despesa efetivada, o valor excedente será incorporado ao TFECED, a título de parcela variável, para utilização nos termos pactuados na CIB.

Art. 31. Fica delegada competência ao Presidente da FUNASA para editar, quando necessário, normas regulamentadoras desta Portaria, submetendo-as, quando couber, à apreciação da CIT.

Art. 32. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO 2 – Portaria nº 993

Portaria nº 993/GM em 4 de setembro de 2000.

Altera a Lista de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das suas atribuições que lhe confere o art. 44 do Decreto nº 79.321, de 12 de agosto de 1976, e tendo em vista o disposto no item I do art. 8º desse mesmo diploma, resolve:

Art. 1.º Para os efeitos da aplicação da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e de sua regulamentação, constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, as doenças e os agravos a seguir relacionados:

- Cólera
- Coqueluche
- Dengue
- Difteria
- Doenças de Chagas (casos agudos)
- Doenças Meningocócica e outras Meningites
- Febre Amarela
- Febre Tifóide
- Hanseníase
- Hantavirose
- Hepatite B
- Hepatite C
- Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
- Leishmaniose Visceral
- Leptospirose
- Malária (em área não endêmica)
- Meningite por *Haemophilus influenzae*
- Peste
- Poliomielite
- Paralisia Flácida Aguda
- Raiva Humana
- Rubéola
- Síndrome da Rubéola Congênita
- Sarampo
- Sífilis Congênita
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
- Tétano
- Tuberculose

Art. 2.º Todo e qualquer surto ou epidemia, assim como a ocorrência de agravo inusitado, independentemente de constar na lista de doenças de notificação compulsória, deve ser notificado, imediatamente, às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e à Fundação Nacional de Saúde/FUNASA.

Art. 3.º A definição de caso para cada doença mencionada nesta Portaria deve obedecer à padronização definida pela FUNASA.

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

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

§ 1º As inclusões de outras doenças e agravos deverão ser comunicadas pelos gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde à Fundação Nacional de Saúde.

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

Art. 6º Revogar a Portaria nº 1.461, publicada no DOU nº 245-E, página nº 34, Seção 1, de 22 de dezembro de 1999.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO 3 – Portaria nº 2.616

Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998.

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, inciso II da Constituição, e

Considerando as determinações da lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares;

Considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação de assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes ao seu funcionamento;

Considerando que o Capítulo I art. 5º e inciso III da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), "a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas",

Considerando que no exercício da atividade fiscalizadora os órgãos estaduais de saúde deverão observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes (Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976, art. 2º, inciso IV);

Considerando os avanços técnico-científicos, os resultados do Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares, Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar, o reconhecimento mundial destas ações como as que implementam a melhoria da qualidade da assistência à Saúde, reduzem esforços, problemas, complicações e recursos;

Considerando a necessidade de informações e instrução oficialmente constituída para respaldar a formação técnico-profissional, resolve:

Art. 1º Expedir, na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Art. 2º As ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, compõem o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Art. 3º A Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, prestará cooperação técnica às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação das normas aprovadas por esta Portaria.

Art. 4º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde poderão adequar as normas conforme prevê a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Art. 5º A inobservância ou o descumprimento das normas aprovadas por esta Portaria sujeitará o infrator ao processo e às penalidades na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, ou outra que a substitua, com encaminhamento dos casos ou ocorrências ao Ministério Público e órgãos de defesa do consumidor para aplicação da legislação pertinente (Lei nº 8.078/90 ou outra que a substitua).

Art. 6º Este regulamento deve ser adotado em todo território nacional, pelas pessoas jurídicas e físicas, de direito público e privado envolvidas nas atividades hospitalares de assistência à saúde.

Art. 7º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Fica revogada a Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992.

BARJAS NEGRI

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ANEXO I ORGANIZAÇÃO

1. O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

2. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

2.1. A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados.

2.2 Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores.

2.2.1. O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital.

2.3. Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços:

2.3.1. Serviço médico;

2.3.2. Serviço de enfermagem;

2.3.3. Serviço de farmácia;

2.3.4. Laboratório de microbiologia;

2.3.5. Administração.

2.4. Os hospitais com número de leitos igual ou inferior a 70 (setenta) atendem os números 2.3.1. e 2.3.2.

2.5. Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar;

2.5.1. Os membros executores serão, no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais.

2.5.1.1. Um dos membros executores deve ser, preferencialmente, um enfermeiro.

2.5.1.2. A carga horária diária, dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos indicados no número 2.5.1.

2.5.1.3. Nos hospitais com leitos destinados a pacientes críticos, a CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração;

2.5.1.3.1. Para fins desta Portaria, consideram-se pacientes críticos:

2.5.1.3.1.1. pacientes de terapia intensiva (adulto, pediátrico e neonatal);

2.5.1.3.1.2. pacientes de berçário de alto risco;

2.5.1.3.1.3. pacientes queimados;

2.5.1.3.1.4. pacientes submetidos a transplantes de órgãos;

2.5.1.3.1.5. pacientes hemato-oncológicos;

2.5.1.3.1.6. pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

2.5.1.4. admite-se, no caso do número 2.5.1.3., o aumento do número de profissionais executores na CCIH, ou a relativa adequação de carga horária de trabalho da equipe original expressa no número 2.5.1.;

2.5.1.5. Em hospitais com regime exclusivo de internação tipo paciente-dia, deve-se atender aos números 2.1, 2.2 e 2.3, e com relação ao número 2.5.1., a carga de trabalho dos profissionais será de 2 (duas) horas diárias para o enfermeiro e 1 (uma) hora para os demais profissionais, independente do número de leitos da instituição.

2.5.1.6. Os hospitais poderão consorciar-se no sentido da utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas à implantação e manutenção do Programa de Controle da Infecção Hospitalar.

2.5.1.7. Os hospitais consorciados deverão constituir CCIH própria, conforme os números 2 e 2.1, com relação aos membros consultores, e prover todos os recursos necessários à sua atuação.

2.5.1.8. O consórcio deve ser formalizado entre os hospitais componentes. Os membros executores, no consórcio, devem atender aos números 2.5.1, 2.5.1.1, 2.5.1.2, 2.5.1.3 e 2.5.1.4.

COMPETÊNCIAS

3. A CCIH do hospital deverá:

3.1. elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

3.1.1. implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III;

3.1.2. adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

3.1.3. capacitação do quadro de funcionário e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

3.1.4. uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

3.2. avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

3.3. realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

3.4. elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

3.5. elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

3.6. adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;

3.7. definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

3.8. cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

3.9. elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

3.10. cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;

3.11. notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

3.12. notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização e/ou produtos industrializados.

4. Caberá à autoridade máxima de instituição:

4.1. constituir formalmente a CCIH;

4.2. nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;

4.3. propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

4.4. aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;

4.5. garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, como, por exemplo, os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;

4.6. garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;

4.7. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer;

4.8. fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

5. À Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, compete:

5.1. definir diretrizes de ações de controle de infecção hospitalar;

5.2. apoiar a descentralização das ações de prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.3. coordenar as ações nacionais de prevenção e controle de infecção hospitalar;

5.4. estabelecer normas gerais para a prevenção e controle das infecções hospitalares;

- 5.5. estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle de infecção hospitalar;
 - 5.6. promover a articulação com órgãos formadores, com vistas à difusão do conteúdo de conhecimentos do controle de infecção hospitalar;
 - 5.7. cooperar com a capacitação dos profissionais de saúde para o controle de infecção hospitalar;
 - 5.8. identificar serviços municipais, estaduais e hospitalares para o estabelecimento de padrões técnicos de referência nacional;
 - 5.9. prestar cooperação técnica, política e financeira aos Estados e aos Municípios, para aperfeiçoamento da sua atuação em prevenção e controle de infecção hospitalar;
 - 5.10. acompanhar e avaliar as ações implementadas, respeitadas as competências estaduais/distrital e municipais de atuação, na prevenção e controle das infecções hospitalares;
 - 5.11. estabelecer sistema nacional de informações sobre infecção hospitalar na área de vigilância epidemiológica;
 - 5.12. estabelecer sistema de avaliação e divulgação nacional dos indicadores da magnitude e gravidade das infecções hospitalares e da qualidade das ações de seu controle;
 - 5.13. planejar ações estratégicas em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e os Municípios;
 - 5.14. acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar.
6. Às Coordenações Estaduais e Distrital de Controle de Infecção Hospitalar, compete:
- 6.1. definir diretrizes de ação estadual/distrital, baseadas na política nacional de controle de infecção hospitalar;
 - 6.2. estabelecer normas, em caráter suplementar, para a prevenção e controle de infecção hospitalar;
 - 6.3. descentralizar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar dos Municípios;
 - 6.4. prestar apoio técnico, financeiro e político aos municípios, executando, supletivamente, ações e serviços de saúde, caso necessário;
 - 6.5. coordenar, acompanhar, controlar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar do Estado e Distrito Federal;
 - 6.6. acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar;
 - 6.7. informar, sistematicamente, à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, a partir da rede distrital, municipal e hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.
7. Às Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar, compete:
- 7.1. coordenar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar na rede hospitalar do Município;
 - 7.2. participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar;
 - 7.3. colaborar e acompanhar os hospitais na execução das ações de controle de infecção hospitalar;
 - 7.4. prestar apoio técnico à CCIH dos hospitais;
 - 7.5. informar, sistematicamente, à Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar do seu Estado, a partir da rede hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ANEXO II

CONCEITOS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

- 1. Conceitos básicos.
 - 1.1. Infecção comunitária (IC):
 - 1.1.1. é aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital.
 - 1.1.2. São também comunitárias:
 - 1.1.2.1. a infecção que está associada com complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a menos que haja troca de microorganismos com sinais ou sintomas fortemente sugestivos da aquisição de nova infecção;

1.1.2.2. a infecção em recém-nascido, cuja aquisição por via transplacentária é conhecida ou foi comprovada e que tornou-se evidente logo após o nascimento (exemplo: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, sífilis e AIDS);

1.1.2.3. As infecções de recém-nascidos associadas com bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas.

1.2. Infecção hospitalar (IH):

1.2.1. é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

2. Critérios para diagnóstico de infecção hospitalar, previamente estabelecidos e descritos.

2.1. Princípios:

2.1.1. o diagnóstico das infecções hospitalares deverá valorizar informações oriundas de:

2.1.1.1. evidência clínica, derivada da observação direta do paciente ou da análise de seu prontuário;

2.1.1.2. resultados de exames de laboratório, ressaltando-se os exames microbiológicos, a pesquisa de antígenos, anticorpos e métodos de visualização realizados.

2.1.1.3. evidências de estudos com métodos de imagem;

2.1.1.4. endoscopia;

2.1.1.5. biópsia e outros.

2.2. Critérios gerais:

2.2.1. quando, na mesma topografia em foi diagnosticada infecção comunitária, for isolado um germe diferente, seguido do agravamento das condições clínicas do paciente, o caso deverá ser considerado como infecção hospitalar;

2.2.2. quando se desconhecer o período de incubação do microorganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionou-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão;

2.2.3. são também convencionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 (setenta e duas) horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e ou terapêuticos, realizados durante este período;

2.2.4. as infecções no recém-nascido são hospitalares, com exceção das transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas a bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas;

2.2.5. os pacientes provenientes de outro hospital que se internam com infecção, são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem infecção hospitalar. Neste casos, a Coordenação Estadual/Distrital/Municipal e/ou o hospital de origem deverão ser informados para computar o episódio como infecção hospitalar naquele hospital.

3. Classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica

3.1. as infecções pós-cirúrgica devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendido como o número de microorganismos presentes no tecido a ser operado;

3.2. a classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião, de acordo com as seguintes indicações:

3.2.1. Cirurgias Limpas - são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;

3.2.2. Cirurgias Potencialmente Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.

3.2.3. Cirurgias Contaminadas - são aquelas realizadas em tecido recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria.

3.2.4. Cirurgias Infectadas - são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

ANEXO III

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES.

1. Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

2. A CCIH deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do hospital, à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, reutilização das taxas ou custo;

2.1. São indicados os métodos prospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

3. São recomendados os métodos de busca ativos de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

4. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

5. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente, nos serviços de Berçário de Alto Risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) Queimados, são;

5.1. Taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

5.2. Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentaram infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;

5.3. Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

5.4. Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento. Exemplos:

Taxa de infecção do sítio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação.

Taxa de infecção urinário após cateterismo vesical.

Taxa de pneumonia após uso de respirador.

5.5. Recomenda-se que os indicadores epidemiológicos dos números 5.1. e 5.2. sejam calculados utilizando-se no denominador o total de pacientes dia, no período.

5.5.1. O número de pacientes dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

5.6. Recomenda-se que o indicador do número 5.4 pode ser calculado utilizando-se como denominador o número total de procedimentos dia.

5.6.1. O número de pacientes dia é obtido somando-se o total de dias de permanência do procedimento realizado no período considerado.

5.7. Outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por cirurgião e por especialidade.

5.8. Frequência das Infecções Hospitalares por Microorganismos ou por etiologias, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por microorganismos e como denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado.

5.9. Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microorganismos sensível a determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir das espécimes encontradas.

5.10. Indicadores de uso de antimicrobianos.

5.10.1. Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou terapêutico) no período considerado. Pode ser especificado por clínica de internação. É calculado tendo como

numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o número total de pacientes no período.

5.10.2. Frequência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais. É calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano no período, e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período.

5.11. Taxa de letalidade associada a infecção hospitalar, é calculada tendo como numerador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.

5.12. Consideram-se obrigatórias as, informações relativas aos indicadores epidemiológicos 5.1, 5.2, 5.3 e 5.11., no mínimo com relação aos serviços de Berçário de alto risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) e queimados

6. Relatórios e Notificações

6.1. A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar.

6.2. O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológicos detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos.

6.3. É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outras cirurgias de mesma especialidade ou equivalente.

6.4. O relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/ Distrital / Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar ANEXO IV LAVAGEM DAS MÃOS

1. Lavagem das mãos é a fricção manual vigorosa de toda a superfície das mãos e punhos, utilizando-se sabão/detergente, seguida de enxágüe abundante em água corrente.

2. A lavagem das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares.

3. O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após contatos que envolvam mucosas, sangue ou outros fluídos corpóreos, secreções ou excreções.

4. A lavagem das mãos deve ser realizada tantas vezes quanto necessária, durante a assistência a um único paciente, sempre que envolver contato com diversos sítios corporais, entre cada uma das atividades.

4.1. A lavagem e anti-sepsia cirúrgica das mãos é realizada sempre antes dos procedimentos cirúrgicos.

5. A decisão para a lavagem das mãos com uso de anti-séptico deve considerar o tipo de contato, o grau de contaminação, as condições do paciente e o procedimento a ser realizado.

5.1. A Lavagem das mãos com anti-séptico é recomendada em; realização de procedimentos invasivos; prestação de cuidados a pacientes críticos; contato direto com feridas e/ou dispositivos invasivos, tais como cateteres e drenos.

6. Devem ser empregadas medidas e recursos com o objetivo de incorporar a prática da lavagem das mãos em todos os níveis da assistência hospitalar.

6.1. A distribuição e a localização de unidades ou pias para lavagem das mãos, de forma a atender à necessidade nas diversas áreas hospitalares, além da presença dos produtos, é fundamental para a obrigatoriedade da prática.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar ANEXO V RECOMENDAÇÕES GERAIS

1. A utilização dos anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes seguirá as determinações da Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988, da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS)/ do Ministério da

Saúde e o Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde/MS, 2º edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

1.1. Não são recomendadas, para a finalidade de anti-sepsia, as formulações contendo mercuriais orgânicos, acetona, quaternário de amônio, líquido de Dakin, éter e clorofórmio.

2. As Normas de limpeza, desinfecção e esterilização são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde, Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2º edição, 1994 - princípios ativos liberados conforme os definidos pela Portaria nº 15, SVS, de 23 de agosto de 1988, ou outras que a complementem ou substituam.

3. As normas de procedimentos na área de Microbiologia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde - Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1º edição, 1991 ou outras que as complementem o substituam.

4. As normas para lavanderia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde - Manual de Lavanderia Hospitalar, 1º edição, 1986, ou outras que as complementem ou substituam.

5. A Farmácia Hospitalar seguirá as orientação contidas na publicação do Ministério da Saúde - Guia Básico para a Farmácia Hospitalar, 1º edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

GLOSSÁRIO

Coefficiente – Número ou letra que aparece como fator de um termo e que indica quantas vezes a parte literal do mesmo é tomada como parcela.

Endemia – É a ocorrência habitual de uma doença ou de um agente infeccioso em determinada área geográfica; pode significar, também, a prevalência usual de determinada doença nessa área.

Epidemias – É a ocorrência, numa coletividade ou região, de casos da mesma doença (ou surto epidêmico) em número que ultrapassa nitidamente a incidência normalmente esperada, e derivada de uma fonte comum ou que se propagou. O número de casos que caracteriza a presença de uma epidemia varia segundo o agente infeccioso, o tamanho e o tipo da população exposta, sua experiência prévia com a doença ou a ausência de casos anteriores e o tempo e o lugar da ocorrência.

Epidemiologia – Ciência que estuda a distribuição das doenças nas comunidades, relacionando-se a múltiplos fatores, concernentes ao agente epidemiológico, ao hospedeiro e ao meio ambiente, indicando também as medidas para sua profilaxia.

Imunização – Ato de se tornar imune. Divide-se em ativa e passiva. Na imunização ativa, o próprio hospedeiro adquire o estudo imunitário pela formação de anticorpos; ela pode ser natural (caso de infecção, acompanhada ou não de sintomas) ou artificial (vacinas). Em geral ela é de duração mais longa que a imunização passiva. A imunização ainda pode ser latente, adquirida por meio de uma infecção não acompanhada de sintomas diagnosticáveis clinicamente, como ocorre habitualmente na poliomielite. Na imunização passiva, o indivíduo adquire imunidade pela administração de anticorpos específicos formados no organismo de outro animal ou pessoa. Pode também ser natural (imunização congênita) ou artificial (soros hiperimunes, soro de convalescentes, gamaglobulina).

Miasma – Emissão pútrida; emissão procedente de animais ou plantas em decomposição.

Morbidade – Índice de doenças de uma região.

Mortalidade – Relação do número de mortos de uma população durante um certo período de tempo ou com relação a uma determinada doença.

Pandemia – Epidemia de grandes proporções, atingindo grande número de pessoas em uma vasta área geográfica (um ou mais continentes).

Profilaxia – Conjunto de medidas propostas para prevenir ou atenuar as doenças bem como suas complicações e conseqüências. Aplica-se às doenças transmissíveis e aos agravos à saúde, em geral.