



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE

MARIA DO SOCORRO OLIVEIRA GUIMARÃES

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS HOSPITALARES DE
EPIDEMIOLOGIA NO ESTADO DO PIAUÍ**

TERESINA

2017

MARIA DO SOCORRO OLIVEIRA GUIMARÃES

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS HOSPITALARES DE
EPIDEMIOLOGIA NO ESTADO DO PIAUÍ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da UFPI, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Jesusmar Ximenes Andrade

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Análise de Situação de Saúde

TERESINA

2017

MARIA DO SOCORRO OLIVEIRA GUIMARÃES

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS HOSPITALARES DE
EPIDEMIOLOGIA NO ESTADO DO PIAUÍ**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovação em 20 de março de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jesusmar Ximenes Andrade – UFPI
Presidente

Prof.^a Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo – UFPI
Co-orientadora

Prof.^a Dra. Adélia Dalva da Silva Oliveira – UNINOVAFAPI
1^a Examinadora

Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas – UFPI
2^o Examinador

Prof. Dr. Osmar de Oliveira Cardoso – UFPI
Examinador Suplente

Aos Meus pais, José Braz e Leonice, pelo exemplo de perseverança e por terem me ensinado o significado de família em minha vida.

Ao Chagas's, esposo dedicado com quem partilho a vida e me dá segurança e certeza de que não estou sozinha. Obrigada por caminharmos juntos.

À minha filha Ana Caroline, luz e razão do meu viver.

AGRADECIMENTOS

A Deus, essência da vida, que ilumina sempre meus caminhos.

Aos meus irmãos e a minha irmã, pelo apoio incondicional.

Aos meus demais familiares em especial a Layze, por muito contribuir com meus trabalhos acadêmicos.

Ao Programa de Mestrado Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, pela oportunidade de qualificação e alcance de mais um objetivo.

Ao meu orientador, o Prof. Dr. Jesusmar Ximenes, pelas orientações, disponibilidade e por incentivar a superação de limites.

À minha co-orientadora, Prof^a. Dra. Telma Evangelista, pelo apoio e contribuições valiosas.

Aos professore(a)s Dra Adélia, Dr. Márcio e Dr. Osmar, que aceitaram compor minha banca de qualificação e defesa, pelas sugestões e análises significativas as quais acatarei na versão final do texto.

Aos professores do mestrado, pelos ensinamentos imprescindíveis ao investimento na formação acadêmica.

À equipe da Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde, que me acolheu com um sorriso e disponibilidade, mesmo com tantas atividades a desempenhar.

Aos profissionais entrevistados, pela boa receptividade, e por terem ido muito além da concessão de informações, as quais foram valiosas para a realização deste estudo.

Às amigas da primeira turma do mestrado, pela oportunidade de novas amizades, pelo companheirismo, pela colaboração durante os trabalhos e pelos momentos de descontração vivenciados.

À amiga e chefe Luciane Formiga, pelo grande apoio e compreensão pelas horas de ausência.

A Eronice e Francina, pela amizade.

Obrigada por tudo.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os avanços na estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde permitiram a descentralização das ações de vigilância epidemiológica. Os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia constituíram uma importante fonte de informação sobre doenças e agravos, sendo referência para os gestores e como fonte de informação para tomada de decisão. **OBJETIVO:** Avaliar a implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia no Estado do Piauí. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa, realizada em nove núcleos hospitalares de epidemiologia no Estado do Piauí, localizados na capital e no interior, que tiveram sua implantação homologada até 2014, mediante Portaria Ministerial. Foram avaliadas as dimensões, estrutura e processo. No tocante à estrutura, avaliou-se a ambiência, os recursos materiais e humanos e a regulamentação. Quanto ao processo, foram avaliadas as práticas operacionais que envolvem as atividades de vigilância epidemiológica, além de ensino, pesquisa e gestão. Os dados foram obtidos mediante aplicação de questionário e observação direta e agrupados em matriz de julgamento de modo que o somatório dos pontos obtidos determinou a adequabilidade da implantação. **RESULTADOS:** Apenas um núcleo apresentou 82,6% de conformidades. Portanto, implantação adequada. A maioria deles teve implantação insatisfatória. E um foi considerado com implantação crítica. A falta de regulamentação dos núcleos, bem como a de planejamento, foram os principais entraves encontrados. As atividades de ensino são incipientes e o fomento à pesquisa inexistente nos núcleos avaliados. **CONCLUSÃO:** O estudo constatou que a implantação dos núcleos hospitalares de epidemiologia no Estado do Piauí não ocorreu de forma satisfatória.

Palavra-chave: Vigilância Epidemiológica. Hospital. Serviços de Saúde. Avaliação.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Advances in the organizational structure of the National Unified Health System allowed the decentralization of epidemiological surveillance actions. The hospital nucleus of epidemiology constituted an important source of information on diseases and conditions, being a reference for managers and a source of information for decision making. **OBJECTIVE:** Evaluate the implantation of Hospital Nucleus of Epidemiology in the State of Piauí. **METHODOLOGY:** This is an evaluative research, carried out in nine hospital nucleus of Epidemiology located in capital and in the countryside of Piauí State, which had their implantation homologated until 2014 by ministerial order. The dimensions, structure and process were evaluated. In relation to the structure was evaluated the ambience, the material and human resources and the regulation. Regarding the process, were evaluated the operational practices that involves epidemiological surveillance activities, as well as teaching, research and management. The data were obtained through the application of a questionnaire and direct observation and grouped in a judgment matrix so that the sum of the obtained points determined the adequacy of the implantation. **RESULTS:** Only one nucleus presented 82.6% of conformities, therefore, the implantation was adequate. Most of them had unsatisfactory implantation. And one was considered to be critically implanted. The absence of regulation of nucleus, as well as, of planning were the main detected obstacles. The teaching activities are incipient and the research promotion does not exist in the evaluated nucleus. **CONCLUSION:** The study verified that the implantation of hospital nucleus of epidemiology in the State of Piauí did not occur in a satisfactory way.

Keyword: Epidemiological Surveillance. Hospital. Health Services. Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Macrorregiões de saúde do Estado do Piauí. Teresina – PI, 2016	32
Figura 2 – Territórios de desenvolvimento do Estado do Piauí. Teresina – PI, 2016	32
Quadro 1 – Núcleos Hospitalares de Epidemiologia de gestão estadual homologados até 2014. Teresina – PI, 2016.....	35
Quadro 2 – Classificação da implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. Teresina – PI, 2016	37
Gráfico 1 – Número de notificações de doenças compulsórias realizadas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia da capital, no período de 2007 – 2014. Teresina – PI, 2016	46
Gráfico 2 – Número de notificações de doenças compulsórias realizadas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do interior do Estado, no período de 2008 – 2014. Teresina – PI, 2016	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos coordenadores dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia no Estado do Piauí, (N=9). Teresina – PI, 2016.....	39
Tabela 2 – Caracterização dos hospitais e Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, (N=9). Teresina – PI, 2016	40
Tabela 3 – Avaliação da ambiência dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina – PI, 2016.	41
Tabela 4 – Avaliação dos recursos humanos dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina – PI, 2016.....	41
Tabela 5 – Avaliação dos dispositivos regulamentadores dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina – PI, 2016.....	42
Tabela 6 – Avaliação das práticas operacionais I desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina-PI, 2016.....	42
Tabela 7 – Avaliação das práticas operacionais II desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina-PI, 2016.....	43
Tabela 8 – Avaliação das atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina – PI, 2016	43

Tabela 9 – Avaliação das atividades de gestão desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina-PI, 2016.....44

Tabela 10 – Avaliação global dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina-PI, 2016....45

Tabela 11 – Classificação da implantação dos Núcleos Hospitalar de Epidemiologia. Teresina-PI, 201645

LISTA DE SIGLAS

CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIE	Centro de Investigação Epidemiológica
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidente
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CBVE	Curso Básico em Vigilância Epidemiológica
DNC	Doenças de Notificação Compulsória
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
ESF	Estratégia Saúde da Família
FSSP	Fundação de Serviço de Saúde Pública
HEDA	Hospital Estadual Dirceu Arcoverde
HGV	Hospital Getúlio Vargas
HILP	Hospital Infantil Lucídio Portela
HRCR	Hospital Regional Chagas Rodrigues
HRJL	Hospital Regional Justino Luz
HRMSS	Hospital Regional Manoel de Sousa Santos
HRTN	Hospital Regional Tibério Nunes
IDTNP	Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDER	Maternidade Dona Evangelina Rosa
MS	Ministério da Saúde
NHE	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAMVIS	Serviço de Apoio à Mulher Vítima de Violência Sexual

SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação Sobre Nascido Vivo
SESAPI	Secretaria de Saúde do Piauí
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Consentimento de Utilização de Dados
TD	Territórios de Desenvolvimento
UFPI	Universidade Federal do Piauí
URR	Unidade de Resposta Rápida
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VE	Vigilância Epidemiológica
VS	Vigilância em Saúde
VEH	Vigilância Epidemiológica Hospitalar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivos	17
1.2 Justificativa	17
2 QUADRO TEÓRICO	19
2.1 Evolução da concepção de vigilância epidemiológica	19
2.2 Descentralização da vigilância epidemiológica para o âmbito hospitalar	22
2.3 Aspectos conceituais da avaliação em saúde	26
3 MÉTODO	31
3.1 Delineamentos do estudo	31
3.2 Local do estudo	31
3.3 População do estudo	34
3.4 Variáveis do estudo	35
3.5 Instrumentos e coleta dos dados	36
3.6 Plano de análise dos dados	36
3.7 Aspectos éticos	37
4 RESULTADOS	38
4.1 Caracterização dos participantes	38
4.2 Caracterização dos hospitais e Núcleos Hospitalares de Epidemiologia	39
4.3 Avaliação da implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia	40
4.4 Evolução das notificações realizadas pelos núcleos Hospitalares de Epidemiologia	46
5 DISCUSSÃO	48
5.1 Caracterização dos participantes	48
5.2 Avaliação da implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia	49
5.3 Evolução das notificações realizadas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia	59

6 CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICES	69

1 INTRODUÇÃO

Os avanços na estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) permitiram a descentralização das ações de vigilância epidemiológica. O termo vigilância, historicamente, esteve relacionado aos conceitos de saúde e doença, surgiu no final da Idade Média, consolidando-se nos séculos XVII e XVIII. Foi inicialmente correlacionado aos conceitos de isolamento e quarentena, determinava a segregação compulsória de doentes, visando à proteção da população (COSTA et al., 2011). Nesse sentido, a vigilância tinha como função primordial acompanhar os doentes (cólera, varíola e peste) para detecção dos primeiros sintomas e instituição de isolamento precocemente (MONKEN; BATISTELLA, 2009).

A Vigilância Epidemiológica (VE) surgiu no Brasil com as ações de prevenção e controle de doenças, começou a ter outro enfoque a partir de 1903, quando o médico sanitarista Oswaldo Cruz assumiu a direção geral de saúde pública. A partir de então, teve início uma série de medidas de enfrentamento ao quadro sanitário do país. Com isso, as ações de VE avançaram muito, se consolidando oficialmente na década de 1970 (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

A VE evoluiu ao longo dos anos deixando de ser observação sistemática de doenças e passando à coleta, análise e interpretação de dados. Após várias reformulações finalmente foi definida como um conjunto de ações que possibilita conhecer, detectar ou prevenir qualquer modificação nos fatores determinantes e condicionantes de saúde do indivíduo ou coletividade, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990; COSTA, 2011).

Dentro desse contexto, a VE possibilita fornecer informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, bem como dos seus fatores condicionantes em uma área geográfica ou de uma determinada população, permitindo o planejamento e execução de ações de controle e prevenção (COSTA, 2010; POUSA et al., 2016).

Mas, para isso, foi estruturada uma rede de notificação e investigação dessas doenças e agravos. Nessa perspectiva, foi iniciado de forma gradual o processo de descentralização da VE para os municípios, muito embora nem todos

eles estivessem adequados para assumir efetivamente o novo papel (BEZERRA, 2009; COSTA, 2010).

Nessa nova conjuntura, uma estratégia permitiu a ampliação da rede de notificação de doenças e agravos. Foi instituída dentro do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) e criada uma rede de 190 hospitais, em regiões estratégicas do País, dentro dos quais os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) foram implantados (BRASIL, 2010; DANTAS et al., 2014). Essa ação representou um grande avanço para a melhoria da qualidade das informações produzidas, considerando sua capacidade potencial de vigilância. Entretanto, cabe ressaltar, que a implantação desses núcleos depende da decisão dos gestores estaduais e municipais (SANTOS; MELO, 2008; BRASIL, 2014)

No âmbito da citada portaria, ficou delineado o papel do NHE para notificação e investigação de doenças e agravos por meio da busca ativa, consolidação dos dados, análise e divulgação da informação, promoção das ações de controle propostas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, promoção de integração entre setores afins do hospital e monitoramento em tempo hábil, permitindo assim, aos municípios a adoção de medidas oportunas de controle e prevenção de modo a possibilitar a interrupção da cadeia de transmissão de doenças entre a população (SANTOS; MELO, 2008; COSTA, 2010; BRASIL, 2014).

Nesse sentido, a VEH constitui uma importante fonte de informação para o sistema de vigilância epidemiológica nas três esferas de governo. Entretanto, a contribuição da informação depende da qualidade do processamento dos registros, sendo esta influenciada pela precisão, oportunidade e completude dos dados.

Sendo assim, para que as informações acerca das doenças e agravos tenham consistência e qualidade faz-se necessária a estruturação adequada dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia para possibilitar a execução dos processos de trabalho e o monitoramento dos resultados. Dessa forma, é imprescindível a adequada implantação desses núcleos (COSTA, 2010).

Considerando os investimentos aplicados em todas as áreas de atuação do SUS, vários pesquisadores brasileiros vêm defendendo a institucionalização da política de avaliação em saúde como uma ferramenta de gestão e de controle social para possibilitar a prática efetiva dos princípios do SUS. No entanto, a avaliação em saúde apresenta-se em um contexto no qual os processos avaliativos ainda são

incipientes, pouco incorporados às práticas, sendo de caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo, que pouco subsidia o planejamento e a tomada de decisão (FELISBERTO, 2006; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Avaliação como componente da gestão em saúde já passa a ser valorizada, em face de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do SUS, com o propósito fundamental de dar suporte aos processos decisórios (SILVA, 2011).

Com base no exposto, elegeu-se como objeto de estudo a avaliação da implantação dos Núcleos de Hospitalares de Epidemiologia no Estado do Piauí. Nesse contexto, a pesquisa traz o seguinte questionamento: Os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia no Estado do Piauí estão implantados de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde? Para responder a essa questão foram elaborados os objetivos que se seguem:

1.1 Objetivos

Geral

Avaliar a implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia no Estado do Piauí.

Específicos

- Caracterizar os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia no Piauí, quanto à estrutura e práticas operacionais;
- Verificar se a estrutura e os processos desenvolvidos nos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia no Piauí estão em conformidade com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde;
- Descrever a evolução das doenças e agravos de notificação compulsória realizadas pelos NHE de 2007 a 2014.

1.2 Justificativa

A vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar é uma importante atividade de monitoramento das ações e condições de saúde da população, motivo

pelo qual o sistema de vigilância deve estar estruturado e funcionando de forma adequada a identificar e intervir precocemente nas doenças e agravos.

Os NHE constituem importantes fontes de informações acerca de doenças, agravos e eventos de saúde pública de uma população, o que permite aos gestores acompanharem o perfil de morbimortalidade, planejar as ações de proteção e prevenção das mesmas, o que os torna um serviço indispensável à sociedade.

A primeira aproximação com a temática surgiu durante atuação na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, quando os NHE ainda não haviam sido implantados. Mais tarde, ao realizar aulas práticas da disciplina Fundamentos da saúde humana do curso de graduação em enfermagem.

Acredita-se que avaliação da estrutura e do processo contribuirá para a identificação de aspectos que interferem no bom funcionamento dos NHE. Assim, os resultados poderão subsidiar coordenadores e gestores nos processos de mudança, proposta de soluções para suas atividades de trabalho que possibilitam superar os problemas existentes advindos das inadequações.

Entende-se que o presente estudo é relevante no sentido de provocar discussões que avancem na direção de institucionalizar a avaliação nos serviços de saúde.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 Evolução da concepção de vigilância epidemiológica

O termo “vigilância” tem origem do latim *vigiare*, significa observar atentamente, estar atento, estar de sentinela, precaver-se (MONKEN; BATISTELLA, 2009). Surgiu na Idade Média, foi muito utilizado até sua consolidação nos séculos XVII e XVIII, passou por várias redefinições com significados internacionalmente reconhecidos, e esteve vinculado aos conceitos de isolamento e quarentena, uma das práticas mais antigas de intervenção social relativas à saúde do homem (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002; BRASIL, 2005).

No século seguinte, apesar dos avanços, ainda prevaleciam as medidas de controle epidemiológico voltadas para os indivíduos. Entretanto, já se iniciava a incorporação do componente de controle do espaço urbano, possibilitando as ações voltadas para conter as epidemias dentro das grandes cidades (COSTA et al., 2011).

Um grande passo para as novas práticas no controle das doenças foi o advento da bacteriologia, o que permitia o estudo detalhado dos agentes etiológicos, bem como o desenvolvimento de vacinas. Esses avanços não só mudaram a concepção de que as doenças eram causadas pelos ares, mas possibilitaram outras formas de organização de serviços e ações em saúde coletiva (BRASIL, 2005).

No início do século XX, as principais cidades brasileiras apresentavam um quadro sanitário caótico decorrente das grandes epidemias. Visando superar essa situação, o Congresso Nacional sancionou uma lei que serviu de base para o serviço sanitário, a qual adotou medidas de vigilância tornando obrigatória a notificação de doenças como: tifo, cólera, febre amarela, tuberculose e lepra (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002; BRASIL, 2005).

A partir da década de 1950 o termo “vigilância” foi redefinido, deixou de ser apenas observação da incidência de doenças, passando a ter um sentido mais amplo, o de acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade com o objetivo de possibilitar a adoção de medidas de controle, configurando assim a noção de vigilância epidemiológica (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002; OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Avançando com o conceito de vigilância, em 1963, Alexander Langmuir a definiu como sendo a observação contínua da distribuição e tendência da incidência

de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informação de morbimortalidade, assim como de outros dados relevantes, bem como a divulgação regular destes dados aos órgãos competentes (BRASIL, 2005; RIBEIRO; MALHEIRO, 2009).

Em 1965, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Divisão de Doenças Transmissíveis. Nessa ocasião, a definição de vigilância passou a incluir estudos epidemiológicos e atividades de prevenção e controle. Entretanto, foi durante a XXI Assembléia Mundial da Saúde da OMS, em 1968, que o conceito de vigilância epidemiológica foi estendido para a saúde pública, englobando outros eventos adversos à saúde e não apenas os relacionados às doenças transmissíveis (RIBEIRO; MALHEIRO, 2009; MONKEN; BATISTELLA, 2009).

Os debates durante esse evento propiciaram que a Fundação de Serviço de Saúde Pública (FSSP) criasse o Centro de Investigação Epidemiológica (CIE), primeiro órgão federal com responsabilidades abrangentes na área de epidemiologia. Em 1965, o CIE promoveu a articulação com órgãos nacionais e internacionais ligados à área, organizou o primeiro Sistema Nacional de Notificação Semanal de Doenças e deu início à liberação de boletins epidemiológicos de circulação quinzenal (BRASIL, 2005; OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Diante da importância da prática da VE, a OMS e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) incentivaram a criação de um sistema de vigilância epidemiológica nos países em desenvolvimento. Oportunamente, durante a V Conferência Nacional de Saúde (CNS), foi elaborada uma proposta a qual se concretizava no formato do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), estruturado e regulamentado mediante aprovação da Lei nº 6.259 de 1975 e do Decreto nº 78.231 de 1976 respectivamente (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002; BRASIL, 2010).

De acordo com os autores acima citados, as informações básicas para o funcionamento do SNVE seriam obtidas por meio das notificações compulsórias, das declarações de óbitos, dos estudos epidemiológicos realizados por autoridades sanitárias, notificação de agravos inusitados ou doenças cuja ocorrência fosse julgada como anormal ou passível de controle.

Destaca-se que, no ano de 1977, com base na legislação aprovada, o MS ampliou o leque de doenças de notificação compulsória, incorporando, além das previstas no Regulamento Sanitário Internacional, aquelas vinculadas ao programa

de imunizações, as coordenadas na época por órgãos específicos do Ministério da Saúde (malária, hanseníase e tuberculose) e as meningites em geral (SANTOS; MELO, 2008).

A conjuntura política de transição democrática no final da década de 1970 propiciou um espaço de intenso debate acerca de toda a estrutura do sistema de saúde do país. Nesse contexto de redemocratização do país, e por ocasião do evento político-sanitário mais importante do século passado, a VIII Conferência Nacional de Saúde, foi elaborada a proposta de reformulação do sistema de saúde, a qual foi concretizada com a outorgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002; SANTOS; MELO, 2008).

Assim, o SUS surgiu da necessidade de mudanças no modelo assistencial vigente e como forma de diminuir as desigualdades quanto ao acesso, à qualidade e quantidade das ações e serviços de saúde destinados aos brasileiros, o que tem ocorrido mediante amplo debate e reformulações nos diferentes setores da saúde, nas três esferas de governo (COSTA, 2010).

Nos anos seguintes, buscando regulamentar a implantação do novo sistema, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a qual estabelece, dentre outros, o princípios da descentralização das ações e serviços de saúde para estados e municípios, dentro da concepção da regionalização, reconhece a importância da descentralização da vigilância epidemiológica e amplia a sua definição (BRASIL, 1990; 2005).

Notadamente, observou-se o fortalecimento da epidemiologia nos serviços de saúde nas três esferas de governo. A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) pelo Ministério da Saúde (MS) foi um passo significativo dessa consolidação, uma vez que integrou em um único órgão, a vigilância, prevenção e o controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, a vigilância ambiental e a sistematização dos dados sobre a saúde (BRASIL, 2005).

Entretanto, as ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis foram organizadas como programas verticalizados, com a formulação, a coordenação e a execução das ações realizadas diretamente pelo Governo Federal. Esses programas eram estruturados na forma de campanhas e atendiam em sua grande maioria a população de forma fragmentada, devido às poucas ações estratégicas permanentes (COSTA, 2010).

Dessa forma, os debates em torno da reorganização do sistema de VE tornaram possível elaborar uma nova proposta de ação baseada na vigilância em saúde (VS), a qual se constituiu como um processo contínuo e sistematizado para coleta, consolidação, análise e divulgação de dados sobre doenças transmissíveis, crônicas não transmissíveis, acidentes, violência, saúde do trabalhador, exposição a riscos ambientais ou a produção dos serviços de saúde, visando à proteção da saúde da população e controle dos riscos (MONKEN; BATISTELLA, 2009; BRASIL, 2013; COSTA et al., 2013).

A VS se apresenta como uma postura ativa dos profissionais e serviços de saúde diante das situações de risco e vulnerabilidade, traçando planejamento e ações específicas para minimizar os danos e realizar o adequado acompanhamento da saúde de toda a população brasileira, estruturando-se em vários eixos integrados (BRASIL, 2013; COSTA et al., 2013).

Nessa perspectiva, a atuação da vigilância em saúde ultrapassa o enfoque da doença, por identificar os fatores determinantes do processo saúde/doença e desenvolver uma prática voltada para a Promoção da Saúde, em que a Estratégia Saúde da Família (ESF) assume papel fundamental de ordenadora do cuidado, na medida em que constitui a porta de entrada do sistema saúde brasileiro (BEZERRA, 2009; COSTA, 2013).

No entanto, Oliveira e Cruz (2015) enfatizam que há de se considerar que os avanços devem continuar e concentrar esforços na busca da informação, resultando em vigilância centrada fundamentalmente na rotina voltada à notificação e à investigação de casos, à transmissão de dados para outros níveis e à construção de bases e sistemas de informação de qualidade.

2.2 Descentralização da vigilância epidemiológica para o âmbito hospitalar

A construção do SUS tem ocorrido mediante amplo debate em diferentes momentos e com a participação de vários setores sociais, privilegiando a gestão pública dos recursos públicos e privados contratualizados para garantir os princípios de universalidade, equidade e integralidade na busca da qualidade. As três esferas de governo têm a responsabilidade de orientar a utilização desses recursos para o cumprimento dos marcos legais estabelecidos na Constituição Federal de 1988 (COSTA, 2010; BRASIL, 2010).

Em seu modelo estrutural de sistema de saúde, o SUS propõe a descentralização das ações e serviços com a participação das três esferas de governo a partir da edição da Norma Operacional Básica 01/1996 (NOB). Aos municípios coube o papel de protagonista, na medida em que lhes foram atribuído a responsabilidade fundamental pela execução primária dessas ações e da gestão dos serviços de saúde (COSTA, 2010; ALBUQUERQUE; MOTA; FELISBERTO, 2015).

De acordo com Santos e Melo (2008), o processo de descentralização na área de saúde no Brasil é recente, haja vista que o período compreendido entre a ditadura militar até o início da década de 1980 foi fortemente marcado pela centralização no processo de tomada de decisão. As políticas sociais dessa época eram caracterizadas pela excessiva fragmentação das ações, privatização e maximização de interesses particulares em detrimento dos interesses coletivos.

A partir desse período as modificações ocorridas no cenário político e social encaminham o país para a implantação de um novo sistema de saúde, o qual passou por várias qualificações para superar a fragmentação das ações e políticas de saúde por meio de uma rede de atenção à saúde descentralizada, hierarquizada e regionalizada (BEZERRA et al., 2009).

A descentralização das ações e serviços para os municípios, com vistas à reorientação do modelo de atenção e gestão, vem propiciando a transformação no papel da epidemiologia nos serviços de saúde, garantindo a notificação e investigação de doenças e agravos. Tal estratégia é fundamental para o fortalecimento do nível local, contribuindo para superação da dicotomia entre as denominadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar), uma vez que aumenta a capacidade de intervenção (COSTA, 2010; SANTOS; MELO, 2008).

Os autores acima chamam a atenção para o fato de que a descentralização da VE para os municípios ocorreu gradativamente e incluiu repasses de responsabilidades e recursos do governo federal para o municipal. Entretanto, devido às diferenças locais, muitos municípios avançaram mais que outros na implantação da descentralização das ações.

De acordo com Oliveira e Cruz (2015) e Mendes, Freese e Guimaraes (2004), o Brasil, atualmente, apresenta um cenário epidemiológico ainda bastante complexo, caracterizado pela permanência da tripla carga de doenças na população: predominância das doenças crônicas e seus fatores de riscos, crescimento da

violência e causas externas e agenda não concluída de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva.

Com isso, o ambiente hospitalar constitui uma relevante fonte de informação sobre essas doenças e agravos, uma vez que o hospital se apresenta como um estabelecimento de saúde especializado com equipe multiprofissional prestando cuidado integral aos pacientes com necessidades de saúde agudas ou crônicas, que requer atenção em regime integral (BRASIL, 2013; COSTA, 2010). É no hospital também que se detecta surgimento de novas doenças (emergentes), e re-emergentes, mudanças na história natural das doenças e ocorrência de epidemias de maneira precoce (MENDES; FREESE; GUIMARÃES, 2004).

No entanto, até 2010, no âmbito hospitalar, o papel da VE vinha sendo desenvolvido pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e dependia da colaboração espontânea dos profissionais de saúde e da supervisão distante das secretarias municipais de saúde, deixando assim uma lacuna a ser preenchida (COSTA, 2010).

Com o intuito de transformar esse cenário, o MS aprovou a Portaria nº. 2.254, de 05 de agosto de 2010, que instituiu o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e criou uma Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (REVEH) desenvolvida em estabelecimentos de saúde em regiões estratégicas do país, dentro dos quais será desenvolvida a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) e estarão implantados os NHE. Entretanto, vale ressaltar que esta ação não exclui a responsabilidade dos demais estabelecimentos de saúde da obrigatoriedade da notificação de doenças e agravos (BRASIL, 2010).

De acordo com Dantas et al. (2014), os NHE representaram um grande avanço institucional para a qualidade e organização dos serviços de saúde, considerando sua capacidade potencial de vigilância e por proporcionarem a apropriação de informações suficientes e necessárias à decisão pelo gestor, repercutindo na execução de procedimentos assistenciais e ações de promoção, prevenção e controle.

A presença de profissionais capacitados em vigilância epidemiológica compondo a estrutura dos NHE favorece a detecção oportuna das doenças transmissíveis, de agravos de importância nacional e internacional, bem como mudanças no perfil epidemiológico que tenha impacto para a saúde pública em regiões estratégicas do país. É importante enfatizar que é o aumento da

sensibilidade e da oportunidade na detecção de agravos de notificação compulsória que permite aos municípios adotarem medidas de controle oportunas, possibilitando a interrupção da cadeia de transmissão de doenças na população, bem como o planejamento das ações de vigilância e gestão hospitalar (BRASIL, 2014; RIBEIRO; MALHEIRO, 2009).

Para tanto, faz-se necessária a qualificação das equipes que atuam no SNVE, visando à implementação qualitativa da vigilância epidemiológica nos municípios. Com esse intuito, foi elaborado um curso de capacitação para os atores da VEH contendo cinco módulos organizados e sistematizados a partir do referencial da vigilância epidemiológica (BRASIL, 2005).

Outro ponto relevante é adequação da ambiência hospitalar conforme critérios de seleção para o credenciamento e estruturação do NHE. O processo de habilitação ao recebimento de incentivo de custeio ocorre mediante assinatura dos termos de compromisso pelo Secretário de saúde e diretor da instituição onde o núcleo será implantado, os quais passarão em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovação (BRASIL, 2014).

Bezerra et al. (2009) declaram que a publicação do Pacto pela Saúde em 2006 possibilitou mudanças significativas na relação entre os três níveis de gestão, tanto na definição das prioridades sanitárias quanto na gestão do SUS. Dentro do pacto estava estabelecido o financiamento federal para estados e municípios, por meio de blocos de recursos.

A vigilância em saúde constituiu um desses blocos, e assim, um de seus componentes, a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH), passou a contar com recursos destinados para a implantação e manutenção de ações de vigilância, prevenção e controle de doenças realizadas pelos NHE (BRASIL, 2014).

O valor do incentivo financeiro para custeio das ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde realizados pelos NHE é repassado às Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e, aos Hospitais sob gestão federal, conforme constam nos anexos de I a XXVII da Portaria GM/MS nº 48 de 20 de janeiro de 2015, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para a execução e financiamento das ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2015).

Entretanto, o ente federativo será desabilitado total ou parcial das ações de VEH e, portanto, deixará de receber o incentivo a que tem direito quando deixar

de realizar as ações e serviços públicos estratégicos de vigilância epidemiológica estabelecidas (BRASIL, 2007; 2014).

Para tanto, as ações de VHE efetuadas pelos núcleos passarão por avaliadas semestralmente pela Secretaria de Vigilância em saúde do Ministério da Saúde, por meio do SINAN, a partir do ano seguinte ao da habilitação (BRASIL, 2014).

2.3 Aspectos conceituais da avaliação em saúde

A avaliação é uma atividade que acompanha a história do homem. É inerente ao processo de aprendizagem, e na atualidade assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e referências de análise. Na literatura recente, observa-se um alargamento da concepção de avaliação de intervenção em saúde, mesmo sem deixar de reconhecer os diversos limites conceituais de sua operacionalização no âmbito dos serviços (DESLANDES; ASSIS, 2002; SILVA, 2008; VIEIRA, 2013).

É consenso mundial a idéia da institucionalização da avaliação em todos os níveis de atenção à saúde, como forma de garantir uma tomada de decisão baseada em conhecimento técnico-científico e assim possibilitar as condições para implantação de melhoria nos sistemas de saúde. Nessa perspectiva, Felisberto (2005) propõe a incorporação da rotina de avaliação às organizações de saúde durante o planejamento e gestão de programas e políticas de saúde.

Assim, avaliação em saúde constitui um importante método de apoio à gestão pela sua capacidade de subsidiar a tomada de decisão com qualidade. Entretanto, seu uso na gestão dos serviços de saúde ainda é recente, restrito e vinculado aos avanços da epidemiologia e estatística. Um obstáculo a sua utilização advém da dificuldade de sua implementação para problemas que necessitem de soluções imediatas (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A avaliação em saúde surgiu no Brasil a após a segunda guerra mundial, em face da necessidade do Estado encontrar meios que garantissem a distribuição adequada dos recursos. Durante os anos 70, a necessidade de avaliar as ações sanitárias se impôs, o que levou à criação de organismos encarregados de avaliar as novas tecnologias em diversos países. Essa proliferação é, certamente, o sinal de

uma necessidade, mas também é sinal de complexidade da área (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000; SILVA, 2011).

O empoderamento da sociedade sobre seus direitos, os altos custos com a assistência, uso de novas tecnologias, bem como a necessidade de promover a equidade no acesso aos recursos, estão levando os gestores e profissionais da saúde das instituições públicas a buscarem evidências objetivas de que os recursos e serviços de saúde estão sendo providos, de maneira eficiente, enquanto mantém e melhoram a qualidade do cuidado ao paciente (SERRA, 2015; COSTA, 2007). Nesse contexto, Contandriopoulos et al., (2000) ressaltam que a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde é considerável, e que a avaliação se apresenta como uma boa solução viável.

De acordo com Abath (2014) e Contandriopoulos (2006), os objetivos de uma avaliação são muitos, podem ser explícitos quando auxiliam no planejamento e fornece informação para melhorar a intervenção; determina os efeitos de uma intervenção para decidir se a mesma deve ser mantida, transformada ou interrompida e contribui para o progresso do conhecimento. Portanto, a avaliação pode ser realizada no momento do planejamento e elaboração da intervenção, no decorrer ou mesmo no final da intervenção.

Os citados autores reforçam ainda que a avaliação traz consigo objetivos implícitos que são importantes e decorrem dos diferentes atores envolvidos (administradores, avaliadores, usuários e profissionais), podendo cada um deles ter seu próprio objetivo em relação à intervenção, portanto devem ser considerados.

A realização de uma avaliação pode querer legitimar uma decisão tomada, atrasar outra, ampliar seu poder e controle sobre uma intervenção. Os avaliadores podem buscar conhecimento, prestígio ou promover suas idéias. Já os usuários procuram benefícios com os serviços bem como reduzir a dependência perante os profissionais. Finalmente os profissionais podem querer burlar a hierarquia (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

De acordo com Serra (2015), a avaliação é um processo amplo de atribuir valor com o objetivo de promover reflexão, mudanças e aprendizagem, propiciando a análise de algo a fim de evidenciar como a aplicação de recursos está sendo empregada e qual o impacto tem gerado.

Neste raciocínio, a avaliação consiste fundamentalmente em investigar e sistematizar conhecimentos para fazer julgamento de valor de uma intervenção ou

seus componentes, através de um dispositivo capaz de fornecer informações válidas com o objetivo de auxiliar a tomada de decisão. Essa definição permite considerar a avaliação como intervenção formal, mobilizando recursos e atores em torno de uma finalidade explícita, como um sistema organizado de ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006; CARVALHO et al., 2012).

Os referidos autores consideram que uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos, organizados em um contexto específico, em um determinado momento, para produzir bens ou serviços, com o objetivo de modificar uma situação problemática. É caracterizada, portanto, por cinco componentes: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto preciso em um dado momento.

Nesse sentido, uma das modalidades de avaliação é a normativa, a qual parte da clássica divisão proposta por Donabedian em três componentes: a estrutura, processo e resultados (SERRA, 2015). Na apreciação normativa, são medidas as diferenças entre o que se tem na prática e o que é preconizado. Geralmente esse tipo de avaliação é realizado na rotina dos serviços (CHAMPAGNE et al., 2011).

Dentre os componentes da avaliação normativa, a apreciação da estrutura busca saber se os recursos estão sendo empregadas de modo adequado para alcançar os resultados planejados (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000). Esse componente se apresenta como a característica mais estável da assistência de saúde. A estrutura compreende os fatores referentes às condições sob as quais o cuidado é prestado e engloba estrutura física, recursos materiais (equipamentos e tecnologia), recursos humanos (número, qualificação, atividades de ensino e pesquisa, protocolos clínicos) e recursos financeiros (DONABEDIAN, 1990b; MARTINS, 2014).

O componente processo, constitui o cuidado de saúde em si. Refere-se às atividades realizadas pelos profissionais que cuidam diretamente dos pacientes e procura saber o quanto os serviços estão adequados para alcançar os resultados esperados. Considera as relações entre os profissionais de saúde e os pacientes, os aspectos éticos, bem como ponto de vista técnico e/ou administrativo (DONABEDIAN, 1990b; CONTANDRIOPOULOS et al., 2000; SILVA, 2011; MARTINS, 2014).

De acordo com Martins (2014), o resultado traduz as mudanças desejáveis ou indesejáveis no estado de saúde do indivíduo ou população decorrente da atenção recebida. A avaliação de resultado se destina a analisar a produção do serviço prestado, ou seja, avaliar as ações que se conseguiu prestar à população. As informações geradas pelas avaliações de impacto fundamentam as decisões sobre a necessidade de ampliar, modificar ou eliminar uma política ou programa específicos e são usadas para hierarquizar as prioridades das medidas públicas (DONABEDIAN, 1990a; CONTANDRIOPOULOS et al., 2000; SILVA, 2011).

É importante enfatizar a necessidade do uso de um instrumento (matriz) de julgamento quando se quer avaliar uma política, programa, serviço ou ação de saúde, e que os itens para a sua composição devem focalizar questões referentes à estrutura, ao processo e até mesmo questões que permeiem os resultados. Outro aspecto relevante é que esse instrumento avaliativo poderá ser transformado em instrumento de monitoramento para a gestão e a assistência (ALVES et al., 2010).

A avaliação de políticas e programas de saúde começou a se desenvolver a partir da década de 1980, tanto do ponto de vista acadêmico como de sua incorporação ao cotidiano da administração pública (SILVA, 2008). Atualmente, o próprio MS tem necessitado de estudos dessa natureza, não só por exigência de financiadores externos, mas devido à consciência de responsabilização entre seus dirigentes e consolidação do SUS (PAIM, 2005).

Atualmente, observa-se a intensificação do debate em torno da importância da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde (CONTRANDIOPOULOS, 2006; FELISBERTO et al., 2006).

Assim, a institucionalização da avaliação é entendida como a incorporação dessa atividade no cotidiano dos gestores e dos profissionais de saúde. Com isso, a avaliação passaria a ser uma prática interna de acompanhamento de todo o processo de planejamento e gestão das políticas ou programas, permitindo o direcionamento de prioridades (FELISBERTO et al., 2006).

No entanto, deve-se considerar que nem sempre os resultados de uma avaliação se traduzem automaticamente em ação decisória. Porém, eles podem influenciar positivamente as decisões, à medida que apresentarem fundamentação teórica, credibilidade e pertinência. No caso da pertinência da avaliação, trata-se em saber se todos os atores envolvidos reconhecem a institucionalização da avaliação

como uma estratégia que irá melhorar a eficiência do sistema de saúde, sem isso, a avaliação não será veículo da mudança (ABATH, 2014).

Assim, a finalidade de uma política de avaliação e de melhoria de qualidade deve ultrapassar o propósito de apenas demonstrar os problemas existentes, propor soluções para os problemas detectados, mas a de produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo do tipo normativo, onde a avaliação incidiu sobre as dimensões de estrutura e processos de trabalho. De acordo com Donabedian (1990a), o estudo avaliativo decorre do julgamento feito sobre práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta ainda não respondida na literatura sobre as características dessas práticas, ou em um contexto particular, por meio de metodologia científica.

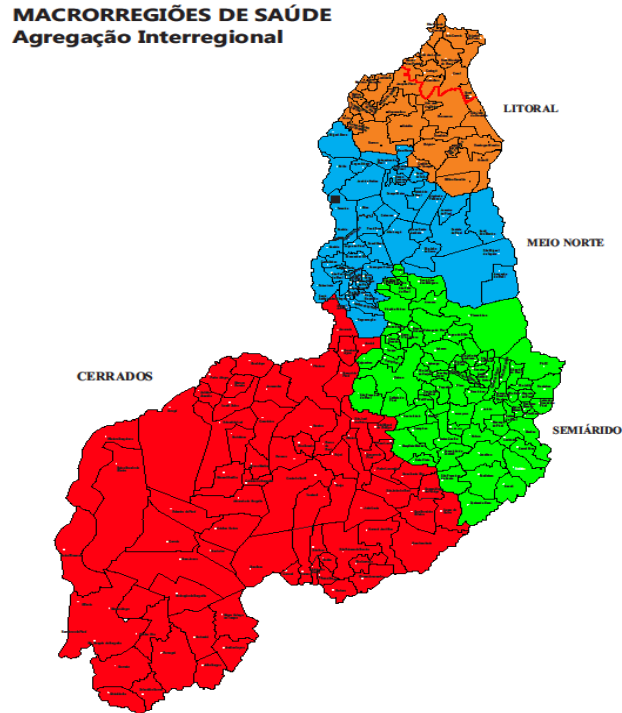
Nessa perspectiva, optou-se por uma de suas vertentes, ou seja, a pesquisa avaliativa normativa, que, para Contandriopoulos et al. (2000), é aquela que dá ênfase ao julgamento de valor de uma intervenção, usando o método científico e que pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas. A pesquisa avaliativa analisa a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos, o rendimento, as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado nos NHE do Estado do Piauí, cuja população é constituída de 3.118.360 milhões, distribuída em 224 municípios, com densidade demográfica média de 12,40 habitantes por km e área geográfica de 251.611,934Km², sendo localizado a oeste da região Nordeste. A capital do Estado é Teresina, a qual se encontra estrategicamente localizada no meio norte do país, o que contribuiu para ter se tornado um importante pólo regional de referência em saúde nas mais diversas especialidades (IBGE, 2010).

Os municípios piauienses estão organizados em quatro macrorregiões ou regiões ampliadas de saúde para o Estado do Piauí (Figura 1): litoral, meio norte, semi árido, e cerrados, as quais resultam da aglomeração dos 11 Territórios de Desenvolvimento (TD), constituindo assim as regiões de saúde, possibilitando atender aos princípios de universalidade, integralidade, descentralização, regionalização e a hierarquização da assistência à saúde no SUS, (Figura 2) (PIAUI, 2015).

Figura 1 – Macrorregiões de saúde do Estado do Piauí. Teresina – PI, 2016.



Fonte: PIAUÍ, 2015

Figura 2 – Territórios de Desenvolvimento do Estado do Piauí. Teresina – PI, 2016.



Fonte: PIAUI, 2015

Atualmente, no Piauí existem vários NHE, distribuídos em hospitais de referência da capital e de outros municípios. Entretanto, só foram incluídos neste

estudo os nove NHE que tiveram sua implantação homologada até 2014, com posterior publicação no anexo XVII da Portaria nº 48 de 20 de janeiro de 2015, sendo quatro na capital e cinco no interior conforme descrição a seguir:

O Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela (IDTNP) é especializado em doenças infecciosas e parasitárias, possui 120 leitos de internação, 10 leitos de UTI e taxa ocupação de 51,32%, atribuída ao fato de algumas enfermarias serem destinadas a isolamento o que tem acarretado déficit de leitos assistências. O NHE foi implantado em dezembro de 2004, conta com um médico, uma enfermeira e quatro técnicos de enfermagem. O funcionamento se dá diariamente, nos turnos manhã e tarde, tendo o serviço de VE de feriados e dos finais de semanas realizados pela Unidade de Resposta Rápida do município (URR).

O Hospital Getúlio Vargas (HGV) é um hospital geral de ensino, referência em alta complexidade em várias especialidades para todo o estado. Atualmente dispõe de 313 leitos para internação, 16 leitos de UTI e taxa de ocupação de 74,9%. Teve seu NHE implantado em 2005, dispõe de ambiência própria, funciona de segunda a sexta apenas no turno da manhã.

O Hospital Infantil Lucídio Portella (HILP) é o único no Estado especializado em Pediatria com atendimento pelo SUS. Possui 86 leitos em enfermarias e 09 de UTI, mantendo taxa de ocupação de 84,3%. A implantação de seu núcleo se deu em junho de 2005, com funcionamento no turno da tarde, divide o ambiente com a CCIH, possui equipe com apenas dois integrantes (coordenador e técnico de enfermagem) e uma médica que atua exclusivamente na investigação dos óbitos.

A Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), é referência estadual na assistência integral à saúde da mulher. Dispõe de 175 leitos para internação, 08 leitos de UTI materna, 20 para neonato e 20 para cuidados intermediários, cursa com taxa de ocupação de 89,7%. Teve o núcleo implantado em julho de 2013, realiza notificação e investigação na admissão, unidades de internação, laboratório, ambulatório e Serviço de Apoio à Mulher Vítima de Violência Sexual (SAMVIS).

Localizado na macrorregião Litoral, com sede em Parnaíba, o Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA) é referência para 273.189 habitantes em 11 municípios do norte estado. Possui capacidade instalada de 86 leitos de internação, 10 leitos de UTI geral e materna, além de 10 neonatais, mantém taxa de ocupação de 89,7%. O NHE foi implantado em julho de 2008, atualmente funciona no turno da

tarde, de segunda à sexta, tendo as atividades de notificação de finais de semana realizadas pelos enfermeiros plantonistas das unidades de internação.

Com sede em Piripirí, o Hospital Regional Chagas Rodrigues (HRCR) compõe a macrorregião litoral, é referência regional para 381.797 habitantes de 22 municípios. Atualmente dispõe de pronto atendimento, conta com 96 leitos para internação e 10 leitos de UTI, operando com taxa média de ocupação de 99,1%, em diversas especialidades. A implantação de seu NHE ocorreu em julho de 2008, funciona para busca ativa apenas duas vezes na semana e divide espaço físico com a CCIH e Comissão de Prevenção Interna de Acidentes (CIPA).

Localizado na macrorregião cerrados, no município de Floriano, o Hospital Regional Tibério Nunes (HRTN) é referência para os 74 municípios, dispõe de 130 leitos, além de 7 leitos de UTI e taxa de ocupação de 69,7%. A implantação do NHE se deu em maio de 2009, funciona no turno da manhã, em dias úteis. Atualmente tem uma equipe composta por um enfermeiro, o qual assume também as atividades de coordenação, além de dois técnicos em enfermagem e um auxiliar administrativo.

O Hospital Regional Manoel de Sousa Santos (HRMSS) está localizado na macrorregião cerrados, no município de Bom Jesus, é referência para 23 municípios, dispõe de 54 leitos e taxa de ocupação de 78%. A implantação do NHE ocorreu em março de 2009, funciona no turno da manhã, em dias úteis. Atualmente tem uma equipe composta por um enfermeiro, o qual assume também as atividades de coordenação, um técnico em enfermagem e um digitador.

O Hospital Regional Justino Luz (HRJL) está localizado na macroregião semiárido, no município de Picos, atualmente conta com 120 leitos habilitados, mantém taxa de ocupação de 78%. A partir de outubro de 2005, o NHE começou a funcionar com equipe de um enfermeiro que exerce a função de coordenador e todas as demais atividades do núcleo e por um digitador.

3.3 População do estudo

Fizeram parte deste estudo os 09 Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (Quadro 1), juntamente com seus respectivos coordenadores. Para a composição da população, adotou-se como critério de inclusão todos terem sido instituídos mediante Portaria Ministerial e Institucional, homologados em 2014.

Quadro 1 – Núcleos Hospitalares de Epidemiologia de gestão estadual homologados até 2014. Teresina – PI, 2016

Hospitais na Capital	Hospitais no Interior
IDTNP	HEDA
HGV	HRCR
HILP	HRTN
MDER	HRMSS
	HRJL

3.4 Variáveis do estudo

Para avaliação da implantação dos NHE foram estudadas as variáveis relacionadas à dimensão estrutura e ao processo. A variável estrutura foi dividida em três componentes: Ambiência: área física, mobiliário, linha telefônica própria, computador com impressora conectado à internet e laboratório; Recursos humanos: quantidade por categoria, pós-graduação, horas de capacitação anual, horas de trabalho semanal e Regulamentação dos núcleos: inserção no organograma, existência de regimento interno e implantação de fluxo.

A variável processo foi composta pelos componentes: Práticas operacionais I: busca ativa e passiva, notificação e investigação de caso, processamento, análise e divulgação dos dados; Práticas operacionais II: com investigação de óbito, investigação de surto no âmbito hospitalar e monitoramento do preenchimento de Declaração de Óbito (DO) e Declaração de Nascido Vivo (DNV); Pesquisa: estudos epidemiológicos; Ensino: atividade de educação permanente sobre VEH e campo de estágio para aluno de graduação e pós graduação e Gestão do núcleo: despachos com a direção, fluxo com a farmácia, integração com o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) e com outras comissões: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Óbito infantil e materno, núcleo de segurança do paciente e planejamento interno das atividades.

3.5 Instrumentos e coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela autora e ocorreu de junho a agosto de 2016, sendo utilizados três instrumentos distintos. O primeiro, um questionário com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE A), o qual tinha o objetivo de caracterizar os sujeitos, os hospitais e avaliação dos componentes existentes nos NHE. O questionário era respondido pelo coordenador de cada NHE em dias e local previamente agendados, segundo a conveniência do mesmo.

Para complementação dos dados coletados, realizou-se observação direta com registro em um roteiro de observação sistemática (APÊNDICE B) nos prontuários dos pacientes internados no período da coleta dos dados, com a utilização do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (APÊNDICE E), nos relatórios técnicos, atas de reunião do núcleo, fluxos, rotinas e procedimentos do núcleo, organograma do hospital, além de boletim informativo, com objetivo de subsidiar a classificação da implantação do NHE.

3.6 Plano de análise de dados

Os dados obtidos foram agrupados em uma matriz de julgamento (APÊNDICE C), construída com base no modelo utilizado por Costa (2010) e na Portaria nº 183 de 30 de Janeiro de 2014, da Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

A matriz consistiu de duas dimensões: estrutura que era composta por quinze itens e o processo com dezoito itens. Para cada um desses itens foi atribuída a pontuação um, de modo que o valor máximo atingido foi de 33, o que corresponderia a 100% de adequação do núcleo.

A avaliação dos núcleos examinados foi estabelecida com base na estrutura existente e atividades desenvolvidas, registrando-se um ponto quando houve cumprimento integral do item ou zero para ausência. Assim, o somatório dos pontos obtidos foi analisado para determinar a implantação do NHE em cada dimensão e depois o grau de implantação global de cada NHE. Quando as ações dos mesmos eram cumpridas de forma parcial, atribuía-se uma pontuação proporcional que variava entre maior que zero e menor que 1.

Os escores para classificação da implantação (Quadro 2) seguiram uma adaptação do estudo de Mendes (2004), sobre avaliação da implantação dos núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar, em Recife e do estudo de Costa (2010), sobre avaliação da implantação dos núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar no Piauí.

Quadro 2 – Classificação da implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. Teresina – PI, 2016

Escore	Intervalos da pontuação	Grau de implantação
Implantação adequada	≥26,4 a 33 pontos	≥80% - 100%
Implantação aceitável	23,1 a 26,3 pontos	70% - 79,9%
Implantação inadequada	16,5 a 23 pontos	50% - 69,9%
Implantação crítica	≤16,4 pontos	≤49%

Fonte: Costa, 2010

As respostas obtidas a partir das matrizes foram agrupadas em tabelas e gráficos, para análise da implantação.

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Parecer nº 1.554.319 e pela responsável técnico das instituições coparticipantes onde os Núcleos de Hospitalares de Epidemiologia estão inseridos. Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), de acordo com o que determina a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi dividida em três seções. Na primeira foram caracterizados os sujeitos dos participantes da pesquisa. A segunda diz respeito aos dados obtidos sobre os NHE e os hospitais onde estão inseridos. E, na terceira seção estão apresentados os dados referentes aos itens que compõem a estrutura, o processo e a evolução das notificações realizadas pelos NHE situados na capital e no interior do estado.

4.1 Caracterização dos participantes

Conforme tabela 1, foi observado predomínio do sexo feminino (77,8%), e a faixa etária de 40 a 49 anos (33,3%). A idade mínima entre eles foi de 25 anos e máxima 65 anos. A formação profissional mais frequente entre eles era a de enfermeiro (88,9%), entretanto, apenas 44,5% destes profissionais que atuam na função de coordenador do núcleo apresentavam pós-graduação em saúde pública.

No que se refere ao tempo de atuação nos núcleos, a média encontrada no desempenho da função foi de 8 anos. O tempo mínimo de trabalho nesse setor foi menor que um ano e o máximo de 12 anos. Cerca de 33,4% dos coordenadores já estão de seis a dez anos exercendo a função (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos coordenadores dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia no Estado do Piauí, (N=9). Teresina – PI, 2016

Variáveis	N	%	Min- Max
Sexo			
Masculino	02	22,2	
Feminino	07	77,8	
Faixa etária (anos completos)			
20 - 29	01	11,1	
30 - 39	02	22,2	
40 - 49	03	33,3	
50 - 59	01	11,1	
>60	02	22,2	
			25 - 65
Formação profissional			
Enfermeiro	08	88,9	
Médico	01	11,1	
Pós graduação			
Doenças Infecciosas	01	11,1	
Enfermagem do trabalho	01	11,1	
Prevenção e controle de infecção	01	11,1	
Saúde da família	02	22,2	
Saúde pública	04	44,5	
Tempo de atuação (anos)			
<01 ano	02	22,2	
01 - 05	02	22,2	
06 - 10	03	33,4	
11 - 12	02	22,2	
			01 - 12

Fonte: Pesquisa direta

Legenda: Min - Max = mínimo - máximo

4.2 Caracterização dos hospitais e Núcleos Hospitalares de Epidemiologia

Em relação ao tipo de instituição onde os NHE estão inseridos, 66,7% delas são classificadas como hospitais gerais e 33,3% atende a uma única especialidade. Suas localizações, no que se refere à regionalização, apontam que

44,5% estão na macrorregião de meio norte, mais especificamente na capital Teresina.

Quanto ao tempo de implantação, 11,1% deles tinham menos de 5 anos de funcionamento. Na época, o núcleo mais novo tinha três anos de implantado e o mais velho, 12 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos hospitais e Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, (N=9). Teresina – PI, 2016

Variáveis	N	%	Min - max
Tipo de hospital			
Especializado	03	33,3	
Geral	06	66,7	
Localização macrorregional do hospital			
Litoral	02	22,2	
Meio norte	04	44,5	
Semiárido	01	11,1	
Cerrados	02	22,2	
Tempo de implantação dos NHE (anos)			
03 - 05	01	11,1	
06 - 10	04	44,4	
11 - 12	04	44,4	
			03 - 12

Fonte: Pesquisa direta

4.3 Avaliação da implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia

4.3.1 Avaliação da dimensão estrutura

A partir da avaliação dos itens que compõem a ambiência dos NHE, conforme mostra a tabela 3, observa-se que a maioria delas está adequada para o funcionamento, ou seja, atingiram a pontuação máxima. O menor percentual obtido foi 71,4% nos núcleos da MDER, HEDA e HRCR. Entretanto, estes estão dentro dos limites de implantação aceitáveis.

Tabela 3 – Avaliação da ambiência dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina – PI, 2016

Ambiência	Hospitais								
	IDTNP	HGV	HILP	MDER	HEDA	HRCR	HRTN	HRMS	HRJL
Espaço físico próprio	1	1	0	1	0	0	1	1	1
Mobiliário	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Equipamentos de informática	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado de funcionamento	1	1	1	0,5	1	1	0,5	1	1
Linha telefônica direta	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Internet	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Laboratório integrado	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total de pontos	7	7	6	5,5	5	5	5,5	6	6
Percentual atingido %	100	100	85,7	78,6	71,4	71,4	78,6	85,7	85,7

Fonte: Pesquisa direta

Legenda: 1 - sim
0,1 a 0,9 - parcial
0 - não

Quando avaliado o componente recursos humanos (Tabela 4), pode se verificar que a maioria dos núcleos (IDTNP, HILP, MDER, HEDA, HRTN e HRMS), têm implantação adequada e o percentual obtido por eles variou de 80% a 100%. O núcleo do HGV apresentou implantação aceitável com 70%, no entanto, dois outros núcleos (HRCR e HRJL) tiveram implantação crítica, onde o percentual obtido foi de apenas 40%.

Tabela 4 – Avaliação dos recursos humanos dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina – PI, 2016

Recursos humanos	Hospitais								
	IDTNP	HGV	HILP	MDER	HEDA	HRCR	HRTN	HRMS	HRJL
Quantidade de profissionais	1	0,5	0,5	1	1	0,5	1	1	0,5
Equipe multiprofissional	1	0,5	0,5	1	1	0,5	1	1	0,5
Especialização do coordenador	1	1	1	1	0	0	1	0	0
CH semanal de 20h/semana	1	0,5	1	1	1	0	1	1	0
Horas anual de capacitação	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total de pontos	5	3,5	4,0	5	4	2	5	4	2
Percentual atingido %	100	70	80	100	80	40	85	80	40

Fonte: Pesquisa direta

Na avaliação da regulamentação dos núcleos, apenas o IDTNP obteve a pontuação máxima, Já os núcleos da MDER e HRMS foram considerados como inadequados, onde o percentual atingido foi de 50% e 66,6%, respectivamente, e os demais encontravam-se com a implantação crítica (Tabela 5).

Tabela 5 – Avaliação dos dispositivos regulamentadores dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina – PI, 2016

Regulamentação	Hospitais								
	IDTNP	HGV	HILP	MDER	HEDA	HRCR	HRTN	HRMS	HRJL
Inserção no organograma	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Regimento interno	1	0	0,5	1	1	0	0	1	0
Implantação de fluxos	1	1	0,5	0,5	0	0	1	1	0
Total de pontos	3	1	1	1,5	1	0	1	2	0
Percentual atingido %	100	33,3	33,3	50	33,3	0	33,3	66,6	0

Fonte: Pesquisa direta

4.3.2 Avaliação da dimensão processo

Analisando as atividades desenvolvidas pelos núcleos, no que se refere ao componente práticas operacionais I (Tabela 6), observa-se que o núcleo do HEDA obteve o maior percentual (91,6%) e o HRJL, o menor (33,3%), seguido do HRCR (50,0%).

Tabela 6 – Avaliação das Práticas Operacionais I desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina – Piauí, 2016

Práticas operacionais I	Hospitais								
	IDTNP	HGV	HILP	MDER	HEDA	HRCR	HRTN	HRMS	HRJL
Realiza busca ativa	1	1	1	1	1	0,5	1	1	0,5
Realiza busca passiva	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Notifica e investiga DNC	1	1	1	1	0,5	0,5	1	1	0,5
Processamento eletrônico	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Análise dos dados	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Divulgação dos dados	0	0	0	0	1	0	1	1	0
Total de pontos	5	5	5	5	5,5	3	5	5	2
Percentual atingido %	83,3	83,3	83,3	83,3	91,6	50,0	83,3	83,3	33,3

Fonte: Pesquisa direta

Quando questionados sobre as atividades que integram as práticas operacionais II, pode-se concluir que o núcleo do HRJL teve a implantação crítica e não pontuou nenhum dos itens, também foi observado que o núcleo do IDTNP atingiu o percentual de 66,6% e, portanto, ficou com implantação inadequada. Entretanto, destaca-se que todos os demais apresentavam implantação adequada e o percentual atingido variou entre 83,3% e 100% (Tabela 7).

Tabela 7 – Avaliação das Práticas Operacionais II desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina – Piauí, 2016

Práticas operacionais II	Hospitais								
	IDTNP	HGV	HILP	MDER	HEDA	HRCR	HRTN	HRMS	HRJL
Investigação de óbitos	0	1	1	1	0,5	1	1	1	0
Investigação de surtos	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Monitora o preenchimento de DO e DNV	0	1	1	1	1	1	1	1	0
Total de pontos	2	3	3	3	2,5	3	3	3	0
Percentual atingido %	66,6	100	100	100	83,3	100	100	100	0

Fonte: Pesquisa direta

Ao realizar-se a análise dos registros das atividades de pesquisa desenvolvidas pelos NHE, chamou a atenção o fato de que em nenhum dos núcleos avaliados eram realizados estudos epidemiológicos complementares sobre as DNC identificadas no ambiente hospitalar. Sobre as atividades de ensino, a maioria dos NHE não realizava atividades educativas, além de não funcionar como local para campo de estágio em VE (Tabela 8).

Tabela 8 – Avaliação das atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina – Piauí, 2016

Ensino e pesquisa	Hospitais								
	IDTNP	HGV	HILP	MDER	HEDA	HRCR	HRTN	HRMS	HRJL
Estudos epidemiológicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atividades educativas	0	0	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0
Campo de estágio em VE	1	1	0	1	1	0	1	0	1
Total de pontos	1	1	0,5	1,5	1,5	0	1	0	1
Percentual atingido %	33,3	33,3	16,7	50,0	50,0	0,0	33,3	0,0	33,3

Fonte: Pesquisa Direta

No que concerne as atividades de gestão desenvolvidas pelos NHE (Tabela 10), nenhum apresentou implantação adequada, porém foi observado em um deles (IDTNP) a implantação aceitável, o qual atingiu a pontuação máxima de 4,25. A maior frequência encontrada é de núcleos classificados como inadequados. Já os núcleos do HRTN e HRJL, a pontuação máxima foi 41,7 e 37,5, respectivamente e, portanto, a implantação crítica.

Tabela 9 – Avaliação das atividades de gestão desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí, conforme pontuação obtida. Teresina – Piauí, 2016

Gestão	Hospitais								
	IDTNP	HGV	HILP	MDER	HEDA	HRCR	HRTN	HRMS	HRJL
Despacho com a direção	1	1	0	0	1	1	0	1	1
Participação em reunião	1	1	0	0,5	1	1	1	0	1
Integração com o SAME	1	0	0	0	1	1	1	1	0
Integração com outras comissões	0,25	1	1	1	1	0,5	0,5	0	0,25
Planejamento de atividades	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Fluxo com a farmácia	1	0	1	1	0	0	0	0	0
Total de pontos	4,25	3	3	2,5	4	3,5	2,5	3	2,25
Percentual atingido %	70,8	50	50	41,7	66,7	58,3	41,7	50	37,5

Fonte: Pesquisa direta

4.3.3 Avaliação global da implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia

Quanto a avaliação global da implantação dos NHE (Tabela 11), conclui-se que no conjunto de todos os componentes, apenas um núcleo apresentou percentual final (82,6%), portanto, implantação adequada. A maioria teve implantação insatisfatória. O núcleo HRJL obteve implantação crítica, atingindo percentual de 41,7%.

Tabela 10 – Avaliação global dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia implantados no Estado do Piauí. Teresina – Piauí, 2016

Componentes Avaliados	Hospitais								
	IDTNP	HGV	HILP	MDER	HEDA	HRCR	HRTN	HRMS	HRJL
Estrutura e ambiência	7	7	6	5,5	5	5	5,5	6	6
Recursos humanos	5	3,5	4	5	4	2	5	4	2
Regulamentação	3	1	1	1,5	1	0	1	2	0
Práticas Operacionais I	5	5	5	6	5,5	3	5	5	2,5
Práticas operacionais II	2	3	3	3	2,5	3	3	3	0
Pesquisa	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ensino	1	1	0,5	1,5	1,5	0	1	0	1
Gestão	4,25	3	3	2,5	4	3,5	2,5	3	2,25
Total	27,25	23,5	22,5	25	23,5	16,5	20	23	13,75
Percentual atingido	82,6	71,2	68,2	75,8	71,2	50,0	60,6	69,7	41,7

Fonte: Pesquisa direta

Apenas um núcleo (IDTNP) foi classificado com implantação adequada. O HRJL, implantação crítica. E os demais foram classificados entre inadequado e aceitável (Tabela 12).

Tabela 11 – Classificação da implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia no Estado do Piauí. Teresina – Piauí, 2016

NHE	Percentual atingido %	Classificação
IDTNP	82,6	ADEQUADA
HGV	71,2	ACEITÁVEL
HILP	68,2	INADEQUADA
MDER	75,8	ACEITÁVEL
HEDA	71,2	ACEITÁVEL
HRCR	50,0	INADEQUADA
HRTN	60,6	INADEQUADA
HRMSS	69,7	INADEQUADA
HRJL	41,7	CRÍTICA

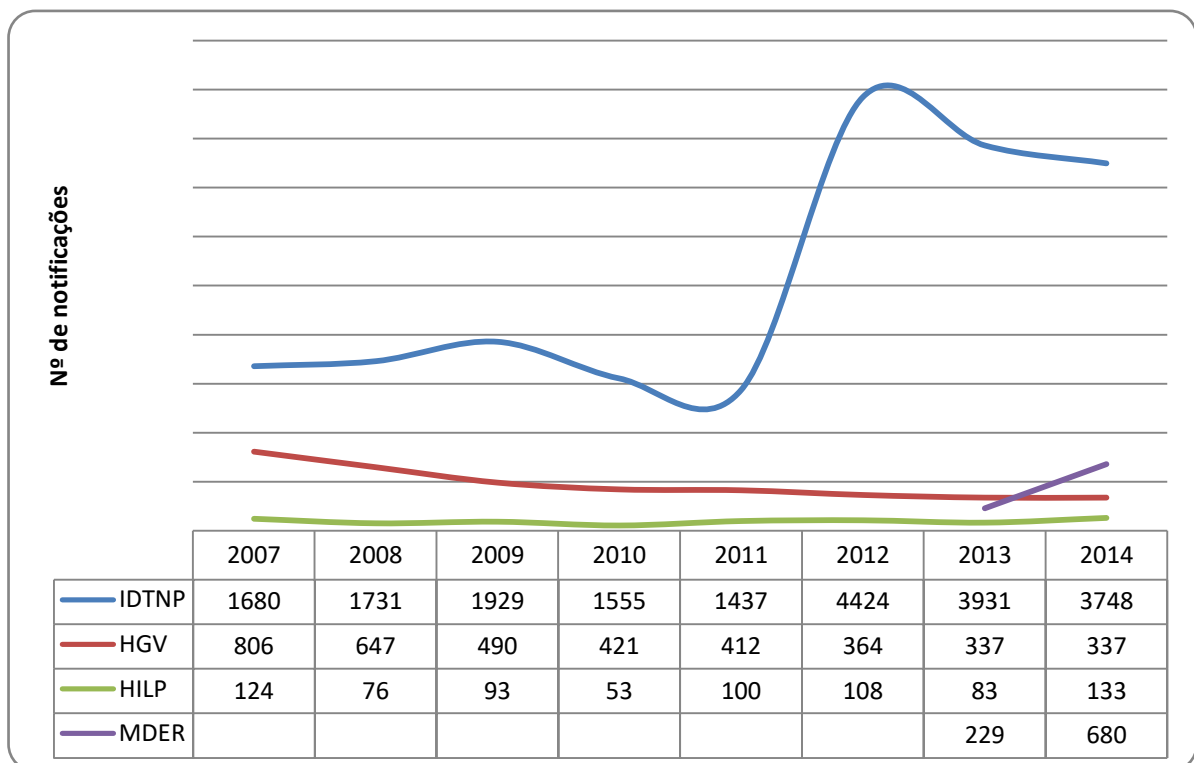
Fonte: Pesquisa direta

4.4 Evolução das notificações realizadas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia

4.4.1 - Notificações realizadas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia da capital

O gráfico 1 mostra que, entre 2007 e 2014, o IDTNP realizou 20.435 notificações de DNC. Neste período, o aumento de notificações foi de 123%. O número de notificações no HGV, a partir de 2008, passou de 806 em 2007 para 337 em 2014. No HILP, número de notificações se mantém estável com um crescimento de apenas 7,3%.

Gráfico 1 – Número de notificações de doenças compulsórias realizadas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia da capital, no período de 2007-2014. Teresina – PI, 2016



Fonte: NHE da capital, 2007 - 2014

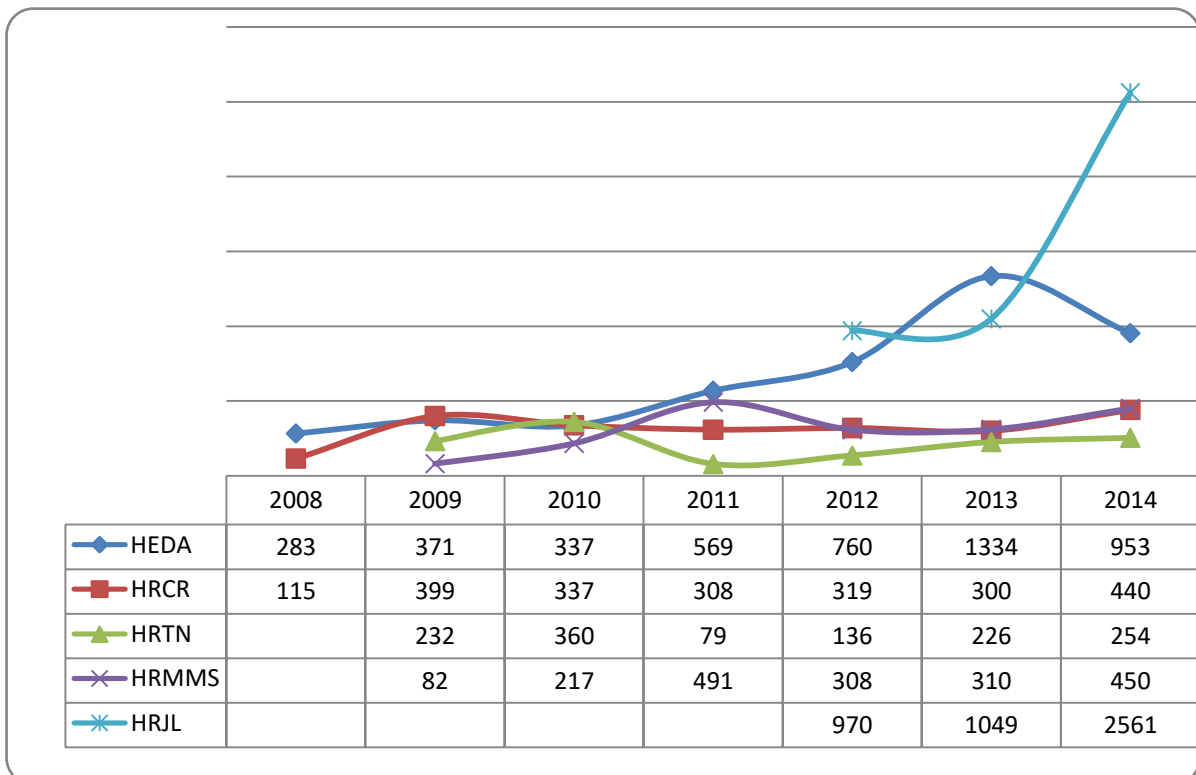
4.4.2 Notificações realizadas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do interior do Estado

No gráfico 2, observa-se que, entre 2008 e 2014, houve aumento no número de notificações, principalmente nos núcleos do HEDA, HRCR, um crescimento de 236,7%, 282,6%, respectivamente. O núcleo do HRMSS apresentou um aumento de notificações de 448,8%, passando de 82 para 450 em 2011.

Nos demais núcleos, o número de notificações apresentou pequena variação nas notificações quando comparado de um ano para outro. A maior diferença só é percebida no ano da implantação.

Chama a atenção o fato de que o NHE do HRJL, apesar de ter sido inaugurado em 2005, só dispõe de arquivo físico e digital das consolidações das notificações a partir de 2012.

Gráfico 2 – Número de notificações de doenças compulsórias realizadas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do interior do Estado, no período de 2008 – 2014. Teresina – PI, 2016



Fonte: NHE do interior do Estado, 2008 - 2014

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos participantes

Entre os coordenadores entrevistados, observou-se a presença expressiva do profissional enfermeiro do sexo feminino compondo os núcleos, mesmo considerando interdisciplinaridade do trabalho executado. Esse achado é semelhante a outros resultados sobre implantação dos NHE, realizados no Piauí e em Curitiba (COSTA, 2010; MEDEIROS et al., 2016). A predominância de profissionais femininos na enfermagem reproduz a característica histórica da enfermagem, que mesmo com os avanços ocorridos ao longo dos anos, a profissão ainda é exercida na sua grande maioria por mulheres (SILVA, 2011, CHAVES et al., 2015).

No que se refere à pós-graduação dos coordenadores, menos da metade apresentava especialização ou experiência em saúde pública ou epidemiologia, conforme recomenda o MS. Com a atualização da Portaria que regulamenta o incentivo de custeio para a implantação e manutenção das ações e serviços de vigilância em saúde em 2014, ficou estabelecido que a referida função poderia ser ocupada por um profissional com experiência comprovada em saúde pública, saúde coletiva e/ou epidemiologia (BRASIL, 2014). Entretanto, o conhecimento científico especializado permite uma análise mais eficaz das muitas situações diferentes que surgem no cotidiano dos núcleos.

Quanto a permanência do mesmo profissional na atuação dos núcleos, observou-se pouca rotatividade dos profissionais, o que pode ser um indicativo de estabilidade na atividade e de relativa maturidade profissional, refletindo o conhecimento e aptidão. A experiência, o envolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam nos profissionais a satisfação individual e a permanência em um setor (MARTINS, 2014).

5.2 AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS HOSPITALARES DE EPIDEMIOLOGIA

5.2.1 Avaliação da dimensão estrutura

A falta de espaço físico próprio em alguns núcleos, isto é, dividi sala com outros serviços da instituição poderá representar prejuízo ao sigilo de informação acerca dos pacientes, em virtude do aumento do fluxo de pessoas não pertencentes ao setor. Outros aspectos importantes são as interrupções frequentes e os ruídos que dificultam o desenvolvimento do trabalho. Vale destacar que achado semelhante foi relatado em um estudo desenvolvido em Pernambuco sobre avaliação do subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (SIQUEIRA FILHA; VANDERLEI; MENDES, 2011).

De acordo com Amazonas (2010), a garantia do sigilo das informações é uma obrigatoriedade assegurada no código penal, civil e de ética profissional de todas as categorias da saúde, bem como nos deveres da instituição. A privacidade se refere à limitação de acesso à intimidade da pessoa, é a garantia de que seus dados não serão utilizados sem sua autorização.

No tocante ao mobiliário, todos os núcleos dispõem de estrutura mínima para o funcionamento, muito embora essa avaliação seja apenas qualitativa, ou seja, considerado somente o estado de conservação dos mesmos, tendo em vista que a legislação vigente não traz um padrão quantitativo no que se refere a esse item. Estudos demonstram que houve consideráveis melhorias nas ambiências dos NHE, que esse progresso está relacionado ao maior investimento dos recursos na aquisição de materiais de consumo, equipamentos e mobiliário (SIQUEIRA FILHA; VANDERLEI; MENDES, 2011; ABATH, 2014).

Sobre a disponibilidade dos equipamentos de informática foi possível identificá-los em todos os núcleos, muito embora alguns deles não se encontrem com o funcionamento adequado. Outro fato importante é que, sendo as atividades dos núcleos realizadas quase que exclusivamente com o auxílio dos mesmos, tal fato poderá comprometer a conclusão dos trabalhos. Vale enfatizar que com a implantação dos núcleos a SVS/MS destina um incentivo financeiro para sua estruturação, bem como mantém repasses periódicos para a sua manutenção.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), o valor do incentivo financeiro de custeio para os hospitais do ente federativo, com objetivo de implantar e executar as ações de VHE, será definido em CIB, com base no montante total e será repassado aos mesmos por meio dos Fundos de Saúde Estadual, do Distrito Federal e Municipais de modo regular.

O item linha telefônica direta foi o que apresentou pior desempenho, quando avaliada a estrutura, uma vez que a maioria dos núcleos avaliados não a possui. Esse fato poderá se apresentar como um dificultador para o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica, no que se refere à comunicação entre os órgãos de vigilância em saúde na esfera interestadual e intermunicipal.

Destaca-se aqui que, no período de 10 anos a partir de 2005, não houve grandes avanços nesse aspecto, uma vez que o estudo de Costa (2010) já evidenciou a carência de telefones nos núcleos avaliados.

Outros estudos sobre avaliação do grau de implantação da VHE em Recife também mostraram a ausência da linha telefônica direta, esse fato é apontado pelos autores como um obstáculo ao desempenho e à qualidade dos serviços de saúde (MENDES; FREESE; GUIMARÃES, 2004; ABATH, 2014).

O acesso à internet foi um avanço tecnológico presente em todos os núcleos avaliados. Essa tecnologia permite edição e distribuição de informações com praticidade e rapidez em todas as etapas da VE. Com isso, a existência de fax nos núcleos, item recomendado pela portaria que os institui, está ficando obsoleta e mesmo nos serviços onde o aparelho foi encontrado praticamente não é mais utilizado.

Todos os núcleos dispõem de laboratórios que pertencem à rede pública ou que foram contratados na forma complementar para a realização dos exames que auxiliam na investigação e/ou no encerramento dos casos. Porém, alguns exames necessários à conclusão do diagnóstico só são realizados no Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) localizado distante da rede hospitalar da maioria dos núcleos, o que tem aumentado o tempo com o transporte, o retorno dos resultados e o encerramento do caso.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), é atribuição dos NHE realizar ações de saúde integradas com o laboratório da instituição em que estão implantados e com outros laboratórios de referência, bem como com o serviço

da anatomia patológica e de exames microbiológicos, por meio de fluxo regular para o recebimento espécime e o envio de resultados sobre as DNC e óbitos por causas mal definidas.

Para Ribeiro e Malheiro (2009), as informações obtidas nos laboratórios são fundamentais para identificação de casos novos de DNC, em especial dos pacientes atendidos no ambulatório, pois os núcleos têm dificuldade para realizar essa ação de forma sistemática, em decorrência do número elevado de consultas, da quantidade de prontuários e da pouca permanência do paciente no serviço.

No que se refere à composição das equipes, vários núcleos apresentaram déficit de pessoal e muitas vezes possuem apenas dois integrantes: um coordenador e um técnico em enfermagem ou auxiliar administrativo, os quais desempenham diversas atividades dentro e fora do setor, o que implica em redução no número de horas dedicadas ao NHE e sobrecarga de trabalho. Uma das maiores dificuldades na implantação de programas e serviços está relacionada aos recursos humanos, tanto no que se refere ao número insuficiente de profissionais como no que diz respeito à qualificação (BINAGWAHO et al., 2013).

Medeiros et al. (2016), também destacaram essas dificuldades em seu estudo. Nesse sentido, é apontada a necessidade do planejamento e desenvolvimento de projetos de capacitação permanente para técnicos e gestores na área de saúde pública.

Com relação à carga horária semanal dedicada às atividades de VE, em alguns núcleos ficou aquém do recomendado, tendo em vista que os coordenadores também desenvolvem atividades em outros setores do hospital, inclusive na assistência direta ao paciente. O grande volume de atividades diária desses profissionais poderá acarreta fragmentação no trabalho e contribuir para a detecção de possíveis lacunas VEH. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) traz uma recomendação de que seus integrantes deverão ter uma disponibilidade mínima de vinte horas semanais distribuídas pelos menos nos cinco dias úteis.

No que se refere à coordenação do NHE, a orientação é a de que o estabelecimento de saúde deverá designar, por meio de uma Portaria Institucional, um profissional de saúde com nível superior, preferencialmente com experiência em VE, para exercer essa função (BRASIL, 2014).

A permanência de profissional com experiência em epidemiologia nas equipes dos núcleos, pode ajudar a responder aos novos desafios, por meio de

avaliação dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, mediante a identificação de fatores de riscos e de grupos populacionais mais vulneráveis. Esse profissional auxilia na definição do tipo de dados que melhor responde a essas questões (BRASIL, 2014).

Todas as equipes dos núcleos têm passado por capacitações frequentes, o que tem ocorrido por meio de cursos de curta duração, oficinas e/ou simpósios de formação em Vigilância em Saúde, que tem como objetivo empoderá-los de capacidade técnico científica para as ações de vigilância em todas as etapas do processo de notificação/investigação epidemiológica. Assim, sempre que fica identificada essa necessidade, seus membros são convocados, o que vem ocorrendo com certa freqüência, conforme demanda específica.

Além da pós-graduação requerida os profissionais selecionados para os núcleos, apesar de não obrigatório, deveriam também ter participado do Curso Básico em Vigilância Epidemiológica (CBVE), por ocasião da implantação do NHE. Entretanto, quando da avaliação dos núcleos, poucos coordenadores relataram ter realizado o referido curso, o que demonstra deficiência na capacitação desses profissionais.

Vale ressaltar que o CBVE foi uma das primeiras estratégias de aprendizagem elaboradas com a finalidade específica de capacitar os profissionais de saúde que atuam no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). O curso foi organizado em cinco módulos básicos, a partir de um referencial que contempla a epidemiologia como instrumento básico para a investigação epidemiológica, com o objetivo de implementação qualitativa da vigilância epidemiológica nos municípios (BRASIL, 2005).

No que se refere à inserção dos NHE no organograma da instituição, apenas o núcleo do IDTNP está inserido e subordinado diretamente à diretoria técnica do hospital. De acordo com a Portaria que institui os núcleos no âmbito hospitalar esse ponto é considerado relevante, pois estabelece formalmente uma transparência na relação hierárquica entre a direção e os diversos setores (MENDES; FREESE; GUIMARÃES, 2004).

A inserção no organograma proporciona subsídio para agilizar o encaminhamento de pendências aos responsáveis de cada setor, esse direcionamento favorece a maior capacidade resolutiva pelo acesso e apoio, bem

como auxilia na promoção do reconhecimento por todas da área técnica do hospital (ALBUQUERQUE; MOTA; FELISBERTO, 2015)

Em pesquisa realizada no estado de Pernambuco, por Mendes, Freese e Guimarães (2004), observou-se que todos os núcleos estão inseridos no organograma com linha direta com a direção. Essa proximidade com a direção teoricamente, favorece a maior capacidade resolutiva pelo acesso e apoio, bem como auxilia na promoção do reconhecimento por todas da área técnica do hospital. No entanto, os autores chamam a atenção para o fato de que nem sempre essa condição de estar perto é garantia de apoio adequado para realização das ações.

Quando se analisou o item regimento interno ou manual de normas e rotinas foi observada sua existência nos núcleos do IDTNP, HGV, MDER, HEDA, HRMSS e HILP, embora, neste último, a rotina existente só contemple a investigação de óbitos infantis. A rotina de trabalho definida é importante para o bom desempenho do serviço, uma vez que garante aos profissionais bases capazes para resolver as diversidades, reduzir a sobrecarga e favorece o alcance dos resultados esperados.

O Regimento Interno é uma ferramenta de gestão que reúne de forma sistematizada normas, rotinas imprescindíveis para execução das atividades, ou seja, instrumento orientador dos profissionais no desempenho de suas funções. Sua efetivação garante processos de trabalho seguro e de qualidade (ANDRADE; PAULO; JORGE, 2000).

Para Costa (2010), os manuais dos serviços devem ser planejados e elaborados em conjunto com toda a equipe que irá utilizá-lo. Vale ressaltar ainda a necessidade de atualização regular dos mesmos, seguidos de capacitação no novo conteúdo, uma vez que constitui uma ferramenta de transferência de conhecimento e padronização de atividades executadas, seja como processo de elaboração de um produto, de uma ação ou mesmo de um serviço.

Ressalta-se ainda que apenas os núcleos do IDTNP, HEDA e HRMSS elaboraram seus fluxos internos complementares de trabalho e que o do HILP e MDER os instituíram, mesmo sendo somente para a investigação dos óbitos. É importante frisar que quando os fluxos estão definidos e divulgados adequadamente permitem que a comunicação seja uniforme e eficiente.

Em relação aos núcleos que não dispõem de fluxo interno formalmente estabelecido, os coordenadores esclarecem que utilizam as recomendações que

estão instituídas pelo guia nacional de vigilância epidemiológica. No entanto, as especificidades locais para todas as DNC precisam estar definidas em fluxos institucionais, como forma de assegurar a qualidade e precisão.

É importante destacar que a Portaria mais recente que regulamenta a atuação da VEH, orienta que os NHE desenvolvam suas atividades baseadas em protocolos e procedimentos padronizados, o que permite a identificação oportuna, a notificação imediata, a investigação inicial ou complementar e o registro ou a atualização de informações no SINAN e em outros sistemas oficiais, quando disponíveis (BRASIL, 2014).

Os achados deste estudo relacionados à estrutura dos núcleos mostram a existência de uma deficiência na implantação dos núcleos avaliados diante do fato de que apenas o IDTNP apresenta implantação adequada.

De acordo com Serra (2015) e Donabedian (1990a), a dimensão estrutura e seus componentes, ainda é um tema pouco estudado, uma vez de que em países industrializados os projetos arquitetônicos e equipamentos apresentam razoável qualidade, já em países em desenvolvimento a avaliação não faz parte do cotidiano das pesquisas. Assim, não se sabe precisar com exatidão o quanto a estrutura pode influenciar nos resultados. Entretanto, uma boa estrutura apresenta uma maior probabilidade de um melhor desempenho nos processos de trabalho.

5.2.2 Avaliação da dimensão processo

Essa dimensão é ampla e engloba as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde e a gestão. Segundo Serra (2015), a avaliação dessa dimensão se dá por meio da observação direta da prática e de estudos a partir dos registros da equipe multiprofissional.

Pode-se observar que todos os núcleos realizavam coleta de dados por meio de busca ativa diária em dias úteis nas UTI, unidades de internação, laboratórios, farmácia, ambulatórios e pronto atendimento, com exceção do HRCR, que o procedimento só acontece três vezes na semana, tendo em vista a enfermeira integrar mais duas comissões e do HRJL, que durante o final de semana o processo sofre descontinuidade. Em consonância com esses achados um estudo em Recife destaca que a não realização da busca ativa em todos os setores do hospital

contribui para o aumento do índice de subnotificação (SIQUEIRA FILHA; VANDERLEI; MENDES, 2011).

Sobre esse aspecto, Brasil (2009) afirma ser relevante que o sistema de vigilância realize busca no maior número possível de fonte geradora, para que os dados tenham representatividade em relação à magnitude dos agravos existente. Para isso é importante que seja assegurada a regularidade e oportunidade da coleta e transmissão dos dados.

Para tanto, os estabelecimentos de saúde devem estar preparados para elaborar e manter funcionando um sistema de busca ativa com objetivo de detectar, notificar e investigar, em tempo oportuno as DNC, os óbitos por doenças infecciosas, os por causa mal definida, os infantis, os maternos, de mulheres em idade fértil e os fetais (BRASIL, 2010; 2014; 2016).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a busca ativa consiste em visitas periódicas às unidades, detectando casos que deixaram de ser notificados. Pode ser estrita a um local como um estabelecimento de saúde, ou ainda, ultrapassar barreiras geográficas de municípios ou estados, conforme as correntes migratórias da população, deve ser de rotina nos locais de atendimento da própria unidade, tais como: enfermarias, pronto atendimento, ambulatórios, laboratórios, UTI, farmácia, serviço de patologia e/ou outros departamentos da unidade.

A busca ativa se apresenta como uma estratégia eficiente para a identificação de casos, seja pelo núcleo de vigilância hospitalar ou outros setores dos estabelecimentos de saúde. Essa ação vem sendo apontada na literatura inglesa e americana como o método de escolha para a coleta de dados de infecção hospitalar, sendo esta uma das atividades de responsabilidade da Comissão de Infecção Hospitalar (GARCIA, 2005).

Já a busca passiva, só não é realizada pelo núcleo do HRJL. Na vigência de DNC os núcleos são informados por outras equipes profissionais ou pelo plantonista da Unidade de resposta Rápida (URR), quando existente no município que buscam informações em prontuários, fichas de pronto atendimento, SAME e/ou comissão de óbito.

Para alcançar maior cobertura nas buscas, os núcleos criaram alguns mecanismos de rastreamento, dentre eles o de carimbar os prontuários e as fichas de atendimentos, como forma de assegurar que nenhum caso de DNC fique sem

notificação. Essa estratégia, juntamente com fluxo instituído junto ao SAME, que devolve ao NHE esses prontuários, permite reduzir a subnotificação. Entretanto, ainda foi percebido que os núcleos do HGV, HILP, MDER e HRJL não adotam essa ou qualquer outra estratégia que contribua para aumento das notificações.

Após as buscas, os achados encontrados, sugestivos ou confirmados de DNC (BRASIL, 2016) são registrados em fichas individuais de notificação específica a cada doença ou agravo para posterior investigação, quando recomendado. Todos os casos são incluídos no SINAN e, após a investigação, podem ser encerrados ou descartados por serem inconclusivos ou negativos.

Ainda sobre o que se refere à notificação, vale inferir que todos os núcleos avaliados a traz como atividade primordial. A ficha de notificação é preenchida pelo profissional por ocasião das buscas. Uma segunda via fica arquivada no núcleo, sendo a original enviada para o serviço de VE responsável por adotar as medidas de controle necessárias.

No entanto, a investigação epidemiológica e a conclusão dos casos só são realizadas pelos núcleos diante da permanência do paciente hospitalizado. Em caso de alta, essa ação complementar é repassada para VE do município de origem do paciente.

Nessa perspectiva, a investigação epidemiológica é um instrumento para atividade de campo utilizado preferencialmente pelos serviços municipais de VE ou unidades de saúde, a partir dos casos de DNC confirmados ou suspeitos e de seus contatos. É uma ação que deve ser iniciada logo após a notificação, tem como objetivos identificar a fonte de notificação, grupos expostos e de maior risco, identificar fatores determinantes e como propósito final orientar as ações de controle, impedindo a ocorrência de novos casos (BRASIL, 2009; BARBOSA et al., 2010).

Os dados coletados nas buscas são analisados pela equipe para só então serem processados por meio eletrônico no SINAN em todos os núcleos, e assim as informações são enviadas de forma mais rápida às secretarias municipais de saúde. Em se tratando das DNC imediatas, cabe aos núcleos também realizar a notificação aos órgãos de vigilância em cada esfera de governo através do contato telefônico, fax ou via email (BRASIL, 2014).

Tão logo sejam notificados, os dados devem ser analisados ainda que parcialmente em função de se detectar precocemente mudanças no perfil de cada doença ou agravo. Chama a atenção o fato de que pouco mais da metade dos

núcleos façam essa análise, o que certamente contribui para o retardo nas ações oportunas de algumas doenças, cuja remessa de informação não é imediata.

As análises desses dados são fundamentais para determinar as características epidemiológicas, identificação de sua causa, além de determinar quais medidas de controle deverão ser adotadas imediatamente conforme a situação. Estas ações devem ser realizadas no nível mais próximo da ocorrência do agravo, resultando em uma intervenção mais oportuna e mais eficaz. (ECKERDT; PRÉVE; SABINO, 2013).

Quanto à divulgação dos dados, os núcleos ainda não apresentaram uma rotina sistemática, tendo em vista que a maioria só divulga um consolidado em forma de tabela com as informações para a direção do hospital de forma irregular. Esses achados se assemelham aos encontrados em um estudo sobre avaliação da implantação do componente contínuo do sistema de vigilância de violências e acidentes no Recife (ABATH, 2014).

A organização de boletins informativos, destinados aos gestores com poder de decisão, pode auxiliar na obtenção de apoio institucional e material para investigação e controle de eventos. Além disso, pode motivar os notificantes a retroalimentação do sistema propício à coleta de subsídios para reformular normas e ações nos seus diversos níveis, assegurando a continuidade e aperfeiçoamento do processo (COSTA, 2010).

Nos itens de Práticas Operacionais II, a investigação dos óbitos infantis e materno, bem como os de mulheres em idade fértil, recomendada desde a publicação da portaria nº 1271 de 06 de junho de 2014 (BRASIL, 2014), deveria ser realizada em todas as instituições, tendo em vista a oportunidade de identificação de eventos de interesse público. No entanto, ainda constatou-se a não realização pelos os núcleos do IDTNP e HRJL, muito embora este último seja maternidade de referencia regional.

Outro ponto que faz parte do escopo deste estudo é a investigação de surto no ambiente hospitalar. Sobre isso, os coordenadores foram unânimes em responder que as realizavam, mas que até então não havia ocorrido nenhum surto desde que eles assumiram os núcleos. A investigação de surtos constitui atividade que, obrigatoriamente, deve ser incorporada por qualquer sistema de vigilância, não só visando os eventos adversos à saúde, raros e/ou pouco conhecidos, mas

também as doenças cujos conhecimentos estejam bem estabelecidos (ECKERDT; PRÉVE; SABINO, 2013).

Outro fato que merece reflexão, diz respeito ao monitoramento do preenchimento das DO e DNV. Segundo os relatos, alguns núcleos não fazem esses monitoramentos e tampouco integra as comissões investigação de óbitos. O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação Sobre Nascido Vivo (SINASC) são importantes ferramentas de gestão, fontes de informação para a estatística vital, mas para isso as informações precisam ter qualidade e estarem completas.

Além das informações de rotina sobre as DNC, em determinado momento o serviço de VE poderá necessitar de informações adicionais, o que pode ser conseguido por meio das fontes especiais de dados, dentre elas o estudo epidemiológico. Todavia, por ocasião deste estudo, verificou-se a inexistência em todos os núcleos, deste ou de qualquer outro tipo de estudo complementar. No entanto, o estímulo ao desenvolvimento de ensino e pesquisa no núcleo deve ser um investimento importante a ser considerado no planejamento das atividades pelos gerentes (DANTAS et al., 2014).

Outro aspecto relevante refere-se à capacitação das equipes multiprofissional das instituições, como forma de melhorar a oportunidade de notificação. No entanto, esse processo ainda ocorre de modo esporádico e para um público muito restrito, segundo relatos dos coordenadores, fato atribuído ao pouco reconhecimento da importância dos núcleos não só pelos funcionários como também pelos gestores.

No critério gestão, o estudo indicou que havia pouca dificuldade na relação com os diretores. A integração dos núcleos com SAME e outras comissões é outro aspecto positivo, mas que ainda precisa ser melhorado em vários núcleos, uma vez que esses setores constituem importantes fontes de informação sobre doenças e agravos. A articulação com esses setores é considerada fundamental para o bom desempenho das atividades dos núcleos (ECKERDT; PRÉVE; SABINO, 2013).

De forma similar, o planejamento de atividade é outro ponto a ser melhorado, pois, sem o planejamento as atividades são desenvolvidas sem prioridades e de forma improvisadas, acarretando prejuízo, além disso, é essencial o estabelecimento

do fluxo com a farmácia, para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios de DNC (DANTAS et al., 2014).

5.3 Evolução das notificações realizadas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia

Dos núcleos localizados na capital, o maior número de notificação foi registrado no IDTNP, com pico de crescimento em 2012. Tal fato pode ser atribuído ao fato de que essa instituição é referência no atendimento a doenças infecciosas e parasitárias para todo o Estado do Piauí e Maranhão. Além de internação, o serviço conta ainda com consultas ambulatoriais, laboratório e sala de vacinação. Nesses locais também são realizadas buscas ativas pela equipe da VHE, fato este que dá maior oportunidade para as notificações.

Apesar de recente, o núcleo da MDER, possui uma rotina de busca ativa na admissão, enfermarias e ambulatório, o que possibilitou crescimento nas notificações a partir do ano de implantação. Esses registros tornam-se importantes para gerar informação, que é um recurso primordial para subsidiar a tomada de decisão, e é com ela que se pode chegar o mais próximo possível da realidade, traçar seu perfil, detectar problemas e agir em prol da solução (DANTAS et al., 2014).

Merece enfatizar que foi detectado um decréscimo no número de notificações realizadas pelo núcleo do HGV. Esse declínio coincide com a transferência do serviço de urgência e emergência do Estado, até então funcionando naquele hospital, para o Hospital de Urgência de Teresina, em maio de 2008, predominando ali, a partir de então, as notificações dos ambulatórios de hanseníase e tuberculose.

Em todos os núcleos localizados no interior do Estado, foi observado um aumento expressivo no número de notificações dos agravos. Esse crescimento sinaliza para melhorias na detecção, o que permite determinar o perfil epidemiológico do município.

A descentralização da VE para os NHE, representou um importante passo para a determinação do perfil das doenças e agravos. Além de ser um avanço institucional para a qualidade e organização dos serviços, considerando a capacidade em fornecer as informações necessárias à tomada de decisão pelo

gestor, ao planejamento, à organização, à gestão e à avaliação dos serviços de saúde, repercutindo na execução de procedimentos assistenciais e ações de promoção, prevenção e controle (DANTAS et al., 2014).

6 CONCLUSÃO

A VHE executada pelos NHE foi um grande avanço e se apresenta como estratégia que aumenta a oportunidade de detecção de doenças e agravos, bem como na interrupção da cadeia de transmissibilidade. Porém, a sua operacionalização vem encontrando dificuldades, dentre elas, diferenças marcantes em relação a sua implantação entre os hospitais.

Dos NHE avaliados, aqueles localizados no interior do estado são os que apresentaram o pior desempenho com implantação apontadas como inadequada e crítica. Os implantados na capital obtiveram melhor performance, no entanto apenas um teve implantação classificada como adequada. Dentro da dimensão estrutura, os componentes que mais impactaram para este resultado foram os núcleos não apresentarem espaço físico próprio, linha telefônica direta, quantidade adequada de profissionais, inserção no organograma e regimento interno.

Na dimensão processo, os principais entraves envolvem déficit na análise e divulgação dos dados, investigação de óbito, monitoramento do preenchimento da DO e DNV, a ausência de pesquisas e atividades educativas, o planejamento de atividades e o fluxo com a farmácia.

De um modo geral, todos eles avançaram na realização da busca ativa, processamento dos dados e investigação de DNC. No entanto, apesar do resultado positivo em termos de aumento do número de notificações, algumas instituições ainda apresentam lacunas na efetuação da busca passiva. Os dados mesmo sendo consolidados, não são divulgados de modo que permita a intervenção em tempo hábil.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se a falta de ata das reuniões realizadas com a direção, de relatórios das atividades de ensino e listas de alunos que estagiaram nos núcleos o que não permitiu uma avaliação com mais objetividade.

Os resultados obtidos neste estudo permitiram tecer algumas recomendações com vista à melhoraria da Vigilância Hospitalar Epidemiológica:

- Implantar novos núcleos nos demais hospitais regionais do Estado (Campo Maior, Oeiras, São Raimundo Nonato, São João do Piauí, Uruçuí e Valença);

- Investir na infraestrutura dos NHE em vista a melhorar ainda mais a VHE;
- Investir em capacitação dos recursos humanos dos NHE, com ênfase nos conteúdos de Vigilância Epidemiológica;
- Priorizar a seleção dos coordenadores para os NHE que tenham formação em Saúde Pública ou Epidemiologia ou que seja proporcionada essa formação as que já coordenam;
- Elaborar e divulgar fluxos de trabalho interligando os NHE com as comissões institucionais existentes (óbito, segurança do paciente, CCIH), SAME e Secretarias de Saúde.
- Elaborar proposta de modificação do organograma institucional para inclusão dos NHE;
- Estimular o desenvolvimento e a publicação regular de pesquisa científica sobre os achados epidemiológicos dos NHE;
- Estimular a inclusão dos núcleos, como campo de estágio para alunos da graduação e residência dos cursos da área da saúde;
- Estabelecer calendário regular de reuniões com a direção do serviço de saúde onde o núcleo está implantado;
- Instituir o planejamento anual das atividades dos NHE, de forma que garanta o alcance dos objetivos propostos pelo Ministério da Saúde;
- Propiciar o envolvimento de todos os profissionais das instituições em que os núcleos estão implantados, para melhorar a notificação compulsória das doenças e agravos;
- Elaborar instrumento que institua a prática de avaliação periódica das ações dos núcleos.

REFERÊNCIAS

- ABATH, M. B. **Avaliação da implantação do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes no Recife, Pernambuco**. 2014. 182 f. Tese (doutorado em saúde pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, Recife, 2014.
- ALBUQUERQUE, M. I. N.; CARVALHO, E. M. F.; LIMA, L. P. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. **Revista Brasileira de Saúde materno Infantil**, Recife, v. 2, n.1, p. 7-14, Jan/Abr, 2002. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000100002>>. Acesso em: 13 jan. 2015.
- ALBUQUERQUE, A. C.; MOTA, E. L. A.; FELISBERTO, E. Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31 n.4, p. 861-873, Abr, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00861.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2015.
- ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e análise das informações: uso de matrizes, critérios, Indicadores e padrões. In: SAMICO, I. et al., organizadores. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. Cap 8, p. 89-107.
- AMAZONAS (Estado). Secretaria de Saúde do Amazonas. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. **Manual de vigilância epidemiológica hospitalar**. Manaus, 2010. 36 p.
- ANDRADE, N. B; PAULO, L.; JORGE, W. E. H. **Planejamento e projeto**. 2 ed. São Paulo, 2000.
- BARBOSA. M. C. L. et al. Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de Saúde da Família. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.19, n.4, p.347-354, Out/Dez, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000400005>>. Acesso em: 11 ago. 2016.
- BARBOSA, J. R. **Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica da dengue no Brasil, 2005 – 2009**. 2011. 75 f. 2011. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical e Saúde Pública) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.
- BEZERRA, L. C. A. et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p. 827-839, Abr, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2009000400014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 jan. 2017.
- BINAGWAHO, A. et al. The human resources for health program in Rwanda: a new partnership. **The new england journal of medicine**. v. 369, p. 2054-2059, Nov, 2013. Disponível em:

<<https://br.search.yahoo.com/search?fr=mcafee&type=C211BR105D20160916&p=The+Human+Resources+for+Health+Program+in+Rwanda+%E2%80%94+A+New+Partnership>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.18055, 20 set. 1990. Seção I. Disponível em:<<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica**, História de combate às doenças transmissíveis no Brasil. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de Janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <<http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141105155020portaria-204-29-01-07-blocosdefinanciamento.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 27 fev. 2016.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.254, de 05 agosto de 2010**. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar. Brasília, 2010. Disponível em:<<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 29 jan. 2015

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 183, de 30 de janeiro de 2014**. Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 29 fev. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 48, de 20 de janeiro de 2015**. Habilita os entes federativos ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para

implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde. Brasília, 28 jan. 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0048_20_01_2015.html>. Acesso em: 29 de jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista Nacional de Notificação Compulsórias de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços públicos e privado em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 fev 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/222346/1207905/portaria204-17-fevereiro-2016+DNC.pdf/8873ac5f-8e2c-42d9-bcfb-d78a2376aed6>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, Abr, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CHAVES, M. M. N. et al. Saberes instrumentais e ideológicos no processo de trabalho de enfermeiros na vigilância epidemiológica hospitalar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 1091-1096, Abr/Jun, 2015. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/28141/pdf_355>. Acesso em: 07 ago. 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, Jul/Set, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A, (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Cap 2, p. 29-48.

COSTA, Z. G. A.; et al. Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. **Revista Pan-Amazônica de saúde**, Pará, v. 2, n. 1, p. 11-26, 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v2n1/v2n1a02.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

COSTA, M. C. **Avaliação de implementação da Vigilância Epidemiológica no município de Itaboraí no estado do Rio de Janeiro**. 2013. 150f. Dissertação (Mestrado profissional) –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

COSTA, M. A. O. **Avaliação do grau de implantação dos núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar no Estado do Piauí**. 2010. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2010.

COSTA, J. M. B. S. **Avaliação da Implantação da Atenção à Hipertensão Arterial pelas Equipes de Saúde da família**. 2007. 160f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Recife, Pernambuco, 2007.

COSTA, A. S. et al. O Uso do método estudo de caso na ciência da informação no Brasil. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, Ribeirão preto, v. 4, n.1, p 49-69, Jan/Jun, 2013. Disponível em <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/59101-75920-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 Nov. de 2015.

DANTAS, D. I. et al. Contribuição do núcleo de vigilância epidemiológica em uma unidade de pronto atendimento para a notificação compulsória de agravos. **Revista brasileira de ciências da Saúde**, v. 18, p. 21-26, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/21002/11838>>. Acesso em: 10 Nov. de 2015.

DERLANDES, S. F; ASSIS, S. G. Abordagens qualitativa e quantitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 195-223.

DONABEDIAN, A. Iadimension institucional de laevaluación y garantia de lacuidad. **Salud Publica México**, Cidade do México, v. 32, p. 113-117, Mar/Abr, 1990a. Disponível em: <http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/1990/No_2/199032_113-117.pdf>. Acesso em: 10 Nov. de 2015.

_____. A. "The Seven Pillars of Quality", in: **Archives of Pathology & Laboratory Medicine Online**., n.114, p.1115-118, 1990b.

ECKERDT, N. S; PRÉVE, A. D; SABINO, M. M. F. L. Atribuições da Vigilância Epidemiológica. In: PEREIRA, M. F. et al. (org.) **Contribuições para a Gestão do SUS**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013. v. 9, p. 13-30.

FELISBERTO, E. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família**. Secretaria de atenção á saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 553-563, Jul/Set, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300002>>. Acesso em: 10 Nov. de 2015.

GARCIA, D. **Vigilância à Saúde**. Publicação da Secretária de Saúde de Campina Grande. Campina Grande, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População total do Estado do Piauí**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pi>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

MARTINS, M. Qualidade do cuidado em saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W., organizadores. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; EDA/ENSP, 2014. p. 25-38.

MEDEIROS, A. R. P. et al. The work process of nurses in hospital epidemiology centers. **Cogitare Enfermagem**. v. 20, n. 1, p. 67-73, 2016. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/609/36408-151075-1-pb.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2016.

MENDES, M. F. M; FRESE, E.; GUIMARÃES, M.J.B. Núcleos de epidemiologia em hospitais de alta complexidade da rede pública de saúde situados no Recife, Pernambuco: avaliação da implantação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 4, Out/Dez, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000400013>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

MONKEN, M.; BATISTELLA, C. **Vigilância em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>>. Acesso em: 24 maio. 2015.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de vigilância em saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39 n. 104, Jan/Mar, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040385>>. Acesso em: 24 maio. 2015.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ Z. M. A., VIEIRA-DA-SILVA L. M., (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 09-10.

PIAUI (Estado). Secretaria de Saúde do estado do Piauí. Plano Diretor de Regionalização. Teresina, 2015. Disponível em: <http://www.piaui.pi.gov.br/noticias/index/categoria/2/id/21907>. Acesso em: 25 maio. 2016.

POUSA, A; et al. La vigilancia en España 3 años después de La entrada en vigor de la Ley General de Salud pública. **Gaceta Sanitaria**, v. 30, n.4, p. 308-310, 2016. Disponível em:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116300309>>. Acesso em: 24 maio. 2015.

RIBEIRO, A. F.; MALHEIRO, V. L. Avaliação da implantação dos núcleos hospitalares de epidemiologia do Estado de São Paulo. **Boletim epidemiológico paulista**, v. 6, n. 72, p. 4-16, Dez, 2009. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/ses-27921>>. Acesso em: 24 maio. 2015.

SANTOS, S. S. B. S. et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 873-882, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a10.pdf>>. Acesso em: 24 maio. 2015.

SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p.1923-1932, Nov/Dez, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600028>. Acesso em: 20 maio. 2016.

SERRA, J. N. **Avaliação dos serviços hospitalares para implantação do núcleo de segurança do paciente em Mato Grosso do Sul**. 65 f. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ Z. M. A.; SILVA L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: EDUFBA; p.15-39, 2008.

SILVA, N. C. **Avaliação normativa do serviço de atendimento móvel de urgência de Teresina**. 139 f. 2011. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2011.

SIQUEIRA FILHA, N. T.; VANDERLEI, L. C. M.; MENDES, M. F. M. Avaliação do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar no Estado de Pernambuco, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n.3, p. 307-316, Jul/Set, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000300005>>. Acesso em: 20 maio. 2016.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviço de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>>. Acesso em: 20 maio. 2016.

VIEIRA, M. S. **Avaliação do sistema de notificação, captação e distribuição de órgãos e tecidos no Piauí**. 106 f.2013. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM SAÚDE E COMUNIDADE

Questionário Nº _____

Data ____/____/____

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

1.1 Sexo () M () F

1.2 Idade _____

1.3. Formação Profissional _____

1.4 Pós-graduação _____

1.5 Tempo de atuação no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia _____

PARTE II – CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL E DO NHE

2.1 Nº de leitos hospitalares _____

2.2 Unidade Mantenedora _____

2.3 Classificação do Hospital _____

2.4 Taxa média de ocupação _____

2.5 Data de Implantação do NHE _____

PARTE III – DADOS REFERENTES À ESTRUTURA

3.1 – A sala onde o NHE está implantado é exclusiva para as atividades do núcleo?

a) Sim b) Não c) Divide com: _____

3.2 – Com relação aos recursos materiais, qual desses o núcleo dispõe? (resposta múltipla)

a) computador e impressora b) acesso à internet c) linha telefônica direta d) fax e) software

3.3 – O estado de funcionamento dos equipamentos do NHE é adequado?

a) sim b) não

3.4 – Qual é a composição da equipe profissional do NHE?

3.5 – Quantas horas de capacitação anual você participou?

3.6 – O núcleo está inserido no organograma do hospital? (anexar documento).

3.7 – O núcleo dispõe de regimento interno?

a) Sim b) Não c) Não sabe

3.8 – Existem fluxos implantados no núcleo?

a) Sim b) Não

3.9 – Existem laboratórios integrados?

a) Sim b) Não

PARTE IV – DADOS REFERENTES AO PROCESSO

4.1 – O núcleo realiza busca:

a) ativa b) passiva c) não realiza

4.2 – Caso realize busca ativa, qual a frequência?

a) diária b) semanal c) quinzenal d) mensal e) esporádica

4.3 – Quais os locais onde realiza a busca ativa?

a) nas clínicas b) no ambulatório c) no serviço de urgência d) na sala de vacina e) nos impressos f) outros: _____

4.4 – No caso de busca passiva, quais os procedimentos realizados para coleta de informações?

4.5 – Como o núcleo desenvolve o trabalho de consolidação das informações?

4.6 – Quais as doenças notificadas?

4.7 - Faz notificação imediata?

a) sim b) não

4.8 – Faz investigação de óbitos?

a) sim b) não

Quais? _____

4.9 – Investiga surtos de DNC no hospital?

a) sim b) não

4.10 – Monitora o Preenchimento de DO e/ou DNV?

a) sim b) não

4.11 – O núcleo possui programa específico de informática?

a) sim b) não

4.12 – A Vigilância epidemiológica desenvolve trabalho conjunto com outras comissões?

a) sim b) não

Cite as principais: _____

4.13 – O núcleo promove estudos epidemiológicos/palestras nas unidades?

a) sim b) não

4.14 – O núcleo é campo de estágios para alunos de graduação ou pós-graduação?

a) sim b) não

Em caso afirmativo, listar os cursos.

4.15 – O núcleo participa de algum trabalho em conjunto com a gerência do hospital?

a) sim b) não

Se participar, descreva quais.

4.16 – O núcleo participa das reuniões regulares promovidas pela direção do hospital?

a) sim b) não

4.17 – Existe despacho específico do núcleo com a direção do hospital?

a) sim b) não

Em caso de resposta afirmativa, qual a frequência?

a) semanal b) mensal c) trimestral d) outros _____

Em caso de resposta afirmativa, quais as principais demandas?

4.18 – Existe planejamento das atividades internas do núcleo?

a) sim b) não

Em caso de resposta afirmativa, qual a frequência?

a) mensal b) semanal c) trimestral d) outros _____

4.19 – O núcleo divulga rotineiramente as informações consolidadas através de um boletim ou qualquer documento semelhante?

a) sim b) não

Se a resposta for afirmativa, qual tem sido a periodicidade dessas informações?

a) semanal b) mensal c) trimestral d) anual e) outros _____

4.20 – Como o trabalho do núcleo é percebido pela direção do hospital?

a) prioritário b) secundário c) sem importância aparente

b) E pelas as equipes técnicas?

a) prioritário b) secundário c) sem importância aparente

APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM SAÚDE E COMUNIDADE

1 – O Prontuário do paciente apresenta evidencia de registro da busca ativa?
() sim () não

2 – O NHE está inserido organograma da instituição?
() sim () não

3 – Existe regimento interno do NHE impresso?
() sim () não

4 – Existe fluxo de trabalho impresso?
() sim () não

5 – O NHE apresenta listas de estagiários?
() sim () não

6 – No NHE existe alguma ata de reunião?
() sim () não

7 – O NHE apresenta o planejamento das atividades?
() sim () não

APÊNDICE C – MATRIZ DE JULGAMENTO PARA ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS HOSPITALARES DE EPIDEMIOLOGIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE

DIMENSÃO	COMPONENTES	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO FINAL
E S T R U T U R A	1.1 Ambiência		
	1.1.1 Espaço físico próprio	SIM =1 NÃO = 0	
	1.1.2 Mobiliário adequado	SIM =1 NÃO = 0	
	1.1.3 Equipamento de informática (computador e impressora)	SIM =1 NÃO = 0	
	1.1.4 Estado de funcionamento dos equipamentos é adequado	SIM =1 NÃO = 0	
	1.1.5 Telefone com linha direta	SIM =1 NÃO = 0	
	1.1.6 Acesso a internet	SIM =1 NÃO = 0	
	1.1.7 Laboratório integrado	SIM =1 NÃO = 0	
	1.2 Recursos Humanos		
	1.2.1 Quantidade de profissionais é adequada	SIM =1 NÃO = 0	
	1.2.2 Existência Equipe multiprofissional	SIM =1 NÃO = 0	
	1.2.3 Especialização do coordenador em saúde pública e/ou epidemiologia	SIM =1 NÃO = 0	
	1.2.4 Carga horária semanal 20 h	SIM =1 NÃO = 0	
	1.2.5 Horas anual de capacitação	SIM =1 NÃO = 0	
	1.3 Regulamentação:		
	1.3.1 Inserção no Organograma da instituição	SIM =1 NÃO = 0	
	1.3.2 Regimento interno	SIM =1 NÃO = 0	
1.3.3 Implantação de Fluxos	SIM =1 NÃO = 0		

	COMPONENTES	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO FINAL
P R O C E S S O	2.1 Práticas Operacionais I		
	2.1.1 Realiza busca ativa	SIM = 1 NÃO = 0	
	Periodicidade: Diária Semanal Quinzenal Mensal Esporádica	() () () () ()	
	2.1.2 Realiza busca passiva	SIM = 1 NÃO = 0	
	2.1.3 Notificação e Investigação de DNC	SIM = 1 NÃO = 0	
	2.1.4 Processamento eletrônico dos dados	SIM = 1 NÃO = 0	
	2.1.5 Análise dos dados	SIM = 1 NÃO = 0	
	2.1.6 Divulgação dos dados	SIM = 1 NÃO = 0	
	2.2 Práticas Operacionais II		
	2.2.1 Investigação de casos de óbitos hospitalizados já notificados	SIM = 1 NÃO = 0	
	2.2.2 Investigação de surtos de DNC no âmbito hospitalar	SIM = 1 NÃO = 0	
	2.2.3 Monitora o preenchimento DO e DNV	SIM = 1 NÃO = 0	
	2.3 Pesquisa		
	2.3.1 Realiza estudos epidemiológicos	SIM = 1 NÃO = 0	
	2.4 Ensino		
	2.4.1 Atividades de educação permanente em VHE	SIM = 1 NÃO = 0	
	2.4.2 Campo de estágio em VHE	SIM = 1 NÃO = 0	
	2.5 Gestão dos núcleos		
	2.5.1 Despacho com a direção	SIM = 1 NÃO = 0	
	2.5.2 Participação em reuniões com direção	SIM = 1 NÃO = 0	
	Se positivo, qual a frequência: Semanal Quinzenal Mensal Trimestral Outros	() () () () ()	

	2.5.3 Integração com o SAME	SIM = 1 NÃO = 0	
	2.5.4 Integração com outras comissões	SIM = 1 NÃO = 0	
	2.5.5 Planejamento interno das atividades	SIM = 1 NÃO = 0	
	Se positivo, qual a frequência: Mensal Trimestral Semestral Anual	() () () ()	
	2.5.6 Fluxo com a farmácia	SIM = 1 NÃO = 0	
	TOTAL DE PONTOS		

DNC – Doença de Notificação Compulsória

DO – Declaração de óbito

DNV – Declaração de Nascido Vivo

VHE – Vigilância Hospitalar Epidemiológica

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Título da pesquisa: “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS HOSPITALARES DE EPIDEMIOLOGIA NO ESTADO DO PIAUÍ”.

Pesquisador(es) responsável(is): Mestranda: Maria do socorro Oliveira Guimarães, Orientador: Jesusmar Ximenes Andrade e co-orientadora: Telma Maria Evangelista de Araújo.

Instituição: Universidade Federal do Piauí/Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade. **Contatos Telefônicos:** (86) 99987-5324, (86) 98814-6394.

Locais de coleta de dados: Hospitais municipais e estaduais em que tenham implantado.

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada: “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS HOSPITALARES DE EPIDEMIOLOGIA NO ESTADO DO PIAUÍ”. Você precisa decidir se quer participar ou não. Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Também esclarecemos que a qualquer momento você terá o direito de retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo na sua etapa final, sem nenhum ônus ou prejuízos.

Objetivos do estudo: Avaliar a implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia no estado do Piauí.

Justificativa: A pesquisa trará maior conhecimento sobre a estruturação e processo de trabalho do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, o que subsidiará aos profissionais de saúde e gestores para buscar soluções, processos de mudança em suas atividades.

Procedimento: Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao questionário sobre sua caracterização profissional, estrutura e processo de trabalho dentro do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia de sua atuação.

Riscos: A sua participação na pesquisa **não trará riscos** de ordem física, econômica e/ou psicológica tendo em vista que os participantes terão sua identidade preservada. Informamos que em qualquer etapa do estudo, se necessitar esclarecer dúvidas ou receber qualquer outra informação, você terá garantia de acesso a profissional responsável pelo estudo: Dr. Jesusmar Ximenes Andrade, o qual trabalha na Universidade Federal do Piauí. Av. Petrônio Portela, S/N – Campus Ininga. Teresina/PI CEP 64049-550. Telefones para contato: (86) 3215-5793.

Sigilo: O participante da pesquisa terá sua privacidade e identidade protegidas pelos pesquisadores, seu nome será substituído por número e em nenhum momento divulgado, nem mesmo no momento da apresentação dos resultados.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga – Pró Reitoria de Pesquisa – PROPESQ. CEP: 64.049-550 – Teresina – PI. tel.: (86) 3237-2332. e-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/CPF _____,
Abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS HOSPITALARES DE EPIDEMIOLOGIA NO ESTADO DO PIAUÍ”, como sujeito. Fui esclarecido(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ficaram claro para mim os propósitos, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro

também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE

Eu, Jesusmar Ximenes Andrade, pesquisador responsável pelo projeto intitulado “AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS HOSPITALARES DE EPIDEMIOLOGIA NO ESTADO DO PIAUÍ” me comprometo em manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos prontuários dos pacientes, bem como a privacidade de seu conteúdo, como preconizam os documentos internacionais e a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012 do Ministério da Saúde.

Informo que os dados a serem coletados nos prontuários referem-se à confirmação da realização da busca ativa pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) para notificação de agravos de notificação compulsória.

Teresina, _____ de _____ de 2016

CPF: 397.370.366-68 Jesusmar Ximenes Andrade