

# Avaliação do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar no Estado de Pernambuco, Brasil

doi: 10.5123/S1679-49742011000300005

## Evaluation of National Subsystem of Hospitalar Epidemiologic Surveillance in the State of Pernambuco, Brazil

**Noêmia Teixeira de Siqueira Filha**

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife-PE, Brasil

**Lygia Carmen de Moraes Vanderlei**

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife-PE, Brasil

**Marina Ferreira de Medeiros Mendes**

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife-PE, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** avaliar o grau de implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) da Rede de Hospitais de Referência no Estado de Pernambuco, analisando a adequação da classificação nos níveis I, II e III. **Metodologia:** uma avaliação normativa dos componentes Estrutura e Processo; a partir de uma matriz de julgamento, foi estabelecido o grau de implantação – satisfatório, aceitável, insatisfatório e crítico –; para avaliar a classificação dos hospitais, comparou-se a suas estruturas com os critérios da Portaria nº 2.529/04. **Resultados:** o grau de implantação estava satisfatório em três núcleos, aceitável em um, insatisfatório em dois e crítico em um; quanto aos níveis I, II e III, apenas dois núcleos foram classificados corretamente. **Conclusão:** o estudo indica que, apesar dos avanços, ainda persistem dificuldades na coleta, análise e divulgação das informações; é necessário reavaliar a forma de classificação dos hospitais, para o repasse dos recursos; e investir em estratégias, para maior integração entre os NHE.

**Palavras-chave:** vigilância epidemiológica; avaliação; serviços de vigilância epidemiológica.

### Summary

**Objective:** this study aims to evaluate the implantation degree of the Epidemiology Hospitals Nucleus (EHN) in the Network Reference Hospitals in Pernambuco, analyzing the adequacy of the classification at levels I, II, and III. **Methodology:** a normative components Structure and Process assessment was performed; based on a trial matrix, an implementation degree was established – satisfactory, acceptable, unsatisfactory and critical –; to evaluate the classification of hospitals, their structures were compared with the Ordinance nº 2.529/04 criteria. **Results:** the implantation degree was satisfactory in three nucleuses, acceptable in one, unsatisfactory in two, and critical in one; considering the levels I, II, and III, only two nucleuses were classified correctly. **Conclusion:** despite the advances, the study shows still difficulties in the collection, analysis and dissemination of information; it is necessary to reassess the hospital's classification for the resources distribution, and invest in strategies for greater integration between the EHN.

**Key words:** epidemiologic surveillance; evaluation; epidemiologic surveillance services.

### Endereço para correspondência:

Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, Recife-PE, Brasil. CEP: 50070-550  
E-mail: consultpesca@ig.com.br

## Introdução

A estruturação de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) tornou-se essencial a partir da publicação da Lei nº 6.259/75,<sup>1</sup> que estabeleceu a obrigatoriedade de notificação de doenças pelos serviços públicos e particulares de saúde. Inicialmente engajados no controle da infecção hospitalar, os núcleos assumiram a coordenação das ações de vigilância epidemiológica nos serviços, colaborando de forma mais efetiva na implementação da vigilância, esta entendida como informação para ação.<sup>2</sup>

Sendo os hospitais ambientes propícios para o desencadeamento oportuno das ações de controle aplicadas à cadeia de transmissão de doenças, os NHE têm uma função importante na operacionalização do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.<sup>3</sup> Com a ampliação de seu campo de atuação, esses serviços também podem contribuir, de forma relevante, com a organização, planejamento e avaliação dos serviços de saúde.

Os Estados de São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ) são pioneiros na implantação de NHE, destacando-se o Hospital de Servidores do Estado/RJ, que iniciou suas atividades em 1986.<sup>4</sup> Em Pernambuco, o Código Sanitário Estadual determinou a obrigatoriedade de implantação desses serviços em 1998;<sup>5</sup> e a Resolução nº 01/98<sup>6</sup> definiu suas atribuições, funcionamento e estrutura. Atualmente, Pernambuco possui 24 NHE instalados na rede pública,<sup>7</sup> potenciais assessores da gestão hospitalar.

Além das ações tradicionais de vigilância epidemiológica, outras atividades executadas pelos NHE são: capacitação; gerenciamento de sistemas de informações; divulgação de boletins epidemiológicos; e investigação de eventos vitais. Nesta última, a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil e em menores de um ano de idade pode contribuir para a elaboração de políticas de redução desses eventos, uma das prioridades do Pacto pela Vida.<sup>8</sup>

Como estratégia de ampliação da detecção, notificação e investigação de doenças de notificação compulsória (DNC) e outros agravos, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (SNVEH), com a publicação da Portaria nº 2.529/04. Para tal, formou uma Rede Nacional de Hospitais de Referência composta por 190 unidades hospitalares que recebem recursos

financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS) segundo uma classificação em três níveis (I, II e III).<sup>9</sup>

O critério utilizado pelo MS foi de uma vaga para cada 1.000.000 de habitantes/Estado.<sup>9</sup> O Estado de Pernambuco, com uma população estimada em 8.810.256 habitantes,<sup>10</sup> ficou com oito vagas. Os hospitais selecionados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) foram: Hospital Otávio de Freitas (HOF); Hospital Agamenon Magalhães (HAM); Hospital Getúlio Vargas (HGV); Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP); Hospital das Clínicas (HC); Hospital Correia Picanço (HCP); Hospital da Restauração (HR); e Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC).<sup>11</sup>

*Os NHE têm uma função importante na operacionalização do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.*

A iniciativa trouxe a possibilidade de fortalecimento da vigilância epidemiológica em todos os seus níveis de atuação, contribuindo para sua descentralização e a execução de ações de controle de forma mais oportuna. A análise dessa intervenção no decorrer de sua implantação considera o objetivo formativo da avaliação, ou seja, fornecer informações aos envolvidos no programa, identificando problemas e possibilitando seu desenvolvimento conforme planejado.<sup>12</sup>

A perspectiva de avaliar os programas ou intervenções em saúde traz contribuições significativas para a melhoria da qualidade dos serviços, ao delinear possíveis soluções e reorganizar suas atividades.<sup>13</sup> Para aumentar a utilidade de uma avaliação, é importante considerar sua capacidade de responder as questões relativas a uma intervenção, suas atividades, seus efeitos e a rede de agentes envolvidos no contexto de sua institucionalização.<sup>14,15</sup>

Considerando que a avaliação permite fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, ajudando na tomada de decisão,<sup>16</sup> e que o caráter dinâmico dos programas e serviços de saúde traz a necessidade de ações contínuas de monitoramento e avaliação, o presente estudo objetivou avaliar o grau de implantação dos NHE que compõem a Rede de Hospitais de Referência em Pernambuco, analisando a adequação da classificação nos níveis I, II e III.

## Metodologia

Foi realizado um estudo de corte transversal, com abordagem da avaliação normativa, que consiste em fazer um julgamento de valor acerca de uma intervenção comparando estrutura, processo e resultados com critérios e normas.<sup>16</sup> Neste estudo, foram avaliados os componentes de estrutura e de processo em sete hospitais que compõem a Rede de Hospitais de Referência em Pernambuco: HOF, HAM, HGV, IMIP, HC, HCP e HR.

Para avaliação do NHE do HUOC, o Comitê de Ética em Pesquisa dessa instituição solicitou que o projeto, já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP e com a anuência da SES-PE, tivesse como co-orientador um funcionário do hospital. Tal exigência inviabilizou a avaliação em tempo hábil, e o serviço teve de ser excluído da amostra.

Para avaliação do grau de implantação, foi elaborado um questionário estruturado, utilizando como referência a Portaria nº 2.529/04<sup>9</sup> e o estudo de Mendes e colaboradores<sup>17</sup> que avaliou a implantação de NHE em Recife-PE. O questionário, já validado, foi respondido pelos gerentes dos núcleos. O período de realização da pesquisa, maio a outubro de 2008, foi apropriado para articulação do contato com os núcleos, realização das entrevistas, captação de documentos oficiais e análise das informações coletadas.

Na apreciação da Estrutura, foram avaliados os critérios: a) 'estrutura física' (adequação da dimensão da sala, existência de telefone, fax, computador ligado à internet e impressora); e b) 'recursos humanos' (quantidade e qualificação). Na análise deste último critério, considerou-se o padrão descrito na Portaria nº 2.529/04. Assim, para o HCP, hospital especializado com menos de 100 leitos, a equipe indicada seria: dois técnicos de nível superior; um de nível médio; e um para funções administrativas. Para os demais núcleos, instalados em hospitais gerais ou especializados com mais de 250 leitos, a equipe indicada seria: três técnicos de nível superior; dois técnicos de nível médio; e dois para desempenho das funções administrativas. A Portaria também aponta a necessidade de qualificação ou experiência profissional para os gerentes dos núcleos.<sup>9</sup>

Na apreciação do Processo, foram avaliados os critérios: a) 'regulamentação dos núcleos' (presença de regimento interno e inserção no organograma da instituição); b) 'práticas operacionais I, II e III'

(realização de busca ativa, notificação e investigação de DNC e eventos vitais, alimentação e análise dos sistemas de informações e retroalimentação do sistema); c) 'atividades de ensino e pesquisa' (realização de capacitações, divulgação e/ou publicação de estudos epidemiológicos em congressos e/ou revistas científicas); e d) 'gestão do setor' (execução e planejamento das atividades em parceria com outros setores do hospital). Para pontuação dos critérios b, c e d, considerou-se a realização das atividades de forma total, parcial ou não realização.

Para determinar o grau de implantação, foi elaborada uma matriz de julgamento com um sistema de pontuação e pesos para cada critério avaliado (Tabela 1). Para possibilitar a comparação do presente estudo com o de Mendes e colaboradores,<sup>17</sup> utilizou-se o mesmo parâmetro para classificação do grau de implantação: Satisfatório (80,0 a 100,0%; 12,8 a 16 pontos); Aceitável (70,0 a 79,0%; 11,2 a 12,7 pontos); Insatisfatório (50,0 a 69,0%; 8 a 11,1 pontos); e Crítico (<50,0%; < 8 pontos). A análise foi realizada pelo aplicativo Excel 2003; e os resultados, representados em forma de quadro com as frequências relativas.

Para avaliar a classificação dos hospitais nos níveis I, II e III, comparou-se sua estrutura com os critérios definidos na Portaria nº 2.529/04:<sup>9</sup> a) Nível I – hospital de referência regional com unidade de emergência e leitos de UTI ou hospital geral, pediátrico, universitário ou de ensino com até 100 leitos –; b) Nível II – hospital geral, pediátrico, universitário ou de ensino com mais de 100 e menos de 250 leitos, com ou sem unidade de emergência e leito de UTI, ou hospital especializado em doenças infecciosas com menos de 100 leitos –; c) Nível III – hospital especializado em doenças infecciosas com mais de 100 leitos ou hospital geral com mais de 250 leitos, com unidade de emergência e leito de UTI. Informações referentes aos critérios utilizados pela SES-PE para classificação dos serviços foram repassadas pela Coordenação Estadual dos NHE.

Para contextualizar a forma de repasse do recurso do FNS para os hospitais e os elementos de despesas para os quais a verba poderia ser utilizada, foram consultadas as Portarias referentes aos repasses,<sup>9,11,18</sup> e bem como os gerentes dos núcleos avaliados.

### Considerações éticas

A pesquisa teve a anuência da SES-PE e, submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP,

**Tabela 1 - Matriz de julgamento para determinar o grau de implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia que compõem a Rede de Hospitais de Referência no Estado de Pernambuco, Brasil, 2008**

Item avaliado	Pt <sup>a</sup>	P <sup>b</sup>	PF <sup>c</sup> = Pt P
<b>Componente Estrutura</b>			
<b>Estrutura física</b>	1	1,5	1,5
Área física	0,5	—	—
Instalações e tecnologias	0,5	—	—
<b>Recursos humanos</b>	1	2	2
Equipe (quantidade e qualidade)	1	—	—
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>		<b>3,5</b>
<b>Componente Processo</b>			
<b>Regulamentação</b>	1	1	1
<b>Práticas operacionais I</b>	1,5	2	3
Sistema de busca ativa para a detecção de DNC <sup>d</sup>	0,25	—	—
Notificação e investigação de DNC <sup>d</sup>	0,25	—	—
Análise e divulgação das informações do Sinan <sup>e</sup>	1	—	—
<b>Práticas operacionais II</b>	0,5	1	0,5
Notificação imediata de doenças	0,5	—	—
<b>Práticas operacionais III</b>	1,5	2	3
Divulgação de relatórios das DNC <sup>d</sup>	0,25	—	—
Monitoramento e divulgação do perfil de morbimortalidade	0,25	—	—
Monitoramento e capacitação para preenchimento de DO <sup>f</sup> e DNV <sup>g</sup>	0,25	—	—
Monitoramento e avaliação de óbitos maternos e infantis	0,25	—	—
Investigação de óbito por causa mal definida	0,25	—	—
Investigação de surtos de DNC <sup>d</sup> no âmbito hospitalar	0,25	—	—
<b>Ensino</b>	1	2	2
Capacitações sobre VEH <sup>h</sup>	0,5	—	—
Campo de estágio em VEH <sup>h</sup>	0,5	—	—
<b>Pesquisa</b>	1	1,5	1,5
Avaliação da VEH <sup>h</sup>	0,5	—	—
Estudos epidemiológicos	0,5	—	—
<b>Gestão</b>	1,5	1	1,5
Integração com o laboratório do hospital e com o Lacen <sup>i</sup>	0,3	—	—
Fluxo com a farmácia do hospital	0,3	—	—
Integração com o serviço de arquivo médico	0,3	—	—
Parceria com CCIH, <sup>j</sup> registro hospitalar de câncer, CO <sup>k</sup> e gerência de risco	0,3	—	—
Imunização de profissionais do serviço	0,3	—	—
<b>Subtotal</b>	<b>8</b>		<b>12,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>		<b>16</b>

a) PT: pontuação

b) P: peso

c) PF: pontuação final

d) DNC: doença de notificação compulsória

e) Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

f) DO: declaração de óbito

g) DNV: declaração de nascido vivo

h) VEH: vigilância epidemiológica hospitalar

i) Lacen: Laboratório Central de Saúde Pública do Estado

j) CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

k) CO: Comissão de Óbito.

foi aprovada sob o nº 1.180/08 em consonância com as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde. Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Na avaliação do grau de implantação do componente Estrutura, os NHE melhor avaliados foram HR, HGV e HCP. No critério 'estrutura física', todos os núcleos obtiveram pontuação máxima na avaliação das instalações/tecnologias, bem como possuíam espaço próprio dentro do hospital. O HR, o HGV e o HOF se destacaram por ocuparem salas amplas e bem divididas.

No critério 'recursos humanos', o núcleo do HCP possuía quantidade de profissionais além do preconizado, sendo a equipe formada por quatro profissionais de nível superior e dois de nível médio. O HR possuía uma equipe adequada, porém uma profissional de nível superior estava afastada das funções para cursar doutorado. Havia déficit das seguintes categorias profissionais: nível médio no HAM, no HGV, no HOF e no HC; funções administrativas no HAM, no HGV, no HOF, no HC e no IMIP; e nível superior no HGV, no HOF e no IMIP. A coordenação dos núcleos era feita por enfermeira (HR) e médicos (demais núcleos), sendo todos qualificados para sua função.

No componente Processo, os núcleos melhor avaliados foram os do HCP, do HC, e do IMIP, sendo o pior resultado o do HAM. No critério 'regulamentação dos núcleos', todos os núcleos apresentavam regimento interno e estavam inseridos no organograma do hospital.

No critério 'práticas operacionais I', HR, HAM e HOF não realizavam busca ativa nos setores de emergência e ambulatório devido à grande demanda de pacientes nesses serviços. O HR não analisava nem divulgava os dados dos sistemas de informação e o HOF divulgava as informações consolidadas apenas para o próprio núcleo.

No critério 'práticas operacionais II', todos os núcleos faziam a notificação imediata de doenças; no entanto, como o HR, o HAM e o HOF não realizavam busca ativa de DNC em todos os setores do hospital, algumas doenças de notificação imediata poderiam não ser detectadas.

No critério 'práticas operacionais III', a elaboração e divulgação frequente de boletins epidemiológicos com retroalimentação do sistema e monitoramento do

perfil de morbimortalidade do hospital eram atividades realizadas pelos núcleos do IMIP, do HC e do HCP. O HAM divulgava um relatório mensal contendo as informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e outro anual, este com os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); porém, com relação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), só eram analisadas as transmissões verticais de sífilis e HIV. Foi observado que o núcleo notificava mas não investigava outras DNC, razão porque o banco do Sinan se encontrava incompleto.

Com relação ao SIM, os comitês de óbito do HOF e do IMIP realizavam todas as atividades preconizadas: codificação da declaração de óbito (DO), alimentação do sistema informatizado e divulgação de relatórios. O núcleo do HR apenas avaliava a coerência de encaminhamento dos óbitos para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou Instituto Médico Legal (IML). No HGV, no HCP, no HAM e no HC, os núcleos realizavam as atividades referentes ao SIM. Apenas o HGV e o HCP não investigavam os óbitos em mulheres de idade fértil e em menores de um ano de idade.

No critério 'atividades de ensino e pesquisa', particularmente sobre as atividades de ensino, o HCP e o HAM não realizavam capacitações rotineiras em vigilância epidemiológica e controle de infecção hospitalar para residentes admitidos no hospital. Todos os núcleos promoviam campo de estágio para estudantes de enfermagem. E sobre atividades de pesquisa, o HAM também não realizava estudos epidemiológicos sobre DNC no ambiente hospitalar.

No critério 'gestão do setor', os núcleos do HR, do HAM e do HGV relataram dificuldade na parceria com o Laboratório Central de Saúde Pública do Estado (Lacen) para o retorno dos resultados dos exames das DNC. O fluxo de informações com a farmácia era realizado, efetivamente, pelos núcleos do HC, do HGV, do IMIP e do HCP.

Quanto à classificação do grau de implantação, os resultados foram: Satisfatório – IMIP, HC e HCP; Aceitável – HGV – ; Insatisfatório – HOF e HR – ; e Crítico – HAM (Figura 1).

Com relação à adequação da classificação dos NHE, os parâmetros normatizados não foram seguidos em cinco dos sete hospitais avaliados (Figura 2). Considerando-se a estrutura e o nível de complexidade dos hospitais IMIP, HGV, HOF, HAM, classificados como nível I, e do HC como nível II, esses serviços deveriam estar classificados como nível III. A seleção e classifi-

**Figura 1 - Grau de implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia – comparação do estudo atual com o de Mendes e colaboradores.<sup>17</sup> Brasil, 2008**

Item avaliado	HAM <sup>a</sup>		HGV <sup>b</sup>		HOF <sup>c</sup>		HR <sup>d</sup>		HC <sup>e</sup>		IMIP <sup>f</sup>		HCP <sup>g</sup>	
	Mendes e colab. 2004	Estudo atual	Mendes e colab. 2004	Estudo atual	Mendes e colab. 2004	Estudo atual	Mendes e colab. 2004	Estudo atual	Mendes e colab. 2004	Estudo atual	Mendes e colab. 2004	Estudo atual	Mendes e colab. 2004	Estudo atual
Estrutura	75	50	75	100	37	100	25	100	100	50	100	50	50	50
	100	50	42	50	84	0	29	50	67	50	50	50	100	100
	89,3	50	56,1	71,4	63,9	42,9	27,3	71,4	81,1	50	50	50	78,6	78,6
Processo	75	100	75	100	75	100	75	100	25	100	100	100	100	100
	83,3	58,3	58	100	74,67	58,3	33,3	58,3	83,3	100	100	100	100	100
	100	50	50	100	100	50	100	50	100	100	100	100	100	100
	100	33,3	58	50	58	83,3	50	41,7	66,7	83,3	100	100	100	58,3
	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75
	0	0	0	50	100	50	0	50	100	100	100	100	100	100
	100	30	61,3	90	100	60	39,3	50	61,3	100	100	100	100	100
<b>Subtotal</b>	82	47,6	59,2	80,8	81,8	73,2	50,7	62	77,4	96	78,2	85,9	100	86
<b>TOTAL</b>	<b>83,6</b>	<b>48,1</b>	<b>58,5</b>	<b>78,7</b>	<b>77,9</b>	<b>66,6</b>	<b>45,6</b>	<b>64,1</b>	<b>78,2</b>	<b>85,9</b>	<b>89,1</b>	<b>84,4</b>	<b>84,4</b>	<b>84,4</b>

- a) HAM: Hospital Agamenon Magalhães
- b) HGV: Hospital Getúlio Vargas
- c) HOF: Hospital Otávio de Freitas
- d) HR: Hospital da Restauração
- e) HC: Hospital das Clínicas
- f) IMIP: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
- g) HCP: Hospital Correia Picarço

Grau de implantação:

- Satisfatório – 80 a 100%
- Aceitável – 70 a 79%
- Insatisfatório – 50 a 69%
- Crítico – <50%



**Figura 2 - Classificação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia de acordo com os critérios da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e do Ministério da Saúde e adequação da classificação estadual com a ministerial. Brasil, 2008**

Hospital	Características do hospital					Classificação	
	Tipo de unidade	Administração	Especialidades	UTI	Nº de leitos	MS/SES-PE	Adequação
HAM <sup>a</sup>	Hospital geral	Estadual	Cirurgia; clínica; obstetria-ginecologia	Adulto e neonatal	453	III/I	Não
HGV <sup>b</sup>	Hospital geral	Estadual	Cirurgia; clínica; pediatria clínica; reabilitação; fisiologia	Adulto	310	III/I	Não
HOF <sup>c</sup>	Hospital geral	Estadual	Cirurgia; clínica; pediatria clínica; psicologia	Adulto	360	III/I	Não
HR <sup>d</sup>	Hospital geral	Estadual	Cirurgia; clínica; pediatria	Queimados, pediátrica e adulto	581	III/III	Sim
HC <sup>e</sup>	Hospital geral	Federal	Cirurgia; clínica; obstetria-ginecologia; pediatria; psiquiatria; fisiologia; hospital-dia	Adulto e neonatal	372	III/II	Não
IMIP <sup>f</sup>	Hospital especializado	Privada	Cirurgia; clínica; obstetria-ginecologia; pediatria geral e subespecialidades; psiquiatria; fisiologia; crônicos, hospital-dia	Neonatal, pediátrica e adulto	714	III/I	Não
HCP <sup>g</sup>	Hospital especializado	Estadual	Clínica; pediatria; hospital-dia	Não possui	55	II/II	Sim

Fonte: <http://www.cnes.datasus.gov.br><sup>27</sup>

a) HAM: Hospital Agamenon Magalhães

b) HGV: Hospital Getúlio Vargas

c) HOF: Hospital Otávio de Freitas

d) HR: Hospital da Restauração

e) HC: Hospital das Clínicas

f) IMIP: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

g) HCP: Hospital Correia Picanço

cação dos serviços foram sugeridas pela Coordenação Estadual dos Núcleos e pela Diretoria de Vigilância em Saúde do Estado, sendo definida pelo Secretário Estadual de Saúde. Além dos critérios normatizados, foram considerados o nível de organização dos núcleos, a demanda do hospital e a disponibilidade de vaga em cada nível de classificação. Não há relato, por parte da SES-PE, de uma análise posterior da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS sobre a adequação da classificação desses hospitais. Os serviços não passaram por qualquer mudança estrutural no período entre a inserção na Rede Nacional de Hospitais de Referência e a realização do presente estudo.

Com relação aos recursos do subsistema, o HC (administração federal) recebia o valor do FNS mensalmente, podendo utilizá-lo apenas para compra de material de consumo. Para os demais serviços (administração estadual), o FNS repassava o recurso à SES-PE, e esta para os hospitais. Os núcleos podiam comprar equipamentos, materiais permanentes e de consumo e contratar serviços de terceiros (pessoa jurídica). Esses hospitais recebiam o valor anual do recurso e tinham um prazo de 45 dias para utilizá-lo. Após esse período, o saldo restante poderia ser devolvido à SES-PE; e os hospitais, fazerem novas solicitações durante o ano. O IMIP não havia recebido o recurso referente ao ano de

2007 porque a mudança da razão social do hospital atrasou o processo de solicitação e repasse dos recursos. Para o HCP, a compra de equipamentos e materiais permanentes ficava sob responsabilidade da SES-PE, visto que o hospital não é ordenador de despesa.

## Discussão

Comparando os resultados do estudo atual com os achados de Mendes e colaboradores,<sup>17</sup> observou-se melhoria no grau de implantação dos núcleos do HR, do HC e do HGV. Já no HOF e no HAM, houve declínio na classificação final. O resultado mais divergente foi apresentado por este último núcleo, que passou de grau de implantação Satisfatório para Crítico (Figura 2). O IMIP e o HCP não foram avaliados anteriormente.

No componente Estrutura, o HGV e o HR apresentaram consideráveis melhorias. Destaca-se que esse progresso está relacionado ao maior investimento dos recursos na aquisição de materiais de consumo, equipamentos e mobiliário. No tocante a recursos humanos, identificou-se maior empenho na qualificação das equipes. Além das capacitações promovidas pela SES-PE, os gerentes relataram a participação em eventos com a temática da vigilância epidemiológica, inclusive com a apresentação de trabalhos científicos. O mesmo empenho, entretanto, não foi identificado na ampliação da quantidade de profissionais. Como exemplos, destacam-se os núcleos do HAM e do HOF, onde houve evasão de técnicos qualificados, repercutindo no declínio do grau de cumprimento desse critério (Figura 2).

Problemas referentes ao componente Estrutura dos NHE vêm sendo identificados em outros estudos. Nas unidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro-RJ, Brisse e Medronho<sup>19</sup> identificaram insuficiência de recursos humanos, déficit de profissionais com formação em Saúde Pública e carência de equipamentos de informática. No Estado do Paraná, avaliação realizada pelo MS em dez núcleos da Rede Nacional de Hospitais de Referência identificou que 50,0% não dispunham de profissionais em quantidade adequada, 30,0% funcionavam em espaço físico inadequado e 30,0% estavam desativados.<sup>20</sup>

Com relação ao componente Processo, os avanços foram observados nos núcleos do HC e do HGV. No HR, a melhoria do componente Estrutura impactou no processo, porém não foi suficiente para mudança

na classificação do grau de implantação desse componente. Já os núcleos do HOF e do HAM apresentaram declínio de desempenho (Figura 2).

A regulamentação dos NHE foi um avanço importante observado no presente estudo. A formalização dos núcleos dentro do organograma do hospital, ligados diretamente à direção geral, deu visibilidade a seu potencial de assessoria à gestão, bem como possibilitou sua inserção na Rede Nacional de Hospitais de Referência.

No critério 'práticas operacionais I', a não realização da busca ativa em todos os setores do hospital contribuiu para o aumento do índice de subnotificação. Outros agravantes são: alta demanda de pacientes nas grandes emergências; número limitado de profissionais nos NHE para realização de busca ativa; e pouca disponibilidade dos profissionais de saúde que atuam na assistência para realizar a notificação de DNC. Em consonância com esses achados, destaca-se o estudo realizado por Duarte e França<sup>21</sup> em hospitais públicos e conveniados ao SUS de Belo Horizonte-MG. A pesquisa identificou um subregistro de 37,0% dos casos de dengue no Sinan, no período entre 1997 e 2002. As autoras destacaram o pouco entendimento por parte dos profissionais da assistência em realizar a notificação dos casos suspeitos. Em outro estudo, Escosteguy e colaboradores<sup>22</sup> enfatizaram a importância do uso do Sinan no nível hospitalar como forma de melhorar a qualidade das informações. Os autores também relataram que a boa cobertura desse sistema está atrelada à eficiência da busca ativa no hospital.

No critério 'práticas operacionais II', o monitoramento do preenchimento das DO e a investigação de óbitos por causas mal definidas ainda não são atividades institucionalizadas em todos os NHE. Considerando que Pernambuco todavia precisa melhorar a qualidade de alguns indicadores de mortalidade, a investigação desses eventos a partir de seu local de ocorrência é importante. Nesse sentido, Vanderlei e colaboradores<sup>23</sup> sugerem investimentos na estruturação de NHE para que esses serviços possam contribuir, de forma mais efetiva, para a melhoria desse indicador.

Outro aspecto é a ausência de divulgação periódica de boletins epidemiológicos por alguns núcleos. Esse quesito é relevante, uma vez que a retroalimentação do sistema auxilia na gestão e organização do serviço, subsidiando a avaliação das ações de prevenção e controle. O que ocorre com frequência, porém, é a



utilização da metodologia epidemiológica para melhor apresentação dos dados coletados. Esporadicamente, faz-se uma análise mais profunda, não se aproveitando todo o potencial explicativo da ocorrência das doenças.<sup>24</sup>

No critério 'gestão', o estudo indicou que não havia dificuldade na integração dos núcleos com os serviços de arquivo médico (SAME). Esse é um aspecto positivo, pois esse setor é uma importante fonte de informação. O mesmo não acontece em relação à CCIH, Comissão de Óbito, gerência de risco, farmácia e, principalmente, com o Lacen. A articulação com esses setores é considerada fundamental para o bom desempenho das atividades dos núcleos.

Com relação aos recursos financeiros, a classificação inadequada em cinco dos sete núcleos avaliados impede que o repasse seja compatível com a estrutura dos hospitais. Os resultados também apontam para a necessidade de revisar a classificação, desburocratizar o repasse de recursos e aperfeiçoar seu gasto. A limitação de seu uso em alguns elementos de despesa e a inconstância na periodicidade do repasse impedem que problemas como adequação da equipe de trabalho, sejam resolvidos com agilidade. Ademais, a Portaria nº 204/07,<sup>18</sup> que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos para o SNVEH, não refere os elementos de despesa em que os recursos podem ser gastos.

O estudo indica que o SNVEH não está implantado na totalidade dos núcleos. Os maiores avanços foram

observados na aquisição de tecnologias, regulamentação e desenvolvimento de práticas de pesquisa. Porém, ainda persistem dificuldades na coleta, análise e divulgação das informações, principalmente devido ao número limitado de profissionais lotados nos núcleos. O estudo sinaliza a necessidade de implantação de políticas para contratação e fixação de profissionais qualificados, divulgação das atividades dos NHE nos hospitais e no próprio subsistema de vigilância epidemiológica, ampliação e maior eficiência na utilização dos recursos financeiros e criação de estratégias de mobilização para promover maior integração e troca de experiências exitosas entre os NHE.

Quanto à metodologia avaliativa, evidencia-se a necessidade de institucionalização dessa prática para fornecer subsídios à periódica reformulação do subsistema e consequente melhoria dessa intervenção. Ressalta-se que a avaliação deve ser exercida por todos os autores envolvidos no planejamento e na execução do programa.<sup>25,26</sup>

## Agradecimentos

Noêmia Teixeira de Siqueira Filha é bolsista do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Avaliação de Tecnologias em Saúde (IATS)/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério da Ciência e Tecnologia, e agradece o apoio da instituição (CNPq/MCT; DTI-3, 84580/2009-2).

## Referências

1. Brasil. Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças. Diário Oficial da União, Brasília, p.1433, 31 out. 1975. Seção 1.
2. Escosteguy CC, Medronho RA. A importância dos núcleos de vigilância hospitalar. Cadernos de Saúde Coletiva. 2005; 13(3):583-584.
3. Portaria nº 3252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p.65, 23 de dezembro 2009. Seção 1.
4. Escosteguy CC. Um pouco da história da epidemiologia no Hospital de Servidores do Estado [Internet]. [acessado em 6 outubro 2010]. Disponível em <http://www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/revista/37/epide.asp>
5. Decreto nº 20786, de 10 de agosto de 1998. Aprova o Regulamento do Código Sanitário do Estado de Pernambuco. Diário Oficial do Estado, Pernambuco, 11 de agosto de 2008.
6. Resolução nº 01, de 24 de dezembro de 1998. Define atribuições, funcionamento e estruturação dos Núcleos de Epidemiologia nos estabelecimentos de saúde públicos e privados de Pernambuco. Diário Oficial do Estado, Pernambuco, 11 de agosto 2008.

7. Rocha COM, Magalhães APR, Wanderley ZD. Núcleos de epidemiologia hospitalares: experiência de implantação. In: Anais do 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2003; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
8. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Portaria nº 2529, de 23 de novembro de 2004. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília, p.44, 26 de novembro de 2004. Seção 1.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acessado durante o ano de 2010, para informações sobre a população estimada de Pernambuco em 2009] [Monografia na internet] Disponível em <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pe>
11. Portaria nº 1039, de 1 de julho de 2005. Autoriza repasse financeiro para incentivo aos Hospitais de Referência do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília, p.60, 4 de julho de 2005. Seção 1.
12. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em Saúde: conceitos básicos para a prática nas Instituições. In: Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizado (res). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2010. p.1-13.
13. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. Cadernos de Saúde Pública. 2008; 24(9):2091-102.
14. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. New Delhi: SAGE Publications; 1997.
15. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde. Perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. Ciencia & Saúde Coletiva. 1999; 4(2):341-353.
16. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.29-47.
17. Mendes MFM, Freese E, Guimarães MJB. Núcleos de epidemiologia em hospitais de alta complexidade da rede pública de saúde situados no Recife, Pernambuco: avaliação da implantação. Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil. 2004; 4(4):435-447.
18. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Brasília, p.22, 31 de janeiro de 2007. Seção 1.
19. Brisse B, Medronho RA. A epidemiologia hospitalar no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Coletiva. 2005; 13(3):631-648
20. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Relatório dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia / NHE – Paraná [Internet]. [acessado em 13 setembro 2010]. Disponível em [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/ATA/ATA04/Relatorio\\_NHE\\_CIB.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/ATA/ATA04/Relatorio_NHE_CIB.pdf)
21. Duarte HHP, França EB. Qualidade dos dados da vigilância epidemiológica da dengue em Belo Horizonte, MG. Revista de Saúde Pública. 2006; 40(1):134-142.
22. Escosteguy CC, Medronho RA, Madruga R, Dias HG, Braga RC, Azevedo OP. Vigilância epidemiológica e avaliação da assistência às meningites. Revista de Saúde Pública. 2004; 38(5):657-663.
23. Vanderlei LC, Arruda BKG, Frias PG, Arruda S. Avaliação da qualidade de preenchimento das declarações de óbito em unidade terciária de atenção a saúde materno-infantil. Informe Epidemiológico do SUS. 2002; 11(1):15-23.
24. Goldbaum M. Epidemiologia e serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 1996; 12(supl 2):95-98.
25. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2001.
26. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública. 1994; 10(1):80-91.
27. Ministério da Saúde. Informações de saúde [Internet]. [acessado em 25 de outubro de 2008]. Disponível em <http://www.cnes.datasus.gov.br>

Recebido em 23/02/2010  
Aprovado em 01/12/2010