



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**

**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**Érica Morais Cardozo**

**Avaliação da Rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do  
Estado de São Paulo**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte**

**Botucatu**

**2018**

**Érica Morais Cardozo**

**Avaliação da Rede de Núcleos Hospitalares de  
Epidemiologia do Estado de São Paulo**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte**

**Botucatu**

**2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Cardozo, Érica Morais.  
Avaliação da Rede de Núcleos Hospitalares de  
Epidemiologia do Estado de São Paulo / Érica Morais  
Cardozo. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista  
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de  
Botucatu

Orientador: Marli Teresinha Cassamassimo Duarte  
Capes: 40602001

1. Vigilância epidemiológica. 2. Saúde pública. 3.  
Saúde pública - Avaliação.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Saúde Pública;  
Vigilância Epidemiológica.

***“Algumas pessoas passam por sua vida, outros a acompanham até que não lhes seja mais possível, outros estão mais perto do que parecem”***

***Markus Zusak (A menina que roubava livros)***

## ***Dedicatória***

*Dedico este trabalho a Deus, por me dar força e ser o meu sustento, e à  
minha família por ser o meu apoio, meu porto seguro!*

## **Agradecimentos Especiais**

*À Professora Dr<sup>a</sup>. Marlí Teresinha Cassamassimo Duarte, que desde a graduação em Enfermagem vem sendo espelho na carreira profissional, e que até hoje permanece como fonte do saber. Meus mais sinceros agradecimentos por todo apoio, amizade, companheirismo e carinho.*

*À Dr<sup>a</sup>. Vera Malheiro, por todo apoio e empenho durante todo o desenvolvimento deste estudo. Agradeço imensamente pela participação efetiva e essencial.*

*À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ilda de Godoy, por todo apoio, conselho, amizade e companheirismo.*

*À Enfermeira Luciana Ghiraldeli, por me ensinar a importância que tem a minha profissão e por todo auxílio e conhecimento transmitido. Pela amizade que se instalou e permanece a cada dia e por todo apoio tanto na vida profissional quanto na vida pessoal.*

*À Enfermeira Dr<sup>a</sup>. Ivana Regina Gonçalves, por toda motivação e incentivo às práticas acadêmicas, bem como pelos ensinamentos relacionados às estratégias de superação, resolutividade e determinação na carreira profissional.*

## **Agradecimentos**

### *Agradeço*

*A todos os Coordenadores dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo e suas equipes. Juntos, com certeza, conseguimos caminhar mais adiante.*

*Aos Professores Dr. Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza, Dr. Jonas Brant, Dr. Carlos Macharelli e Dr<sup>a</sup>. Ivana Regina Gonçalves, por toda contribuição no exame de qualificação.*

*À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristiane Murta e à amiga Ecléa Bravo por todo apoio e contribuições.*

*À Divisão de Desenvolvimento de Métodos de Pesquisa do Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac”, em especial a Inês Kazue Koizumi, por toda atenção e apoio.*

*À amiga e Enfermeira Laura Barreto, por não medir esforços para ajudar no que era possível e pela amizade.*

*À toda equipe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Sem o apoio de vocês nada disso teria sido possível.*

*Ao Fernando Alcarde, técnico de Informática do Departamento de Enfermagem, por todo auxílio, apoio, dedicação e parceria.*

*Às Bibliotecárias DÍva, Marluci e Meire, pela presteza, apoio e colaboração.*

*Ao Núcleo de Educação à Distância e Tecnologias da Informação em Saúde - NEAD da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, em especial à Ana Sílvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira, por todo apoio, dedicação e paciência.*

*Aos colegas do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pela amizade, cumplicidade e determinação. “Porque a nossa turma é ótima!”*

*Ao Departamento de Saúde Coletiva por proporcionar a oportunidade de uma ótima formação, fruto de ricos debates e discussões em salas de aula e convivência com ótimos professores.*

*À amiga Kátia Pani, por me aturar em todos os momentos e por ter sido apoio e cúmplice nesta jornada.*

*Aos meus pais Líneu e Júlia, que são a base de tudo, minha essência, responsáveis pelo que eu sou. Aqueles que me ensinaram tudo que sei, todos os valores e em quem me espelho de onde um dia quero chegar.*

*À minha irmã Karina e ao meu cunhado David, meus segundos pais, aqueles que me ensinaram a tomar gosto pela vida acadêmica e foram meu sustento em não desistir ao longo desse caminho.*

*À minha irmã Danielle, minha cúmplice, minha amiga, minha conselheira e ao meu cunhado Luciano, por todo apoio.*

*Ao meu irmão Alvim pelas lutas intermináveis junto aos programas de computador.*

*Aos meus sobrinhos João e Vitor por fazerem os meus dias mais felizes.*



## Lista de Quadros

<b>Quadro 1.</b> Distribuição dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, segundo município sede. Botucatu, 2018	28
<b>Quadro 2.</b> Indicadores de estrutura, considerando-se recursos humanos, segundo padrão empregado, parâmetro e pontuação do escore. Botucatu, 2017-2018	33
<b>Quadro 3.</b> Indicadores de processo, relativo ao cumprimento das atribuições dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, segundo padrão empregado, parâmetro e pontuação do escore. Botucatu, 2017-2018	34
<b>Quadro 4.</b> Indicadores de processo, considerando-se a organização e gestão do processo de trabalho dos Núcleos Hospitalares de epidemiologia, segundo padrão empregado, parâmetro e pontuação do escore. Botucatu, 2017-2018	35
<b>Quadro 5.</b> Classificação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) do Estado de São Paulo, segundo o porte de notificação. Botucatu, 2017 -2018	42
<b>Quadro 6.</b> Interferência do recurso relativo ao incentivo financeiro sobre o processo de trabalho dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017 - 2018	53
<b>Quadro 7.</b> Facilidades e dificuldades em relação ao processo de trabalho dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017 – 2018	57
<b>Quadro 8.</b> Classificação de estrutura referente aos recursos humanos e Processo dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, a partir do escore proposto neste estudo. Botucatu, 2017-2018	65

## **Lista de Figuras**

- Figura 1.** Distribuição dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, segundo Grupo de Vigilância Epidemiológica. Botucatu, 2017-2018 41
- Figura 2.** Aspectos relacionados ao espaço físico de trabalho e relações internas e externas. Botucatu, 2017-2018 55

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Perfil sociodemográfico e de formação dos coordenadores e de profissionais atuantes nos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017.	39
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos recursos humanos por categoria profissional, segundo o porte de notificação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017 – 2018.	44
<b>Tabela 3.</b> Formação, experiência profissional em vigilância epidemiológica dos coordenadores dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017-2018.	46
<b>Tabela 4.</b> Carga horária de trabalho, capacitação e educação permanente dos coordenadores dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017-2018.	48
<b>Tabela 5.</b> Formas de identificação das doenças e agravos de notificação compulsória e responsabilidade pelo preenchimento das fichas de investigação epidemiológica. Botucatu, 2017 -2018.	50
<b>Tabela 6.</b> Organização e gestão do processo de trabalho das equipes dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017 – 2018.	52
<b>Tabela 7.</b> Atribuições desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), segundo o porte de notificação dos NHE do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017- 2018.	59
<b>Tabela 8.</b> Classificação da estrutura relativa a recursos humanos dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, a partir do escore proposto neste estudo. Botucatu, 2017-2018.	61
<b>Tabela 9.</b> Classificação do processo relativo ao cumprimento das atribuições dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, a partir do escore proposto neste estudo. Botucatu, 2017-2018.	62
<b>Tabela 10.</b> Classificação do processo relativo a aspectos específicos do processo de trabalho das equipes dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, a partir do escore proposto neste estudo. Botucatu, 2017-2018.	63

## Lista de Abreviaturas

<b>A</b>	ADEQUADO
<b>CCIRAS</b>	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE
<b>CVE</b>	CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
<b>DNC</b>	DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA
<b>FMB</b>	FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
<b>GM</b>	GABINETE DO MINISTÉRIO
<b>MS</b>	MINISTÉRIO DA SAÚDE
<b>GVE</b>	GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
<b>NC</b>	NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA
<b>NSP</b>	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
<b>OMS</b>	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
<b>OS</b>	PRONTO SOCORRO
<b>PA</b>	PARCIALMENTE ADEQUADO
<b>REVEH</b>	REDE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR
<b>SES</b>	SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
<b>SH</b>	SISTEMA HOSPITALAR
<b>SINAN</b>	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
<b>SMS</b>	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
<b>SNVE</b>	SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
<b>SNVEAH</b>	SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM ÂMBITO HOSPITALAR
<b>SUS</b>	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
<b>SVO</b>	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO
<b>SVS</b>	SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
<b>TCLE</b>	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
<b>UNESP</b>	UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO
<b>UNICAMP</b>	UNIVERSIDADE DE CAMPINAS
<b>USP</b>	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
<b>UTI</b>	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
<b>VE</b>	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
<b>VEH</b>	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CARDOZO EM. Avaliação da rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo. 2017.101f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

## RESUMO

**Introdução:** O Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar visa aumentar a sensibilidade e oportunidade na detecção de doenças de notificação compulsória (DNC) e, assim, possibilitar a adoção, oportuna, de medidas de controle, possibilitando a interrupção da cadeia de transmissão de doenças entre a população. Tendo-se em vista a importância de estudos avaliativos para o aprimoramento do sistema e a escassez de estudos nesta área, propôs-se a presente pesquisa que teve por **objetivo** descrever e avaliar a rede dos NHE do Estado de São Paulo, do ponto de vista de estrutura, com enfoque nos recursos humanos, e de processo. **Método:** Trata-se de estudo transversal, que incluiu 34 dos 41 NHE do Estado de São Paulo. Os dados foram obtidos de julho de 2017 a janeiro de 2018 por meio de questionário eletrônico e analisados com base nas Portarias 183/2014 GM/MS e 204/2016 GM/MS e no Guia de Vigilância Epidemiológica, segundo referencial de avaliação de Donabedian (1980), considerando-se estrutura e processo. Para a avaliação de estrutura foram selecionados 4 indicadores relacionados à composição e capacitação das equipes e para o processo, 4 indicadores relativos à organização e gestão do processo de trabalho e 7 referentes às atribuições previstas nas legislações. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. **Resultado:** A maioria (73,5%) dos coordenadores eram mulheres, tinham 30 a 59 anos (64,7%) e a totalidade ensino superior completo. Dentre os 34 NHE analisados, 27 foram classificados, com base no número total de notificações e de leitos hospitalares, em notificadores de pequeno porte, 5 de médio e 2 de grande porte. A vigilância epidemiológica (VE) era realizada predominantemente por enfermeiros nos serviços de pequeno e médio porte e por médicos naqueles de grande porte. A maioria dos serviços (64,7%) estava sob a coordenação de médicos e a totalidade dos NHE realizava busca ativa de agravos de notificação compulsória por meio de várias estratégias, sendo a triagem de exames laboratoriais (96,8%) e visita às unidades de internação (90,3%) as mais empregadas. A maioria (74,2%) dos NHE não dividia os agravos de notificação compulsória entre os membros da equipe, suas equipes reuniam-se rotineiramente para discussão de casos (77,4%) e 45,2% deles não possuía instrumento de comparação entre o número de fontes de dados consultadas e o total de notificações produzidas. Apenas 24,1% dos núcleos elaboravam relatório trimestral com perfil de morbidade e mortalidade hospitalar dos agravos de notificação compulsória. A maioria dos serviços teve processo classificado como adequado em relação às atribuições esperadas (21) e na organização e gestão do processo de trabalho (27). Entretanto, quanto à estrutura, apenas 19 classificaram-se como adequados. **Conclusão:** a avaliação da rede de NHE do Estado de São Paulo, de modo geral, mostrou-se favorável quanto ao processo e, apesar da análise de estrutura ter sido menos favorável, tendo em vista que 15 NHE foram classificados como parcialmente adequados, a maioria destes tinha processo adequado. Este estudo aponta a necessidade de adequação de parte dos NHE quanto à constituição e carga horária da equipe e sugere discussão junto às equipes do importante papel da produção de relatórios analíticos e emprego de instrumentos de gestão do processo de trabalho, oportunizando visibilidade da complexidade das práticas de VE e, assim, sensibilização de gestores e profissionais da assistência. **Descritores:** Vigilância Epidemiológica, Saúde Pública, Avaliação em Saúde

CARDOZO EM. Evaluation of the Epidemiology Hospital Centers network of the State of São Paulo. 2017.101f. Thesis (Master degree) - Faculty of Medicine of Botucatu, State University of São Paulo, Botucatu, 2017.

### ABSTRACT

**Introduction:** The Hospital-based Epidemiological Surveillance Subsystem aims to increase sensitivity and opportunity in the detection of notifiable diseases through the timely adoption of control measures, enabling the interruption of the chain of transmission of diseases among the population. Considering the importance of evaluative studies for the improvement of the System and the scarcity of studies in this area, **the purpose** of the present study was to describe and evaluate the network of the NHE of the State of São Paulo, from the point of view of structure, focusing on human resources, and process. **Method:** This is a cross-sectional study, which included 34 of the 41 NHE's in the State of São Paulo. The data were obtained from July 2017 to January 2018 by means of an electronic questionnaire and analyzed based on Ordinances 183/2014 GM/MS and 204/2016 GM/MS and on the Guide of Epidemiological Surveillance, according to the Donabedian evaluation referential (1980), considering structure and process. For the evaluation of the structure, 4 indicators related to the composition and qualification of the teams and for the process 4 indicators related to the organization and management of the work process and 7 related to the attributions provided in the legislations were selected. Data were analyzed using descriptive statistics. **Outcome:** The majority (73.5%) of the coordinators were women, were between 30 and 59 years old (64.7%) and the entirety of them had complete higher education. Of the 34 NHE analyzed, 27 were classified based on the total number of reports and of hospital beds in small notifiers, 5 medium and 2 large. The Epidemiological Surveillance was predominantly performed by nurses in small and medium-sized services and by physicians in large ones. Most of the services (64.7%) were under the coordination of physicians and all the NHE carried out an active search for disease compulsory notification through several strategies, being the screening of laboratory tests (96.8%) and visits to hospitalization units (90.3%) the most employed. The majority (74.2%) of NHE did not share disease compulsory notification among team members, their teams routinely met for case discussion (77.4%) and 45.2% did not have a comparison tool between the number of data sources consulted and the total number of notifications produced. Only 24.1% of the centers produced a quarterly report with a hospital morbidity and mortality profile of disease compulsory notification. Most of the services were classified as adequate in relation to the expected tasks (21%), and in the organization and management of the work process (27%). However, regarding structure only 19 were adequate. **Conclusion:** the evaluation of the NHE network in the state of São Paulo, in general, was favorable and although the structure analysis was less favorable, considering 15 NHE classified as partially adequate, most had an adequate process. This study points out the need for adequacy of the NHE regarding the constitution and workload of the team and suggests discussion with the teams about the important role of the production of analytical reports and the use of work process management tools, giving visibility to the complexity of Epidemiological Surveillance practices and thus raising the sensitivity of managers and care professionals.

**Keywords:** Epidemiological Surveillance, Public Health, Health Assessment.

## SUMÁRIO

Lista de Quadros.....	9
Lista de Figuras.....	10
Lista de Tabelas .....	11
Lista de Abreviaturas.....	12
1.INTRODUÇÃO .....	18
1.1 Vigilância Epidemiológica – Origens do Conceito .....	18
1.2 Desenvolvimento da Vigilância Epidemiológica no Brasil.....	19
1.3 Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar .....	21
1.4 Operacionalização da Vigilância Epidemiológica .....	22
1.5 Avaliação em Saúde .....	24
2. OBJETIVOS .....	28
2.1 Objetivo Geral .....	28
2.2 Objetivos Específicos.....	28
3. MÉTODO.....	29
3.1 Desenho e campo do estudo.....	29
3.2 População, amostra e critérios de inclusão e exclusão no estudo .....	31
3.3 Referenciais de análise dos dados .....	31
3.4 Variáveis em estudo.....	31
3.5 Coleta dos dados .....	38
3.6 Análise dos dados.....	39
3.7 Procedimentos éticos.....	40
4. RESULTADO .....	41
4.1 Características dos participantes do estudo .....	41
4.2 Distribuição dos NHE por GVE e classificação por porte de notificação.....	42
4.3 Recursos Humanos.....	45
4.3.1 Composição das equipes dos NHE por categoria profissional .....	45
4.3.2 Características dos coordenadores dos NHE.....	47
4.4 Processo .....	51
4.4.1 Organização e gestão do processo de trabalho das equipes dos NHE .....	51

4.4.2 Percepção sobre o espaço físico, relações no trabalho, facilidades e dificuldades relativas ao processo de trabalho.....	55
4.4.3. Atribuições desenvolvidas pelos NHE .....	59
4.5 Avaliação de estrutura - recursos humanos - e de processo .....	62
5 DISCUSSÃO .....	68
6 CONCLUSÃO .....	75
7 REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE 1 .....	84
APÊNDICE 2 .....	90
APÊNDICE 3 .....	92
APÊNDICE 4 .....	93
APÊNDICE 5 .....	95
ANEXO 1 .....	97
ANEXO 2 .....	98



## 1.INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como foco a avaliação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) do Estado de São Paulo, com intuito de contribuir com o aprimoramento da gestão deste subsistema de Vigilância Epidemiológica.

### 1.1 Vigilância Epidemiológica – Origens do Conceito

O termo vigilância, empregado inicialmente ao final do século XX, possui vínculo com os conceitos de isolamento e quarentena, os quais foram aventados no final da Idade Média e consolidados nos séculos XVII e XVIII, juntamente com o fortalecimento do comércio e da proliferação de centros urbanos (ROMERO; TRONCOSO, 1981 apud WALDMAN, 1991).

A elaboração do conceito de Vigilância, que consiste em importante instrumento de controle para as doenças infecciosas, contou com a participação do grande desenvolvimento do comércio internacional no século XX, o desenvolvimento da microbiologia, e da melhora do conhecimento sobre os mecanismos de transmissão das doenças infecciosas (WALDMAN, 1998a).

Langmuir em 1963 conceitua vigilância como “observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças, mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la” (WALDMAN, 1998b).

Em 1964, o médico tcheco K. Raska foi o primeiro autor a utilizar o conceito Vigilância Epidemiológica (VE), sendo ele, também, o responsável pelo início do desenvolvimento de programas nacionais de vigilância de doenças específicas no Instituto de Epidemiologia e Microbiologia de Praga, entre os anos de 1950 e 1960. Para Raska, a VE poderia ser definida como

*“o estudo epidemiológico de uma enfermidade, considerada como um processo dinâmico que abrange a ecologia dos agentes infecciosos, o hospedeiro, os reservatórios e vetores, assim como os complexos mecanismos que intervêm na propagação da infecção e a extensão com que essa*

*disseminação ocorre”* (RASKA,1966 apud WALDMAN, 1992).

Tal definição se consagrou internacionalmente com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS). E, a partir do ano de 1970, a VE passou a ser realizada também em relação a outros tipos de doenças e agravos que não somente as doenças infecciosas, como o acompanhamento de malformações congênitas, doenças profissionais, eventos adversos à saúde relacionados a riscos ambientais, dentre outros (WALDMAN, 1998b).

Pode-se observar então, que apesar de originalmente a VE apresentar-se pautada em práticas individuais, como o isolamento e quarentena, posteriormente, na vigência de campanhas de erradicação de doenças, passou a fazer parte destes programas, buscando a detecção ativa da existência de casos da doença alvo (BRASIL, 2002).

Foi ainda na primeira metade da década de 60 que se consolidou internacionalmente um conceito mais abrangente de VE, passando a ser definida como “o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com a finalidade de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças” (BRASIL, 2002).

Assim, a observação contínua e a coleta sistemática de dados relacionados às doenças constituíram características essenciais da vigilância, presentes em todos os conceitos posteriores que fazem referência à definição dessa atividade de Saúde Pública (BRASIL, 2007).

## **1.2 Desenvolvimento da Vigilância Epidemiológica no Brasil**

No Brasil, este conceito mais amplo de VE, oriundo da primeira metade da década de 60, foi utilizado inicialmente em alguns programas de controle de doenças transmissíveis, coordenados pelo Ministério da Saúde. No entanto, foi na Campanha da Erradicação da Varíola onde foi motivado o emprego dos princípios de VE a outras doenças evitáveis por imunização, dando origem a um sistema de semana de notificação de doenças no ano de 1969, do qual as informações

passaram a ser regularmente divulgadas por meio de boletim epidemiológico. Foi este processo que posteriormente propiciou o fortalecimento das bases técnicas que serviram para implementação de programas nacionais de grande sucesso na área de imunização (BRASIL, 2002).

Já a partir dos anos 70, onde além de podermos observar uma ampliação dos objetos dos programas de controle para além das doenças infecciosas, abarcando grupos populacionais vulneráveis a riscos diferenciados como por exemplo o “Programa de Saúde Materno-Infantil” e o “Programa de Saúde do Trabalhador”, podemos ainda notar a formulação e implementação de propostas dirigidas à montagem de “sistemas de vigilância epidemiológica” dos quais pretende-se que a operacionalização consista em ampla rede geradora de dados que permitam a adoção de decisões e execução de ações de investigação e controle (TEIXEIRA, PAIM & VILLASBOAS, 2000).

No ano de 1975 foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE, por meio da Lei nº. 6.259, que se refere à organização das ações de VE e às normas relativas à notificação compulsória de doenças (BRASIL, 2013), sendo a definição de suas ações regulamentadas pelo Decreto nº. 78.231/76 (BRASIL, 2009). No entanto, a implantação efetiva deste sistema no Estado de São Paulo se deu somente no ano de 1978, sendo este o mesmo ano em que foi elaborado o primeiro manual de operações do Sistema (BRASIL, 2013).

O desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil, a partir da constituição de 1988 (BRASIL, 1988) traz um conceito ampliado de saúde, requerendo-se, assim, mudanças no foco da atenção à saúde: de um modelo predominantemente biomédico para um modelo que visa à prevenção, promoção e recuperação da saúde de indivíduos e do coletivo, considerando os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença (MATTOS, 2004), influenciando a VE, que passa a apresentar também características ampliadas de ação e operacionalização, reestruturando-se a partir da descentralização de responsabilidades, universalidade e equidade (BRASIL, 2009).

Dessa forma, em 1990, a Vigilância Epidemiológica - VE passa a ser definida pela Lei 8.080 como “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990)

e apresenta-se como importante norteador no processo de elaboração de estratégias de prevenção e promoção à saúde, ao passo que evidencia mudanças.

Segundo Waldman (1991), o processo de criação e desenvolvimento da VE no Estado de São Paulo se deu em duas fases: a primeira, entre os anos de 1978 a 1985, junto ao centro de informações de saúde, e a segunda, referente à criação do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) em 1985 (WALDMAN, 1991 apud MALHEIRO, 2013). São funções do CVE, o planejamento, execução, gerenciamento e monitoramento das ações de prevenção e controle de doenças e agravos em nível estadual, bem como o desenvolvimento de capacitação e pesquisas de interesse para a Saúde Pública. Sendo assim, de forma geral, cabe ao CVE a normatização e coordenação do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (MALHEIRO, 2013).

### **1.3 Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar**

Em 2004, foi criado o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (SNVEAH) e a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema, por meio da Portaria nº 2.529, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), tendo-se em vista que o ambiente hospitalar presta atendimento aos casos mais graves das doenças e agravos à saúde, constituindo-se, assim, em importante fonte de detecção de casos de notificação compulsória. Esta portaria classifica os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) em níveis I, II e III, conforme o grau das ações de VE desenvolvidas (BRASIL, 2004). Suas competências e o escopo de atividades da VE hospitalar passaram por um processo de atualização e redefinição descrito na Portaria nº 2.254 de 2010 (BRASIL, 2010a), a qual também passou por processo de atualização, sendo revogada pela Portaria 183/2014 GM/MS, atualmente em vigência, que apresenta os NHE não mais classificados por níveis (BRASIL, 2014).

O subsistema tem por finalidade o aperfeiçoamento da VE, por meio da ampliação da rede de notificação e investigação de doenças transmissíveis, levando ao aumento da sensibilidade e da oportunidade na detecção de agravos de notificação compulsória. Sua operacionalização se dá a partir da implantação da rede de NHE, que serve de apoio para o planejamento das ações de vigilância, além de permitir ao município a adoção de medidas de controle oportunas, possibilitando

a interrupção da cadeia de transmissão de doenças na população e contribuir com o planejamento e gestão hospitalar (MALHEIRO, 2013).

No Estado de São Paulo, inicia-se em 1978, dentro do Hospital Emílio Ribas, o berço dos NHE, sob a denominação de Serviço de Epidemiologia. Posteriormente, em 1988, criam-se o Núcleo de Epidemiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas da UNICAMP, constituindo-se, assim, esses três serviços como modelos na implantação dos NHE no Estado de São Paulo (MALHEIRO, 2013).

Atualmente, o Estado de São Paulo participa do SNVEAH contando com uma rede de 41 hospitais com NHE distribuídos pelo estado (SÃO PAULO, 2016).

#### **1.4 Operacionalização da Vigilância Epidemiológica**

A VE tem o propósito de fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, com o intuito de subsidiar a elaboração de ações e controle de doenças e agravos proporcionando o conhecimento de informações atualizadas sobre o comportamento da doença/agravo de acordo com o período (BRASIL, 2009).

São funções da VE a coleta, processamento, análise e interpretação de dados que possibilitarão a realização de recomendações de medidas de prevenção e controle da doença ou agravo apropriado, assim como, a promoção das ações de prevenção e controle indicadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes (BRASIL, 2009).

A execução de tais funções é possibilitada pela investigação epidemiológica, que tem como ponto de partida a notificação compulsória dos casos identificados, podendo ser estes tornados conhecidos por meio de busca passiva ou ativa de casos. A notificação foi instituída em 1902, com característica de obrigatoriedade, para determinadas doenças, passível de punição quando não realizadas. No entanto, os primeiros documentos oficiais surgiram em 1975, com a criação do Sistema Nacional de VE (ECKERDT, s.d.).

A notificação compulsória, que consiste em um dos procedimentos mais comuns da VE, consiste na comunicação de doenças ou agravos, previamente estabelecidos em Portaria (BRASIL, 2016), às autoridades sanitárias competentes, visando à interrupção da cadeia de transmissão e a elaboração de estratégias de ação preventiva. A obrigatoriedade da realização de tal ato por qualquer profissional

de saúde está devidamente ratificada na Portaria nº - 204, de 17 de fevereiro de 2016, que também define a lista atualizada de doenças e agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2016).

A investigação da doença ou agravo de notificação compulsória se processa por meio do preenchimento de Fichas de Investigação Epidemiológica específicas por agravos ou grupo de agravos, cujo conhecimento da informação se dá, segundo fluxo estabelecido pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, iniciado na unidade notificadora e transferidos periodicamente ao nível regional, estadual e nacional, sucessivamente.

Capozzolo et al. (2014), trazem aspectos que se referem à importância do olhar amplo do profissional de saúde para com o indivíduo em questão, bem como a eficácia de uma equipe multidisciplinar (CAPOZZOLO *et al*, 2014). Malta e Merhy (2010) se reportam à questão da intersetorialidade como contribuição dessa amplitude e apresentam a ideia de que todo serviço que faça parte do cuidado necessário ao paciente, integra um circuito assistencial (MALTA; MERHY, 2010). Neste sentido, no que se refere à VE, os laboratórios, centros diagnósticos, serviços de patologia, dentre outros, também integram o circuito e devem estar envolvidos em um processo de trabalho harmonioso e não fragmentado. São inúmeras as fontes de dados possíveis de utilização pela VE para identificação de casos e agravos de DNC, como dados demográficos, ambientais, laboratoriais, rumores constantes na mídia e na comunidade, declarações de óbito, dentre outras (BRASIL, 2005a).

Evidencia-se, portanto, a importância da equipe multidisciplinar como protagonista do processo de trabalho em saúde, como ferramenta de minimização da fragmentação da assistência e do saber, bem como recurso para alcance da integralidade assistencial (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008; CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Na VE, hospitalar ou não, há necessidade de se voltar olhares não só para a fragmentação assistencial em si, como também para a importância da minimização da fragmentação da informação, visto que esta norteia as ações de prevenção e promoção à saúde, atuando indiretamente sobre o cuidado assistencial. Desta forma, evidenciando a grande importância do desenvolvimento harmônico das diversas funções realizadas nos diferentes níveis de vigilância para o alcance da eficiência no processo de trabalho (BRASIL, 2009) faz-se necessário avaliar como

este vem se dando.

### 1.5 Avaliação em Saúde

Diversos autores que estudam o Sistema Único de Saúde (SUS) reconhecem que a avaliação tem permitido, em algumas circunstâncias, o rompimento da tendência em priorizar sua utilização como ferramenta de discussão de redução dos gastos, ou controle dos mesmos, na saúde, oportunizando a transformação em um ato de maior amplitude e implicação política, voltado para o aprendizado dos sujeitos envolvidos e da sociedade (MAGLUTA, 2013). Neste sentido, processos avaliativos são de grande importância, pois ao passo em que permitem a promoção de debates teóricos, o exercício de metodologias e de instrumentos de avaliação, contribuem para o alcance do conhecimento e da produção de novos saberes, conjugando evidências empíricas e pressupostos teóricos (BRASIL, 2005b).

Várias definições foram formuladas para avaliação, segundo diferentes autores. Tanaka e Melo (2001) definem avaliação como:

*“processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão, que envolve momentos de medir, comparar e emitir juízo de valor. No contexto de programas e serviços de saúde, é com base no juízo de valor emitido a partir da avaliação que será tomada a decisão”* (TANAKA; MELO, 2001).

Contandriopoulos et al. (2000), apesar de concordarem que existem diversas definições para avaliação, adotam a definição que julga ser de amplo consenso, a qual se refere que:

*“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”* (CONTANDRIOPOULOS et al, 2000).

Segundo Minayo (2011),

*“avaliação é um conjunto de atividades técnico-científicas ou técnico-operacionais que buscam atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade a processos de intervenção em sua implantação, implementação e resultados” (MINAYO, 2011).*

Em comum a essas definições, avaliação apresenta-se de forma indissociada do processo de tomada de decisão ou da sua aplicação no campo da gestão.

Tendo em vista que na atenção à saúde contamos com a presença da assistência multidisciplinar, é essencial a compreensão do processo e principalmente de igualdade de objetivos dentre os participantes, para o alcance de uma assistência de qualidade e não fragmentada, onde, apesar de encontrarmos diferentes visões frente ao mesmo objeto, o objetivo final precisa ser o mesmo, a qualidade da assistência (SOUZA, *et al.*, 2010).

Ao tratarmos de avaliação de qualidade de serviços de saúde, vê-se fortemente empregado em diversos estudos relacionados ao assunto, o referencial teórico de Donabedian. Este autor inicialmente propôs análise de serviços em relação à qualidade do cuidado médico. Porém, atualmente seu referencial vem sendo empregado de forma não somente restrita à prática médica, como também na avaliação dos serviços em si (REIS *et. al*, 1990).

Donabedian (1980) partindo do pressuposto de que para o alcance do funcionamento de um sistema com qualidade é necessário a avaliação constante de um serviço, bem como do desenrolar de seu processo, estabeleceu uma tríade de componentes para avaliação dessa qualidade: estrutura, processo e resultado. No componente “estrutura” avaliam-se os recursos existentes para a execução das ações, compreendendo recursos físicos, materiais e humanos, normas e rotinas. A avaliação de “processo” corresponde às atividades realizadas pelo serviço, compreendendo tanto o componente técnico quanto a relação interpessoal, bem como a comparação de procedimentos realizados junto às normas previamente estabelecidas. Por fim, a avaliação dos resultados compreende o efeito que as ações e procedimentos realizados tiveram sobre a saúde do indivíduo ou da população (DONABEDIAN, 1980).

Segundo Donabedian (1992), para a realização de uma avaliação é preciso o estabelecimento de indicadores referentes à estrutura, processo e resultado, sendo necessário o emprego de relação causal entre os componentes da tríade para



validação da avaliação (DONABEDIAN, 1992).

Poucos estudos tiveram como objetivo avaliar o sistema de VE (CARVALHO; MARZOCCHI, 1992; MEDEIROS, *et. al.*, 2015; RODRIGUES; FRACOLLI; OLIVEIRA, 2001; MALHEIRO, 2013) e apenas um se voltou à análise do Subsistema Hospitalar de VE no Estado de São Paulo (MALHEIRO, 2013).

Estudo de âmbito nacional, realizado em 1992, envolvendo análise de processo da VE concluiu que mais de 50% das unidades tinham funcionamento precário, não cumpriam as exigências básicas e que aquelas vinculadas ao desempenho de funções de vacinação tinham melhores resultados. Observaram também, que apesar da grande participação de profissionais em capacitações de VE realizadas por instâncias Nacionais ou Estaduais, dentre aqueles que atuavam nos serviços de VE, poucos possuíam esse tipo de formação (CARVALHO; MARZOCCHI, 1992).

Outro estudo, realizado no Estado do Paraná, demonstrou também a baixa frequência de profissionais atuantes nos serviços com realização de cursos de capacitação em VE por instâncias superiores, evidenciando a presença do treinamento dos profissionais ingressantes freqüentemente realizadas por profissionais do próprio serviço de ingresso. Observou, ainda, que a principal fonte de identificação de casos de doenças/agravos de notificação era feita por meio de busca ativa (MEDEIROS, *et al.*; 2015). Tal achado denota que é necessária a conscientização dos profissionais sobre a importância do processo de trabalho da VE, como subsídio na elaboração de estratégias de promoção e prevenção à saúde e sobre a desmistificação de tal prática como apenas uma atividade burocrática (RODRIGUES, FRACOLLI & OLIVEIRA, 2001).

Estudo conduzido em 2012, no Estado de São Paulo, relacionado ao cumprimento de funções e exigências dos NHE pautados na Portaria 2.254 de 2010 evidenciou que de 39 NHE do Estado, todos referiram a realização de busca ativa de casos de notificação. Evidenciou ainda, que, do ponto de vista de estrutura física e de material e equipamentos, os NHE apresentaram boas condições, porém, quanto aos recursos humanos, este se apresentou ainda incipiente na maioria dos NHE (MALHEIRO, 2013).

Estudos demonstram ainda a importância da compreensão do trabalho não apenas como cumprimento de tarefas, mas como objeto de embasamento em relação à elaboração de estratégias e políticas de prevenção e controle e encontra-se como profissional extremamente atuante nos serviços de VE hospitalar, o

Enfermeiro (MEDEIROS et al., 2015).

Tendo em vista a escassez de estudos com objetivo de avaliar os NHE e considerando que uma análise de estrutura e processo poderá levantar dificuldades, facilidades e particularidades do processo de trabalho nesses locais, propõe-se a presente investigação que visa contribuir com a gestão do Subsistema de VE Hospitalar e seu aprimoramento.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Descrever e avaliar a rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, do ponto de vista de estrutura, com enfoque nos recursos humanos e de processo.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever os NHE do Estado de São Paulo quanto sua distribuição, composição das equipes e características dos coordenadores.
- Descrever os NHE do Estado de São Paulo quanto à organização e gestão do processo de trabalho das equipes e atribuições desenvolvidas.
- Identificar a percepção dos profissionais das equipes dos NHE sobre o espaço físico, relações no trabalho, facilidades e dificuldades relativas ao processo de trabalho.
- Avaliar a estrutura dos NHE, segundo indicadores relativos à composição das equipes e capacitação dos seus coordenadores.
- Avaliar o processo, segundo indicadores relacionados à organização e gestão do processo de trabalho e atribuições.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Desenho e campo do estudo

Trata-se de estudo avaliativo, transversal, que foi desenvolvido junto à rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) do Estado de São Paulo.

O Estado de São Paulo, inicialmente, contava com 39 Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) pertencentes à rede Nacional do Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, criado em 2004 e formado por 190 Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) em hospitais de referência do Brasil (SÃO PAULO, s.d)

Em janeiro de 2014, a partir da Portaria GM/MS 183 de 2014, o Subsistema foi substituído pela Estratégia de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, sendo criada a Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar- REVEH, onde também fora ampliado o número de NHE do Estado de São Paulo, passando a compor a Rede Nacional com 41 unidades de núcleos hospitalares de epidemiologia (SÃO PAULO, s.d)

Com a reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de 85/86 a coordenação do Sistema de Vigilância Epidemiológica em nível estadual passou a ser feita pelo Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE, estando também os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia ligados a este órgão Institucional e geridos pela área de Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (SÃO PAULO, s.d).

A rede de NHE do Estado de São Paulo é composta por 41 serviços, sendo 10 localizados na Capital e os demais no interior do Estado (SÃO PAULO, 2016).

A distribuição dos NHE do Estado de São Paulo, segundo o município sede, está apresentada no Quadro 1.

**Quadro 1.** Distribuição dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, segundo município sede. Botucatu, 2018.

<b>Núcleo Hospitalar de Epidemiologia</b>	<b>Município</b>
Hospital Municipal Infantil Menino Jesus	São Paulo
Hospital Infantil Cândido Fontoura	São Paulo
Centro Hospitalar do Município de Santo André	Santo André
Hospital Regional Ferraz de Vasconcelos Dr. Osiris Florindo	Ferraz de
Hospital Estadual Prof. Carlos Lacaz-Francisco Morato	Franco da Rocha
Hospital Geral de Pirajussara	Taboão da Serra
Hospital Municipal Antonio Giglio	Osasco
Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba	Araçatuba
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos	São Carlos
Hospital Regional de Assis	Assis
Santa Casa de Barretos	Barretos
Hospital Estadual de Bauru	Bauru
Hospital Estadual de Sumaré	Sumaré
Hospital e Maternidade Celso Piero – Campinas	Campinas
Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca	Franca
Santa Casa de Limeira	Limeira
Hospital Regional Vale do Ribeira	Pariquera – Açu
Irmandade de Santa Casa de Misericórdia Mococa	Mococa
Santa Casa de Misericórdia de Itapeva	Itapeva
Hospital Universitário de Taubaté	Taubaté
Conjunto Hospitalar do Mandaqui;	São Paulo
Hospital Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera	São Paulo
Hospital Regional Sul	São Paulo
Hospital Municipal Tatuapé "Dr. Carmino Caricchio"	São Paulo
Hospital São Paulo	São Paulo
Hospital das Clínicas Radamés Nardini	Mauá
Hospital Geral de Guarulhos	Guarulhos
Hospital Municipal Mario Gatti	Campinas
Hospital das Clínicas Unidade I e Maternidade Inf. Fundação Municipal Ensino Superior de Marília	Marília
Hospital Guilherme Álvaro	Santos
Hospital Municipal José Carvalho Florence	São José dos
Conjunto Hospitalar de Sorocaba	Sorocaba
Instituto de Infectologia Emilio Ribas	São Paulo
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP	São Paulo
Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	São Paulo
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu -	Botucatu
Hospital das Clínicas da Unicamp	Campinas
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto	Ribeirão Preto
Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio	São José do Rio
Casa de Saúde Stella Maris	Caraguatatuba
Santa Casa de Fernandópolis	Fernandópolis

Fonte: São Paulo, 2016

### **3.2 População, amostra e critérios de inclusão e exclusão no estudo**

A população do estudo foi composta pelos coordenadores e profissionais atuantes nas equipes dos 41 NHE do Estado de São Paulo.

Os critérios de inclusão foram: estar atuando em NHE do Estado de São Paulo e ter idade igual ou superior a 18 anos. Constituíram critérios de exclusão: ter menos de seis meses de atuação no NHE – tempo que pode permitir conhecimento satisfatório da rotina do serviço - e não responder à solicitação eletrônica (e-mail) após cinco contatos.

Assim, a amostra do estudo foi composta por 34 (83,0%) coordenadores dos NHE, uma vez que os demais se recusaram a participar e por 22 profissionais atuantes nos serviços.

Todos os coordenadores foram convidados a participar do estudo e a amostra dos profissionais foi constituída a partir da solicitação ao coordenador que indicasse um profissional atuante no núcleo.

### **3.3 Referenciais de análise dos dados**

O referencial de avaliação adotado foi o proposto por Donabedian (1980) incluindo os componentes estrutura - referente aos recursos humanos - e processo.

Os referenciais teóricos adotados na análise dos dados foram as Portarias 183/2014 (BRASIL, 2014) e 204/2016 GM/MS (BRASIL, 2016), que regulamentam os NHE e o Guia de Vigilância Epidemiológica (SÃO PAULO, 2012).

### **3.4 Variáveis em estudo**

As variáveis empregadas para caracterização dos participantes da pesquisa foram sociodemográficas e relativas à formação (faixa etária: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69; sexo: masculino, feminino; escolaridade: médio completo, superior; formação, especialização: sim/não).

Para caracterização dos NHE empregou-se as seguintes variáveis relativas aos recursos humanos:

1. Relativas à equipe: número e carga horária de médicos, número e carga horária de enfermeiro, número e carga horária de oficial administrativo, outro profissional de nível superior: sim/não, qual; outro profissional de nível médio: sim/não, qual.

2. Características de formação e experiência em VE dos coordenadores dos NHE: (mestrado: sim/não, área; doutorado: sim/não, área; tempo de atuação em VE hospitalar: (<1, 1 a 4, 5 a 10, > 10 anos); trabalho anterior em VE que não Hospitalar (sim/não); serviços de VE que atuou anteriormente a VE Hospitalar (Municipal, grupo de vigilância epidemiológica, Estadual); tempo total de experiência em VE (<1, 1 a 4, 5 a 10, > 10 anos).
3. Características dos coordenadores dos NHE quanto carga horária de trabalho, capacitação e educação permanente: (Carga horária de trabalho: <20, 20 – 30, 31- 40 horas semanais; capacitação inicial para trabalhar em VE: sim/não; forma de capacitação: teórico-prático, apenas teórico; carga horária das capacitações iniciais: 20 – 30, 40 – 80, >80 horas); instituição que realizou capacitação inicial: própria equipe, VE municipal, GVE, coordenação estadual; recebe educação permanente: sim/não; periodicidade: mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual; instituição que realiza as atividades de educação permanente: própria equipe, VE municipal, GVE, estado; última atividade de educação permanente em VE: último mês, último bimestre, último trimestre, último semestre, último ano; instituição que realizou última atividade de EP: própria equipe, VE municipal, GVE, Estado).

As variáveis relativas ao processo foram:

1. Relacionadas à organização e gestão do processo de trabalho das equipes dos NHE: formas de busca ativa de casos de DNC; percentual de preenchimento das fichas de notificação pelo NHE; distribuição de frentes das DNC/agravos por profissionais: (sim/não); parceria do NHE com programas municipais de Saúde para o controle de DNC: (sim/não); reunião rotineira da equipe para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos: (sim/não); periodicidade de reunião para esclarecimento de dúvidas e discussão de caso: 1 vez por semana, quinzenalmente, mensalmente, bimensalmente, toda vez que necessário; equipe do NHE reúne-se com profissionais de unidades de atenção/internação para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos: (sim/não); meios utilizados para esclarecer dúvidas sobre os casos investigados: Contato telefônico, Email, Pessoalmente; Realiza escala de plantão: (não, presencial, a distância); há registro das ações empenhadas para que as notificações sejam realizadas (sim/não); possui instrumento que possibilita comparação do número de prontuários e/ou fichas de atendimento e/ou outras fontes de dados levantados

com o total de casos investigados (sim/não); interferência do recurso relativo ao incentivo financeiro sobre o processo de trabalho e percepção sobre o espaço físico, relações no trabalho, facilidades e dificuldades relativas ao processo de trabalho.

2. Atribuições desenvolvidas pelos NHE: VEH é realizada articulada com o NSP, CCIRAS e demais estruturas ou setores integrantes do SH que visem contribuir para qualificação do cuidado em saúde/vigilância das doenças e agravos: (sim/não); Promove em até 24 horas a notificação compulsória imediata de todos os casos e óbitos por doenças ou agravos identificados, segundo legislação vigente (sim/não); Realiza investigação complementar dos casos e óbitos hospitalizados já notificados por outros estabelecimentos de saúde, registrando-se a informação no instrumento ou sistema de informação: (sim/não); Elabora relatório trimestral com perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das doenças de NC, a ser encaminhado à SMS em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso (sim/não); realiza investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos de NC detectados no ambiente hospitalar, em articulação com SMS e SES, incluindo atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS: (sim/não); participa da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com SMS e SES: (sim/não) e participa da investigação dos óbitos infantis e fetais ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES: (sim/não).

Para a avaliação de estrutura e processo foram selecionados indicadores considerando-se o pressuposto de que a vigilância epidemiológica tem o propósito de fornecer orientação técnica permanente aos profissionais, sendo também responsável pela coleta de dados, processamento, análise e interpretação dos mesmos, bem como pela recomendação de medidas de prevenção e controle apropriadas, partindo de informações, as mais fidedignas possíveis, devendo estas, portanto, ser coletadas e buscadas ativamente em diversas fontes (São Paulo, 2012). Assim, parte-se do princípio de que, para o cumprimento destas ações, faz-se necessária equipe mínima, capacitada, com carga horária suficiente, tendo a sua



disposição recursos diversos para a busca e elucidação de casos e realizando suas práticas pautadas nas portarias vigentes, consideradas aqui, as Portarias 183/2014 GM/MS e 204/2016 GM/MS (BRASIL 2014; BRASIL 2016) e Guia de Vigilância Epidemiológica (São Paulo 2012).

Apresentam-se no Quadro 2 os indicadores de estrutura, considerando-se recursos humanos, segundo padrão empregado, parâmetro e pontuação do escore.

**Quadro 2.** Indicadores de estrutura, considerando-se recursos humanos, segundo padrão empregado, parâmetro e pontuação do escore. Botucatu, 2017-2018.

Componente	Critério	Indicador/ padrão empregado	Parâmetro	Pontuação Esperada	Pontuação de escores
<b>Recursos Humanos</b>	Recursos Humanos Suficientes	Cobertura do serviço por 20h semanais com ao menos 1 profissional de ensino superior e soma de mais um profissional de nível superior de acordo com porte de notificação (Padrão: Portaria 2.529/2004)	Ao menos 1 profissional de nível superior com carga horária de 20h semanais ou mais de 1 profissional de nível superior cuja soma das cargas horárias sejam de pelo menos 20h e adição de mais um profissional de nível superior para os serviços de médio porte e de dois profissionais para os serviços de grande porte.	1	1,0 = Contempla definições de indicador 0,0 = Não contempla definições de indicador
	Coordenador com pós-graduação	Coordenador do NHE com especialização profissional (Padrão: Portaria 183/2014)	Realização de Especialização em áreas afins à vigilância epidemiológica	1	1,0 = especialização em áreas relacionadas à vigilância epidemiológica 0,0 = sem especialização em áreas relacionadas à vigilância epidemiológica
	Experiência em VE	Tempo total de experiência em VE dos Coordenadores (Padrão: proposição da autora)	Tempo em anos	1	1,0 = Maior ou igual a 1 ano 0,0 = menos de 1 ano
	Capacitação e Educação Permanente	Coordenador com participação de atividades de educação permanente (Padrão: proposição da autora.)	Participação de atividades de educação permanente	2	2,0= participação de atividades de educação permanente pelo menos trimestralmente 1,5 = participação de atividades de educação permanente pelo menos semestralmente 0,5 = participação de atividades de educação permanente pelo menos anualmente 0,0 = sem participação de atividades de educação permanente

Estão apresentados no Quadro 3 os indicadores de processo, relativo ao cumprimento das atribuições dos NHE, segundo padrão empregado, parâmetro e pontuação do escore.

**Quadro 3.** Indicadores de processo, relativo ao cumprimento das atribuições dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, segundo padrão empregado, parâmetro e pontuação do escore. Botucatu, 2017-2018.

Componente	Critério	Indicador/padrão empregado	Parâmetro	Pontuação Esperada	Pontuação de Scores
Processo de trabalho	A VEH é realizada de modo articulado com o NSP, CCIRAS e demais estruturas ou setores integrantes do sistema hospitalar que visem contribuir para a qualificação do cuidado em saúde ou vigilância das doenças e agravos	Cumprimento da atribuição relacionada à Portaria 183/2014	Realização das atividades propostas	1,0	1,0 = Realização da atribuição esperada 0,0 = Ausência da realização da atribuição esperada
	Promove em até 24 horas a notificação compulsória imediata de todos os casos e óbitos por doenças ou agravos identificados, segundo legislação vigente Portaria 204/2016	Cumprimento da atribuição relacionada à Portaria 183/2014	Realização das atividades propostas	1,0	1,0 = Realização da atribuição esperada 0,0 = Ausência da realização da atribuição esperada
	Realiza investigação complementar dos casos e óbitos hospitalizados já notificados por outros estabelecimentos de saúde, registrando-se a informação no instrumento ou sistema de informação correspondente, quando disponível.	Cumprimento da atribuição relacionada à Portaria 183/2014	Realização das atividades propostas	1,0	1,0 = Realização da atribuição esperada 0,0 = Ausência da realização da atribuição esperada
	Elabora relatório trimestral com o perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das doenças de notificação compulsória, a ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso	Cumprimento da atribuição relacionada à Portaria 183/2014	Realização das atividades propostas	1,0	1,0 = Realização da atribuição esperada 0,0 = Ausência da realização da atribuição esperada
	Realiza a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos de notificação compulsória, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde e com a Secretaria Estadual de Saúde, incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS	Cumprimento da atribuição relacionada à Portarias 183/2014 e 204/2016	Realização das atividades propostas	1,0	1,0 = Realização da atribuição esperada 0,0 = Ausência da realização da atribuição esperada
	Participa da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil, ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES	Cumprimento da atribuição relacionada à Portaria 183/2014	Realização das atividades propostas	1,0	1,0 = Realização da atribuição esperada 0,0 = Ausência da realização da atribuição esperada
	Participa da investigação dos óbitos infantis e fetais ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES	Cumprimento da atribuição relacionada à Portaria 183/2014	Realização das atividades propostas	1,0	1,0 = Realização da atribuição esperada 0,0 = Ausência da realização da atribuição esperada

Apresentam-se no Quadro 4 os indicadores de processo, considerando-se a organização e gestão do processo de trabalho dos Núcleos Hospitalares de epidemiologia, segundo padrão empregado, parâmetro e pontuação do escore.

**Quadro 4.** Indicadores de processo, considerando-se a organização e gestão do processo de trabalho dos Núcleos Hospitalares de epidemiologia, segundo padrão empregado, parâmetro e pontuação do escore. Botucatu, 2017-2018.

Componente	Critério	Indicador/padrão empregado	Parâmetro	Pontuação Esperada	Pontuação de Scores
Organização e processo de trabalho	Busca ativa de agravos de notificação compulsória	Realização das práticas mais comuns de busca ativa de agravos de notificação compulsória (triagem de fichas do Pronto Socorro, triagem de exames laboratoriais, triagem de óbitos por doenças infecciosas. (Padrão: Guia VE (SÃO PAULO,2018) adaptado)	Realização de busca ativa de DNC de forma diversificada	1,0	1,0 = prática dos 3 tipos de busca ativa elencados 0,5 = prática de pelo menos 2 tipos de busca ativa elencados 0,0 = prática de 1 tipo de busca ativa elencado ou sem prática de nenhum dos 3 tipos de busca elencados.
	Busca Passiva de agravos de notificação compulsória	Indicação de identificação de casos por busca passiva (Padrão: Guia VE (SÃO PAULO,2018) adaptado)	Presença de busca passiva de DNC	1,0	1,0 = existência de identificação de caso por busca passiva 0,0 = sem evidência de identificação de caso por busca passiva
	Reunião de equipe para elucidação de caso	Realização de reunião rotineira da equipe para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos (Padrão: proposição da autora)	Realização de reunião rotineira da equipe para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos	1,0	1,0 reunião rotineira da equipe para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos mensalmente e/ou toda vez que necessário 0,5 reunião rotineira da equipe para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos com outra periodicidade 0,0 = sem reunião rotineira da equipe para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos
	Reunião com profissionais da assistência para elucidação de caso	Realização de reunião com profissionais de unidades de atenção/internação para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos. (Padrão: proposição da autora)	Realização de reunião com profissionais de unidades de atenção/internação para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos	1,0	1,0 = reunião com profissionais de unidades de atenção /internação para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos 0,0 = sem reunião com profissionais de unidades de atenção /internação para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos

### 3.5 Coleta dos dados

Os dados foram obtidos por meio de questionários online (Apêndices 1 e 2) elaborados para o presente estudo com a finalidade de alcançar a avaliação proposta, com base nas Portarias 183 de 2014 (BRASIL, 2014) e 204/2016 GM/MS (BRASIL, 2016). Ambos os questionários foram previamente testados em fase piloto por dois ex-coordenadores de NHE e três profissionais com vivência na área de vigilância epidemiológica, não participantes da pesquisa e as sugestões para sua adequação foram consideradas.

O questionário aplicado aos coordenadores (Apêndice 1) incluiu questões relativas à sua formação e experiência na área, capacitação e educação permanente, componentes da equipe de trabalho; formação e educação permanente da equipe e processo de trabalho no NHE. Para os profissionais foram abordados dados sobre formação e experiência na área, capacitação e educação permanente e processo de trabalho no NHE (Apêndice 2).

A abordagem dos participantes da pesquisa se deu inicialmente por contato telefônico com os coordenadores dos NHE para apresentação rápida dos objetivos, forma de participação na pesquisa e confirmação de e-mail. Posteriormente, foi encaminhado convite do pesquisador (Apêndice 3), via e-mail, com os *links* para acesso aos questionários online a serem preenchidos tanto pelo coordenador do NHE, quanto por um profissional do serviço, por este designado.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices 4 e 5) encontravam-se vinculados aos questionários online, sendo seu preenchimento permitido apenas após indicação de aceite de participação na pesquisa.

A listagem dos e-mails para envio do convite para participação na pesquisa foi obtida no site do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” da Secretaria de Estado da Saúde no endereço:

[http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/institucional/nhe16\\_reveh.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/institucional/nhe16_reveh.pdf)

### 3.6 Análise dos dados

Para a análise dos dados os NHE foram categorizados de acordo com porte de notificação em pequenos notificadores, médios notificadores e grandes notificadores. Tal categorização deu a partir da divisão do número de notificações produzidas pelo núcleo no ano de 2016 (dado fornecido pelo Centro de Vigilância Epidemiológica “Profº Alexandre Vranjac”), pelo número de leitos existentes no serviço em que este se encontra situado, de acordo com as informações dispostas no site do datasus: [www.cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp](http://www.cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp).

Foram considerados pequenos notificadores aqueles que obtiveram razão número total de notificações/número de leitos entre 0 a 4,9; médios notificadores aqueles entre 5,0 e 9,9 e grandes notificadores os que obtiveram razão maior que 10,0.

A análise de estrutura e processo foi realizada em duas etapas: na primeira as variáveis foram apresentadas descritivamente e na segunda, os NHE receberam um escore de classificação e de acordo com a pontuação alcançada, foi empregado o julgamento de valor dividido em três estratos: adequado, parcialmente adequado e inadequado.

Na composição do escore de estrutura cada um dos 5 indicadores selecionados recebeu uma pontuação, conforme apresentado no Quadro 2. O escore máximo para a estrutura foi de 5 pontos, assim, os NHE que tiveram pontuação compreendida no 1º tercil foram classificados como inadequados; 2º tercil, parcialmente adequados e 3º tercil, adequados.

Não foi possível fazer uma análise única de processo, considerando conjuntamente os aspectos analisados, devido o fato de que alguns deixaram de responder algumas questões referentes aos indicadores.

Para a composição do escore de processo, referente ao cumprimento de atribuições esperadas para os NHE cada um dos 7 indicadores selecionados recebeu um ponto, com escore máximo de 7 pontos. Desta forma, aqueles cuja pontuação estava compreendida dentro do 1º tercil foram classificados como inadequados; bem como os com pontuação compreendida no 2º tercil como parcialmente adequados e no 3º tercil, adequado.

Da mesma forma, a composição do escore de processo, referente à organização e gestão do processo de trabalho, cada um dos 4 indicadores recebeu pontuação,

conforme Quadro 4, com escore máximo de 4 pontos. Os NHE cuja pontuação estava compreendida dentro do 1º tercil foram classificados como inadequados; bem como os com pontuação compreendida no 2º tercil como parcialmente adequados e no 3º tercil, adequado.

As respostas das questões abertas referentes às percepções dos participantes sobre espaço físico de trabalho, relações internas e externas, facilidades e dificuldades e interferência do recurso relativo ao incentivo financeiro relacionadas no processo de trabalho foram categorizadas segundo seus núcleos de sentido e apresentadas por suas frequências absolutas e percentuais.

Os dados foram codificados e lançados em uma planilha no programa Excell® e analisados por estatística descritiva.

### **3.7 Procedimentos éticos**

O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado pela Divisão de Desenvolvimento em Métodos de Pesquisa e Capacitação em Epidemiologia – Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” do Estado de São Paulo (Anexo 1) e posteriormente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP, parecer número 1.758.279/2016 (Anexo 2).

Todos os participantes deste estudo foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos e forma de participação. A declaração de aceite em relação à participação da pesquisa foi declarada, para os que aceitaram, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, vinculado ao preenchimento do questionário *online*. A permissão para o preenchimento eletrônico do questionário deu-se somente após a indicação de concordância com a participação da pesquisa.

Foi garantido o sigilo em relação a identidade dos participantes, tendo sido os NHE participantes codificados por letras do alfabeto para a apresentação dos resultados.

Este estudo seguiu as normas preconizadas pela Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde, relativa à pesquisa envolvendo seres humanos e tendo sido iniciado apenas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

## 4. RESULTADO

### 4.1 Características dos participantes do estudo

Dentre os 34 coordenadores participantes do estudo, predominam profissionais do sexo feminino (73,5%) e na faixa etária de 30 a 59 anos (64,7%). A totalidade deles tinha ensino superior completo e especialização, 32,4% (Tabela 1). Quanto às áreas de especialização afins à VE, as mais prevalentes foram Infectologia e Saúde pública (26,5% e 23,5%, respectivamente).

Entre os 22 profissionais atuantes nos NHE incluídos no estudo, predominam as mulheres (77,3%), na faixa etária de 30 a 59 anos de idade (81,8%), com ensino superior completo (95,5%) e especialização (90,9%). As categorias profissionais mais prevalentes foram: enfermeiro (68,3%) e médico (18,2%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico e de formação dos coordenadores e de profissionais atuantes nos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017.

Variáveis	Coordenadores (n=34)		Profissionais (n=22)	
	n	%	n	%
<b>Faixa etária</b>				
20 - 29	1	3,0	3	13,7
30 - 39	7	20,6	8	36,4
40 - 49	7	20,6	5	22,7
50 - 59	8	23,5	5	22,7
60 - 69	11	32,3	1	4,5
<b>Sexo</b>				
Masculino	9	26,5	5	22,7
Feminino	25	73,5	17	77,3
<b>Escolaridade</b>				
Médio completo	0	0,0	1	4,5
Superior	34	100,0	21	95,5
<b>Formação</b>				
Enfermeiro	12	35,3	15	68,3
Médico	22	64,7	4	18,2
Biomédico	0	0,0	1	4,5
Assistente administrativo	0	0,0	1	4,5
Farmacêutico	0	0,0	1	4,5
<b>Especialização</b>				
Sim	34	100,0	20	90,9
Não	0	0,0	2	9,1



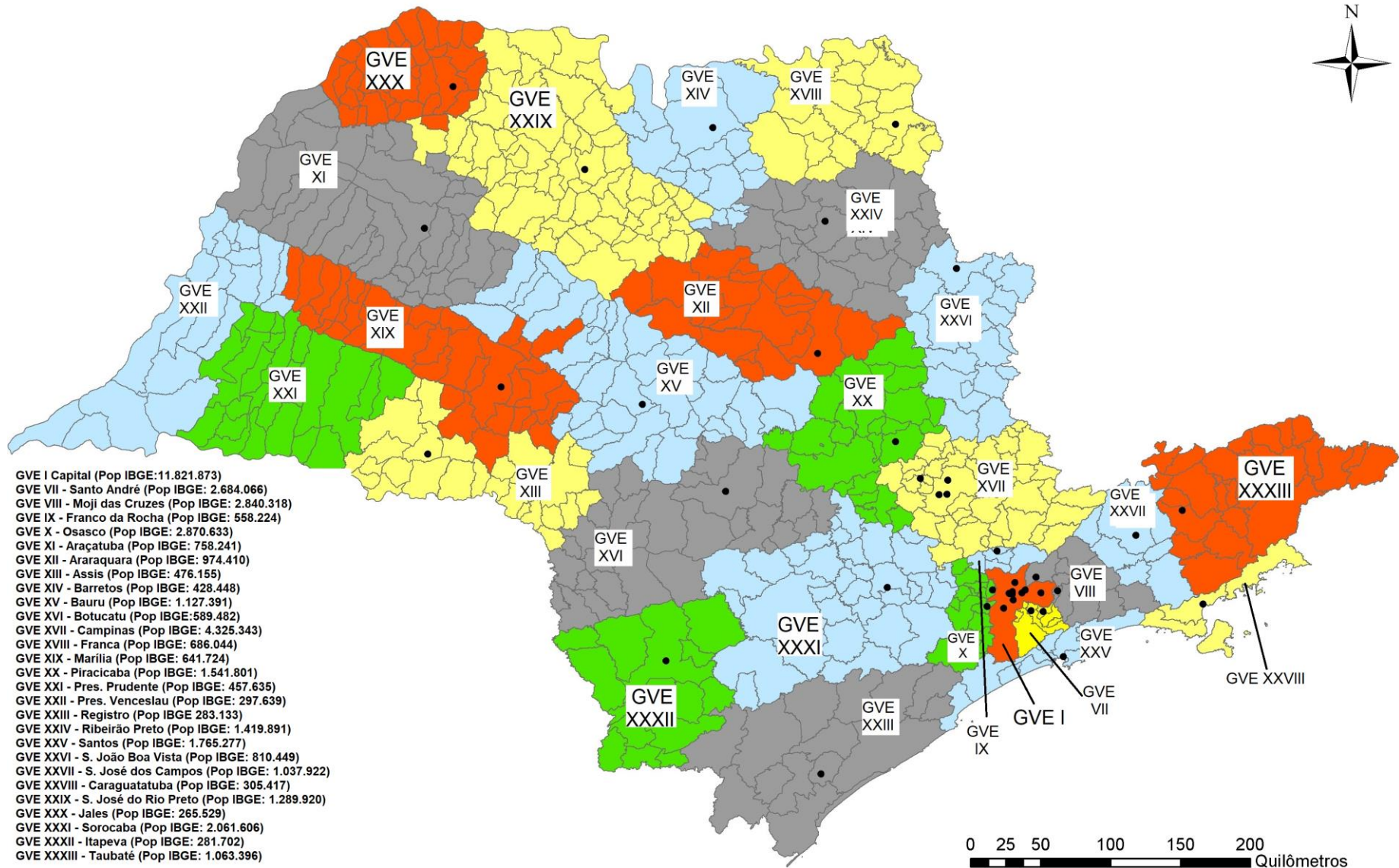
## **4.2 Distribuição dos NHE por GVE e classificação por porte de notificação**

As análises incluíram 34 (83,0%) dos 41 NHE do Estado de São Paulo.

A figura 1 apresenta a distribuição dos NHE do Estado de São Paulo pelos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE).

Observam-se uma maior concentração de NHE nos GVEs localizados na capital, GVE XVII - Campinas, GVE VII - Santo André, GVE VIII - Moji das Cruzes e GVE X - Osasco, coerente com o número de habitantes pertencente a região de saúde. Quanto aos demais GVEs, observa-se a presença de pelo menos um NHE em cada um, com exceção do GVE XXI (Presidente Prudente) e XXII (Presidente Venceslau), que apesar de abrangência significativa de municípios visualmente, não possui nenhum NHE instalado em sua região (Figura 1).

**Figura 1. Distribuição dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, segundo Grupo de Vigilância Epidemiológica, São Paulo 2018.**



A classificação dos NHE, segundo o porte de notificação, e a participação dos mesmos, de acordo com a sua categoria neste estudo, está apresentada no Quadro 5.

A maioria (79,4%) dos NHE incluídos no estudo eram notificadores de pequeno porte, 5 (14,7%) de médio e 2 (5,9%) de grande porte (Quadro 5).

**Quadro 5.** Classificação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) do Estado de São Paulo, segundo o porte de notificação. Botucatu, 2017 -2018.

<b>NOTIFICADORES DE PEQUENO PORTE</b>		
Casa de Saúde Stella Maris		
Centro Hospitalar do Município de Santo André;		
Conjunto Hospitalar Mandaqui		
Conjunto Hospitalar Sorocaba		
Faculdade de Medicina Ribeirão		
Faculdade de Medicina da USP		
Fundação Civil Santa Casa de Misericórdia de Franca		
HC Radames Nardini Maua		
HC UNICAMP		
Hospital Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera		
Hospital das Clínicas Unidade I e Maternidade Inf. Fundação Municipal Ensino Superior de Marília;		
Hospital de Base da Faculdade de São Jose Rio Preto		
Hospital e Maternidade Celso Piero – Campinas		
Hospital Estadual de Bauru		
Hospital Estadual de Sumaré		
Hospital Estadual Prof. Carlos Lacaz-Francisco Morato		
Hospital Geral de Pirajussara		
Hospital Geral Guarulhos		
Hospital Guilherme Álvaro		
Hospital Infantil Candido Fontoura		
Hospital Mario Gatti		
Hospital Municipal Antonio Giglio – Osasco		
Hospital Municipal Infantil Menino Jesus		
Hospital Regional de Assis		
Hospital Regional Ferraz Vasconcelos		
Hospital Regional Sul		
Hospital Regional Vale do Ribeira		
Hospital Universidade de Taubaté		
Irmandade Santa Casa de Misericórdia Mococa		
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos		
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo		
Santa Casa de Barretos		
Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba		
Santa Casa Misericórdia de Itapeva		
<b>Participantes desta categoria</b>	<b>27/34</b>	<b>79,4%</b>
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>82,9%</b>
<b>NOTIFICADORES DE MÉDIO PORTE</b>		
HC Unesp Botucatu		
Hospital Municipal José Carvalho Florence – São José dos Campos		
Hospital Municipal Tatuapé "Dr. Carmino Caricchio		
Santa Casa de Limeira		
Santa Casa de Fernandópolis		
<b>Participantes desta categoria</b>	<b>5/5</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>12,2%</b>
<b>NOTIFICADORES DE GRANDE PORTE</b>		
Hospital Emílio Ribas		
Hospital São Paulo		
<b>Participantes desta categoria</b>	<b>2/2</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,9%</b>

HC=Hospital das Clínicas

## 4.3 Recursos Humanos

### 4.3.1 Composição das equipes dos NHE por categoria profissional

A Tabela 2 apresenta a composição das equipes dos NHE, segundo o porte de notificação.

Observou-se que a maioria dos NHE (32/34) possuía enfermeiro, médico (29/34) e oficial administrativo ou outro profissional de nível médio (28/34) em sua equipe. Entretanto, destaca-se que cinco NHE não possuíam médico, dois deles não contavam com enfermeiros e três não tinham nem oficial administrativo e nem outro profissional de nível médio. Os outros profissionais de nível superior que integravam as equipes dos NHE foram: Biólogo, Biomédico, Sociólogo e Farmacêutico e as categorias de nível médio incluíram: Técnico e Auxiliar de Enfermagem, Visitador Sanitário, Técnico e Auxiliar de laboratório e Auxiliar de serviços (Tabela 2).

Dentre os NHE de pequeno porte de notificação, dois não contavam com médico na equipe (A9 e A23) e dois não contavam com enfermeiros (A3 e A19). A mediana da carga horária do profissional médico neste grupo foi de 24 horas (0-132), do enfermeiro de 40 (0-200) e do oficial administrativo de 40 (0-80) (Tabela 2).

Quanto aos NHE notificadores de médio porte, três não contavam com médico na equipe (B1, B2 e B4), todos contavam com enfermeiro e dois não possuíam oficial administrativo ou outro profissional de nível médio (B1 e B2). A mediana da carga horária do médico foi zero horas (0-60), do enfermeiro foi 60 (20-200) e do oficial administrativo foi 40 (0-80) (Tabela 2).

Todos os NHE de grande porte de notificações contavam com médico e enfermeiro e oficial administrativo ou outro profissional de nível médio na equipe. A mediana da carga horária do médico foi 61 horas (30-92), do enfermeiro foi 45 horas (30-60) e do oficial administrativo foi 40 horas (0-80) (Tabela 2).

Considerando-se as cargas horárias totais dos profissionais médicos e enfermeiros, observou-se que nos NHE pequenos notificadores a carga horária dos enfermeiros ultrapassou em 23,3% a dos médicos, naqueles de médio porte esta foi quatro vezes superior, ao passo que nos grandes notificadores a carga horária dos enfermeiros foi cerca de um terço menor do que a dos médicos (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição dos recursos humanos por categoria profissional, segundo o porte de notificação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017 - 2018

NHE	Médico	Carga Horária total da categoria (horas)	Enfermeiro	Carga Horária total da categoria (horas)	Oficial Adm.	Carga Horária total da categoria (horas)	Outro Profissional* (nível superior)	Outro Profissional* (nível médio)
<b>Notificador de Pequeno Porte</b>								
A1	2	60	1	30	1	40	Não	Não
A2	2	40	2	60	1	40	Não	Sim
A3	1	24	0	0	0	0	Sim	Sim
A4	1	20	1	30	1	40	Não	Não
A5	1	20	1	40	0	0	Não	Sim
A6	2	80	1	30	1	40	Não	Não
A7	2	60	5	150	1	40	Não	Não
A8	3	60	1	40	1	30	Não	Sim
A9	0	0	1	40	1	40	Não	Sim
A10	2	48	1	30	1	40	Não	Sim
A11	4	80	1	30	0	0	Não	Não
A12	1	20	1	40	1	40	Não	Não
A13	1	20	3	60	1	20	Não	Sim
A14	1	20	2	60	2	70	Sim	Sim
A15	6	132	1	30	2	70	Não	Sim
A16	2	60	2	80	0	0	Não	Sim
A17	2	40	3	90	0	0	Não	Não
A18	1	20	1	40	1	40	Sim	Sim
A19	1	19	0	0	0	0	Sim	Não
A20	1	20	1	40	1	40	Sim	Não
A21	1	20	1	40	1	40	Não	Sim
A22	1	40	1	40	2	80	Não	Sim
A23	0	0	1	30	0	0	Não	Sim
A24	1	20	1	30	1	40	Não	Não
A25	1	40	1	30	0	0	Não	Sim
A26	1	30	5	200	2	80	Não	Sim
A27	1	20	1	30	1	30	Sim	Sim
<b>Mediana (Mínimo-Máximo)</b>		24 (0-132)		40 (0-200)		40 (0-80)		
<b>TOTAL</b>	42	1013	40	1320	23	860		
<b>Notificador de Médio Porte</b>								
B1	0	0	1	20	0	0	Não	Não
B2	0	0	1	40	0	0	Não	Não
B3	2	60	5	200	1	40	Não	Sim
B4	0	0	2	60	1	40	Não	Sim
B5	1	40	2	80	2	80	Não	Sim
<b>Mediana (Mínimo-Máximo)</b>		0 (0-60)		60 (20-200)		40 (0-80)		
<b>TOTAL</b>	3	100	11	400	4	160		
<b>Notificador de Grande Porte</b>								
C1	4	92	2	60	2	80	Não	Sim
C2	1	30	1	30	0	0	Não	Sim
<b>Mediana (Mínimo-Máximo)</b>		61 (30-92)		45 (30-60)		40 (0-80)		
<b>TOTAL</b>	5	122	3	90	2	80		
<b>Total gera</b>	50	1235	54	1810	29	1100		

\*Biomédico; Sociólogo; Biólogo; Farmacêutico. \*\*Auxiliar de laboratório; Técnico de laboratório; Técnico Enfermagem; Auxiliar de Enfermagem; Auxiliar de serviços; Visitador Sanitário

#### 4.3.2 Características dos coordenadores dos NHE

Considerando-se as características de formação dos coordenadores, 32,4% deles tinham mestrado e 26,5% doutorado (Tabela 3). As áreas de mestrado foram Saúde Coletiva/Medicina Preventiva/ Epidemiologia, Medicina Tropical/Doenças Infecciosas e Parasitárias (27,3%, 18,2%, respectivamente) e as de Doutorado, Medicina Preventiva/ Epidemiologia, Controle de Infecção hospitalar, Doenças Infecciosas e Parasitárias (33,3%, 11,1% e 11,1%, respectivamente) (dados não mostrados em tabela).

Os coordenadores eram médicos (64,7%) ou enfermeiros (25,3%) (Tabela 1).

Quanto à experiência dos coordenadores em vigilância epidemiológica, observou-se quanto aos NHE de pequeno porte de notificação que a maioria tinha mais de 10 anos de atuação na VE hospitalar (59,3%), quase a metade deles (48,1%) havia trabalhado em serviços de VE não hospitalar anteriormente nas instâncias estaduais na maioria das vezes (53,8%). Quanto aos NHE de médio porte de notificação 60% tinha atuado em VE hospitalar de 5 a mais de 10 anos, a maioria tinha atuado em instâncias de vigilância epidemiológica não hospitalar (80%) distribuídos entre os serviços municipais (75%) e GVE (25%). Quanto aos notificadores de grande porte, a metade tinha mais de 10 anos de atuação em VE hospitalar e a totalidade deles não tinha trabalhado anteriormente em serviço de vigilância epidemiológica não hospitalar. Quanto ao tempo total de experiência com vigilância epidemiológica, a maioria dos NHE de pequeno (63%) e médio (80%) porte tinham mais de 10 anos de experiência, assim como a metade dos serviços de grande porte (Tabela 3).

**Tabela 3.** Formação e experiência profissional em vigilância epidemiológica dos coordenadores dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017-2018.

Variáveis	Porte de Notificação							
	Pequeno (n=27)		Médio (n=5)		Grande (n=2)		Total (n=34)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Mestrado</b>								
Sim	9	33,3	2	40,0	0	0,0	11	32,4
Não	18	66,7	3	60,0	2	100,0	23	67,6
<b>Doutorado</b>								
Sim	7	25,9	2	40,0	0	100,0	9	26,5
Não	20	74,1	3	60,0	2	100,0	25	73,5
<b>Tempo de atuação em VE hospitalar (anos)</b>								
< 1	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	2,9
1 a 4	4	14,8	2	40,0	1	50,0	7	20,6
5 a 10	6	22,2	1	20,0	0	0,0	7	20,6
>10	16	59,3	2	40,0	1	50,0	19	55,9
<b>Trabalho anterior em VE que não Hospitalar</b>								
Sim	13	48,1	4	80,0	0	0,0	17	50,0
Não	14	51,9	1	20,0	2	100,0	17	50,0
<b>Serviços de VE que atuou anteriormente a VE Hospitalar*</b>								
Municipal	5/13	38,5	3/4	75,0	-	-	8/17	47,0
GVE	2/13	15,4	1/4	25,0	-	-	3/17	17,6
Estadual	7/13	53,8	0/4	0,0	-	-	7/17	41,2
<b>Tempo total de experiência em VE</b>								
<1	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	2,9
1 – 4	2	7,4	0	0,0	1	50,0	3	8,8
5-10	7	25,9	1	20,0	0	0,0	8	23,6
>10	17	63,0	4	80,0	1	50,0	22	64,7

VE=Vigilância Epidemiológica. \* Variável admitiu mais de uma alternativa

Apresentam-se na Tabela 4 a carga horária de trabalho, capacitação e educação permanente dos coordenadores.

A maior parte dos coordenadores dos NHE de pequeno (48,2%) e médio porte (80%) possuíam carga horária de trabalho de 20 a 30 horas, bem como declararam possuir capacitação inicial para trabalhar em VE (63% e 60%, respectivamente) de forma teórico prática (82,4% e 66,7%, respectivamente), sendo esta com carga horária de mais de 80 horas para a maioria dos NHE de pequeno porte (52,9%) e para um terço dos NHE de médio porte. No entanto, 41,2% dos coordenadores

participantes declararam não ter recebido capacitação inicial para trabalhar em VE, com destaque para a totalidade dos coordenadores dos NHE de grande porte de notificação. (tabela 4)

As capacitações iniciais foram realizadas em sua maioria pela Coordenadoria Estadual para os NHE de pequeno porte (52,9%) e pela Vigilância municipal para os de médio porte (66,7%). Quanto aos NHE de grande porte, a totalidade destes declarou possuir carga horária de mais de 30 horas semanais, mas não possuíam capacitação inicial para trabalhar em VE (Tabela 4).

Quanto às práticas de educação permanente, a maioria dos coordenadores dos NHE de pequeno (66,7%) e médio (60%) porte declararam participar de educação permanente, bem como a metade dos coordenadores dos NHE de grande porte (Tabela 4).

Quanto à periodicidade de educação permanente, esta se apresentou de forma diversa, sendo que pelo menos um terço dos coordenadores dos NHE de pequeno e médio porte declarou participação mensal. Dos coordenadores dos NHE de grande porte que declararam participação em tal atividade, a totalidade relatou periodicidade anual (Tabela 4).

Quanto ao período de participação da última atividade de educação permanente mais evidenciado, este havia se dado no último ano para 33,3% dos coordenadores dos NHE de pequeno porte e no último mês para 26% deles. Realizadas pela Coordenadoria do Estado (52,9%) e GVE (29,4%) (Tabela 4).

Quanto aos coordenadores dos NHE de médio porte, parte expressiva destes (40%) declarou ter participado de educação permanente no último mês, realizada em sua maioria pelo GVE (60%). Quanto aos coordenadores dos NHE de grande porte, metade destes havia participado de educação permanente no último ano e metade no último mês, sendo estas realizadas pela Coordenadoria Estadual, GVE e VE municipal aparentemente em conjunto (Tabela 4).



**Tabela 4.** Carga horária de trabalho, capacitação e educação permanente dos coordenadores dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017-2018.

Variáveis	Porte de notificação							
	Pequeno (n=27)		Médio (n=5)		Grande (n=2)		Total (n=34)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Carga horária de trabalho</b>								
<20	7	25,9	0	0,0	0	0,0	7	20,6
20 – 30	13	48,2	4	80,0	0	0,0	17	50,0
31- 40	7	25,9	1	20,0	2	100,0	10	29,4
<b>Capacitação inicial para trabalhar em VE</b>								
Sim	17	63,0	3	60,0	0	0,0	20	58,8
Não	10	37,0	2	40,0	2	100,0	14	41,2
<b>Forma de capacitação</b>								
Teórico-prático	14/17	82,4	2/3	66,7	-	-	16/20	80,0
Apenas teórico	3/17	17,6	1/3	33,3	-	-	4/20	20,0
<b>Carga horária das capacitações iniciais</b>								
20 – 30horas	5/17	29,4	0/3	0,0	-	-	5/20	25,0
40 – 80 oras	1/17	5,9	1/3	33,3	-	-	2/20	10,0
>80h	9/17	52,9	1/3	33,3	-	-	10/20	50,0
Sem resposta	2/17	11,8	1/3	33,3	-	-	3/20	15,0
<b>Instituição que realizou capacitação inicial*</b>								
Própria equipe	4/17	25,5	0/3	0,0	-	-	4/20	20,0
VE municipal	2/17	11,8	2/3	66,7	-	-	4/20	20,0
GVE	5/17	29,4	0/3	0,0	-	-	5/20	25,0
Coordenação estadual	9/17	52,9	1/3	33,3	-	-	10/20	50,0
<b>Recebe EP</b>								
Sim	18	66,7	3	60,0	1	50,0	22	64,7
Não	9	33,3	2	40,0	1	50,0	12	35,3
<b>Periodicidade de EP</b>								
Mensal	6/18	33,3	1/3	33,3	0/1	0,0	7/22	31,8
Bimestral	4/18	22,2	1/3	33,3	0/1	0,0	5/22	22,7
Trimestral	2/18	11,1	0/3	0,0	0/1	0,0	2/22	9,0
Semestral	5/18	27,8	1/3	33,3	0/1	0,0	6/22	27,3
Anual	1/18	5,5	0/3	0,0	1/1	100,0	2/22	9,0
<b>Instituição que realiza as atividades de EP</b>								
Própria equipe	2/18	11,1	1/3	33,3	1/1	100,0	4/22	18,2
VE municipal	9/18	50,0	2/3	66,7	1/1	100,0	12/22	54,5
GVE	9/18	50,0	2/3	66,7	1/1	100,0	12/22	54,5
Estado	12/18	66,7	2/3	66,7	0/1	0,0	14/22	63,6
<b>Última atividade de EP em VE</b>								
Último mês	7	26,0	2	40,0	1	50,0	10	29,4
Último bimestre	6	22,2	1	20,0	0	0,0	7	20,6
Último trimestre	2	7,4	1	20,0	0	0,0	3	8,8
Último Semestre	3	11,1	0	0,0	0	0,0	3	8,8
Último ano	9	33,3	1	20,0	1	50,0	11	32,3
<b>Instituição que realizou última atividade de EP</b>								
Própria equipe	3	11,1	1	20,0	0	0,0	4	11,8
VE Municipal	7	26,0	2	40,0	1	50,0	10	29,4
GVE	7	26,0	3	60,0	1	50,0	11	32,3
Estado	11	40,8	2	40,0	1	50,0	14	41,2

EP=Educação permanente; VE =Vigilância Epidemiológica. \*Variável admitiu mais de uma resposta

## 4.4 Processo

### 4.4.1 Organização e gestão do processo de trabalho das equipes dos NHE

Para as questões relativas ao processo de trabalho das equipes dos NHE incluíram-se as respostas de 31 coordenadores, uma vez que três não responderam as questões referentes a esta temática.

A Tabela 5 dispõe as formas de identificação das doenças e agravos de notificação compulsória e responsabilidade pelo preenchimento das fichas de investigação epidemiológica.

A totalidade dos NHE realizava busca ativa de casos de doenças e agravos de notificação compulsória, sendo os procedimentos mais empregados: visita às unidades de internação (90,3%), triagem de fichas de atendimento do PS (87,0%), triagem de exames laboratoriais (96,8%), busca ativa de óbitos infantis (83,9%), busca ativa de óbitos por doenças infecciosas (90,3%) e busca ativa na farmácia hospitalar por dispensação de medicação para tratamento de doença de notificação compulsória (77,4%). A busca ativa por meio de contato telefônico com as unidades de internação, óbitos por DNC identificados pelo SVO e dentre os casos examinados no serviço de anatomia patológica foram os menos citados (51,6%, 51,6% e 45,1%, respectivamente) (Tabela 5).

Outras formas de identificação de casos citadas foram: recebimento de notificação de profissionais de outros setores do hospital (87,0%), recebimento de relatórios do laboratório (80,6%) e recebimento de notificações de municípios (74,2%). Entretanto, 90,0% ou mais dos preenchimentos das fichas de investigação epidemiológica eram realizados pelos próprios profissionais dos núcleos (77,4%) (Tabela 5).

A totalidade dos NHE de médio e grande porte de notificação realizava triagem de fichas de atendimento do Pronto Socorro, de óbitos infantis e fetais, de óbitos por doenças infecciosas, de dispensação de medicamentos relacionados a doenças de notificação compulsória e visitas às unidades de internação. Por outro lado, os notificadores de pequeno porte recebiam mais notificações de profissionais de outros setores e relatórios dos laboratórios do que os demais NHE (Tabela 5).

**Tabela 5.** Formas de identificação das doenças e agravos de notificação compulsória e responsabilidade pelo preenchimento das fichas de investigação epidemiológica. Botucatu, 2017 – 2018.

Variáveis	Porte de notificação do NHE							
	Pequeno (n=25)		Médio (n=4)		Grande (n=2)		Total (n=31)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Busca ativa de casos de DNC</b>								
CID* dos prontuários	15	60,0	3	75,0	1	50,0	19	61,3
Fichas de atendimento do PS	21	84,0	4	100,0	2	100,0	27	87,0
Exames Laboratoriais	24	96,0	4	100,0	2	100,0	30	96,8
Óbitos maternos*	15	60,0	3	75,0	2	100,0	20	64,5
Óbitos fetais*	14	56,0	3	75,0	1	50,0	18	58,0
Óbitos infantis	20	80,0	4	100,0	2	100,0	26	83,9
Óbitos de mulher em idade fértil	16	64,0	4	100,0	2	100,0	22	71,0
Óbitos por doenças infecciosas	22	88,0	4	100,0	2	100,0	28	90,3
Óbitos por causas mal definidas	14	56,0	3	75,0	1	50,0	18	58,0
Visita ao PS **	22	88,0	4	100,0	2	100,0	28	90,3
Visita às UTIs **	22	88,0	4	100,0	2	100,0	28	90,3
Visita às enfermarias**	22	88,0	4	100,0	2	100,0	28	90,3
Contato telefônico com unidades de internação	11	44,0	4	100,0	1	50,0	16	51,6
Dispensação de medicação para tratamento de DNC na farmácia hospitalar	18	72,0	4	100,0	2	100,0	24	77,4
Casos na patologia***	10	40,0	3	75,0	1	50,0	14	45,1
Óbitos por DNC identificados pelo SVO***	13	52,0	2	50,0	1	50,0	16	51,6
Recebimento de notificação dos profissionais dos setores	23	92,0	3	75,0	1	50,0	27	87,0
Recebimento de relatórios do laboratório	21	84,0	3	75,0	1	50,0	25	80,6
Recebimento de notificação de municípios	19	76,0	3	75,0	1	50,0	23	74,2
<b>% de preenchimento das Fichas de Notificação pelo NHE</b>								
80	3	12,0	0	0,0	0	0,0	3	9,7
90   95	4	16,0	1	25,0	0	0,0	5	16,1
95   100	14	56,0	3	75,0	2	100,0	19	61,3

PS=pronto socorro. DNC=doença de notificação compulsória. SVO=serviço de verificação de óbito. UTI=unidade de terapia intensiva. \* Alguns locais não possuíam maternidade; \*\* Permite mais de uma resposta.\*\*\* Alguns locais não possuíam serviço de patologia

Apresentam-se na Tabela 6 outros aspectos relacionados à Organização e gestão do processo de trabalho das equipes dos NHE do Estado de São Paulo.

Na maioria (74,2%) dos NHE todos os profissionais respondiam pela investigação de todas as doenças e agravos de notificação compulsória sem distribuição dos casos entre os membros da equipe, a exceção de metade dos serviços de maior porte (Tabela 6).

A maioria dos NHE tinha parceria com programas municipais para controle de DNC (64,5%), suas equipes reuniam-se rotineiramente para discussão de

casos (77,4%), sempre que necessário (75,0%) ou mensalmente (25,0%), assim como com profissionais de unidades de atenção/internação para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos (80,6%) e a forma para o esclarecimento de dúvidas sobre os casos investigados mais utilizada era o contato telefônico (87,0%). A maioria dos NHE não fazia plantão (67,8%), 16,1% o realizavam presencialmente e 16,1% à distância (Tabela 6).

Sobre a gestão do processo de trabalho, 45,2% dos NHE não possuía instrumento que possibilitasse a comparação entre o número de prontuários e/ou fichas de atendimentos e/ou outras fontes de dados levantados e o total de notificações produzidas. Entretanto, a maioria (58,1%) registrava as ações empenhadas para a realização das notificações (Tabela 6).

**Tabela 6.** Organização e gestão do processo de trabalho das equipes dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017 – 2018.

Variáveis	Porte de notificação							
	Pequeno (n = 25*)		Médio (n=4*)		Grande (n=2)		Total (n=31)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Não há distribuição de frentes das DNC/agravos por profissionais*</b>	20	80,0	2	50,0	1	50,0	23	74,2
<b>Há parceria do NHE com programas municipais de Saúde para o controle de DNC</b>	15	60,0	4	100,0	1	50,0	20	64,5
<b>Há reunião rotineira da equipe para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos</b>	19	76,0	3	75,0	2	100,0	24	77,4
<b>Periodicidade de reunião para esclarecimento de dúvidas e discussão de caso</b>								
1 vez por semana	3/19	15,8	0/3	0,0	0/2	0,0	3/24	12,5
Quinzenalmente	1/19	5,3	0/3	0,0	0/2	0,0	1/24	4,2
Mensalmente	5/19	26,3	1/3	33,3	0/2	0,0	6/24	25,0
Bimensalmente	0/19	0,0	0/3	0,0	0/2	0,0	0/24	0,0
Toda vez que necessário	14/19	73,7	2/3	66,7	2/2	100,0	18/24	75,0
<b>Equipe do NHE reúne-se com profissionais de unidades de atenção/internação para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos</b>	20	80,0	3	75,0	2	100,0	25	80,6
<b>Meios utilizados para esclarecer dúvidas sobre os casos investigados*</b>								
Contato telefônico	21	84,0	4	100,0	2	100,0	27	87,0
Email	13	52,0	2	50,0	1	50,0	16	51,6
Pessoalmente	14	56,0	2	50,0	1	50,0	17	54,8
<b>Realiza escala de plantão</b>								
Não	17	68,0	3	75,0	1	50,0	21	67,8
Plantão a distancia	5	20,0	0	0,0	0	0,0	5	16,1
Plantão presencial	3	12,0	1	25,0	1	50,0	5	16,1
<b>Possui instrumento que possibilita comparação do número de prontuários e/ou fichas de atendimento e/ou outras fontes de dados levantados com o total de casos investigados</b>	13	52,0	2	50,0	2	100,0	17	54,8
<b>Há registro das ações empenhadas para que as notificações sejam realizadas</b>	14	56,0	4	100,0	0	0,0	18	58,1

\*Permite mais de uma resposta.

Ainda no contexto da gestão do processo de trabalho, analisou-se interferência do recurso relativo ao incentivo financeiro no seu desempenho. Com relação a este aspecto, 3 (8,8%) coordenadores responderam que não tem acesso ao recurso e 7 (20,6%) não responderam à questão.

Dentre os 27 coordenadores respondentes, a maioria expressou que este interfere positivamente no processo de trabalho 21 (77,8%). Este era empregado principalmente em educação permanente realizada em outros espaços que não o próprio hospital, (22,6%) manutenção das atividades do NHE (22,6%), para proporcionar educação permanente de profissionais da rede de serviços (19,3%) e para contratação de serviços de terceiros e aquisição de materiais (19,3%). Por outro lado, três coordenadores referiram dificuldades em relação à aplicação do recurso, sendo estas relacionadas à solicitação de compra de equipamento e outros produtos que implicam na elevação da carga de trabalho administrativo (Quadro 6).

**Quadro 6.** Interferência do recurso relativo ao incentivo financeiro sobre o processo de trabalho dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017 – 2018.

<b>Interferência Positiva</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Educação permanente externa	7	22,6
Manutenção das atividades do NHE	7	22,6
Educação permanente de profissionais da rede de serviços	6	19,3
Aquisição de serviços e materiais	6	19,3
Divulgação dos dados e atividades do NHE	4	12,9
Contratação de Recursos Humanos complementares	1	3,3
Desenvolvimento de pesquisas	1	3,3
<b>Total</b>	31	100,0
<b>Interferência Negativa</b>		
Dificuldade na solicitação de compra de Equipamentos	2	66,7
Elevação da carga de trabalho administrativo	1	33,3
<b>Total</b>	3	100,0

#### **4.4.2 Percepção sobre o espaço físico, relações no trabalho, facilidades e dificuldades relativas ao processo de trabalho**

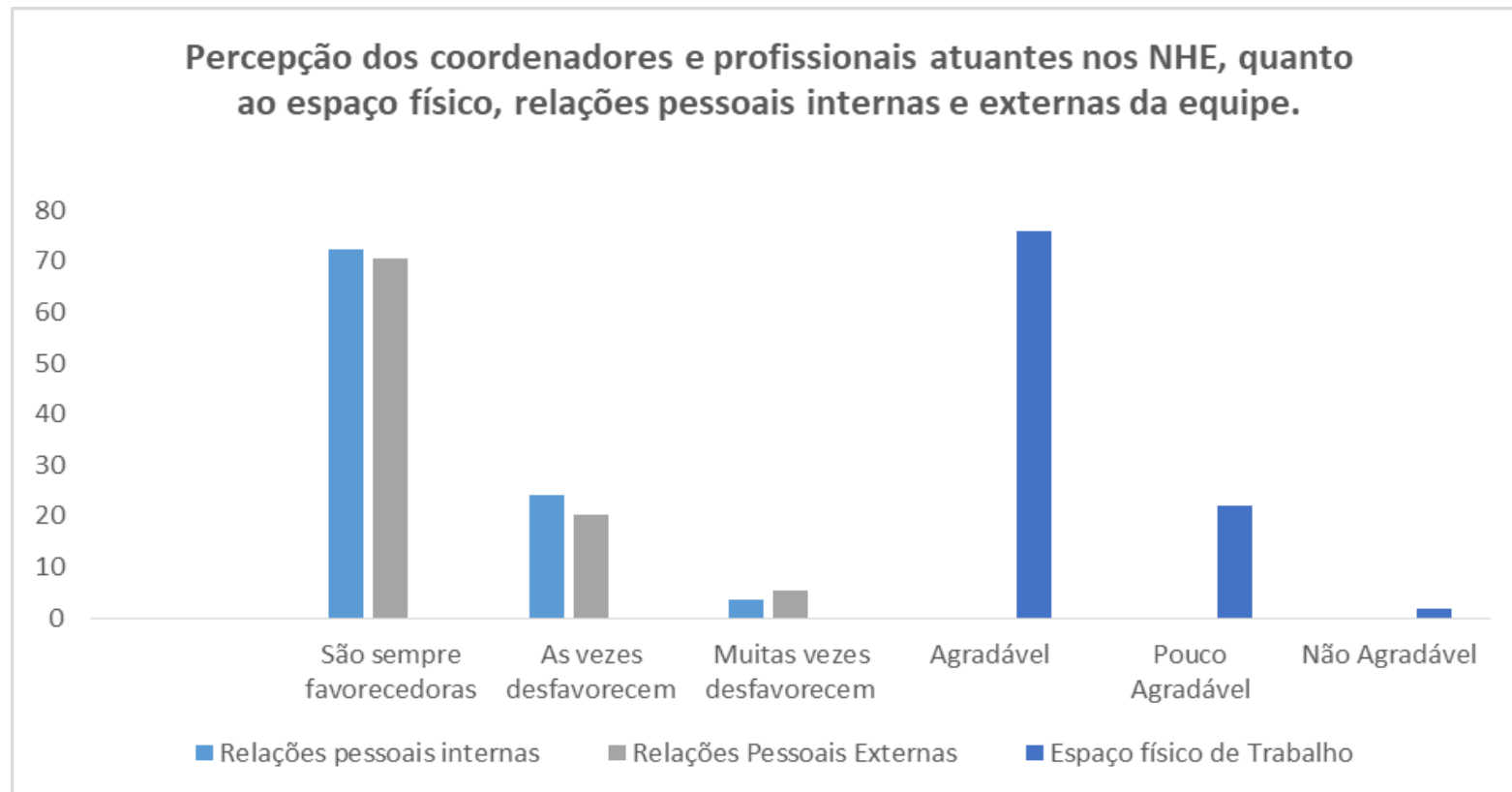
Os aspectos relacionados ao espaço físico e relações de trabalho incluíram as percepções de 32 coordenadores e de 22 profissionais atuantes nos NHE.

Apresentam-se na Figura 2 aspectos relacionados à percepção dos

coordenadores e profissionais atuantes nos NHE, quanto ao espaço físico, relações pessoais internas e externas da equipe.

De maneira geral, a maioria dos participantes considerava o espaço físico agradável (76,0%). Para 72,2% dos participantes, as relações internas eram sempre favorecedoras do processo de trabalho, assim como também, as relações com as equipes externas envolvidas (70,5%) (Figura 2).

**Figura 2. Aspectos relacionados ao espaço físico de trabalho e relações internas e externas.**





Para análise das facilidades e dificuldades relativas ao processo de trabalho incluíram-se 28 coordenadores que responderam as questões relativas a essa temática e 22 profissionais atuantes nas equipes dos NHE.

Apresentam-se no Quadro 7 as facilidades e dificuldades relativas ao processo de trabalho elencadas pelos coordenadores e profissionais atuantes nos NHE.

A totalidade dos participantes apresentou pelo menos um aspecto facilitador e dificultador do processo de trabalho.

Dentre os aspectos facilitadores apontados, destacaram-se o bom relacionamento com os setores internos e colaboração destes (17,8%), o potencial e comprometimento da equipe (16,7% e 13,4%, respectivamente), o fácil acesso ao sistema hospitalar (prontuários, exames, entre outros) (13,4%), o bom relacionamento com os outros níveis de vigilância epidemiológica (11,1%) e o bom relacionamento da equipe (10,0%) (Quadro 7).

Quanto às dificuldades, as mais elencadas foram: insuficiência de recursos humanos (21,5%), dificuldade de sensibilização dos profissionais assistenciais (21,5%) e alta demanda de trabalho (8,9%) (Quadro 7).

**Quadro 7.** Facilidades e dificuldades em relação ao processo de trabalho dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017 – 2018.

<b>Facilidades</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Bom relacionamento com os setores internos e colaboração destes	16	17,8
Potencial da equipe	15	16,7
Fácil acesso ao sistema hospitalar (prontuários, exames, dentre outros)	12	13,4
Comprometimento da equipe	12	13,4
Bom relacionamento com os outros níveis da VE	10	11,1
Bom relacionamento da equipe	9	10,0
Apoio das chefias Institucionais	5	5,5
Instalação Física Adequada	4	4,4
Serviço estruturado e organizado	3	3,3
Grande número de profissionais na equipe	1	1,1
Recursos materiais adequados	1	1,1
Reconhecimento do NHE na comunidade hospitalar	1	1,1
Participação na formação de graduação médica	1	1,1
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>
<b>Dificuldades</b>		
Insuficiência de Recursos Humanos	17	21,5
Dificuldade de sensibilização dos profissionais assistenciais	17	21,5
Alta demanda de trabalho	7	8,9
Dificuldade de seguimento de protocolos estabelecidos pela equipe médica	5	6,3
Ausência de recurso financeiro	5	6,3
Falta de apoio institucional	4	5,0
Alta rotatividade de profissionais	3	3,8
Deficiências na retaguarda laboratorial	3	3,8
Fluxos indefinidos entre o NHE e outros níveis de VE	3	3,8
Falta de espaço físico	3	3,8
Falta de realização de Plantão	3	3,8
Dificuldades relacionadas ao fluxo de exames realizados no laboratório de referência	2	2,5
Dificuldade com recursos de tecnologia da informática	2	2,5
Falta de recursos materiais	1	1,3
Desconhecimento das competências do NHE	1	1,3
Mudança na administração hospitalar	1	1,3
Registros de Prontuário incompletos	1	1,3
Problemas de entendimento da escrita médica	1	1,3
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>

#### 4.4.3. Atribuições desenvolvidas pelos NHE

Na análise referente às atribuições desenvolvidas pelos NHE foram incluídos 29 serviços, tendo-se em vista que seis coordenadores não responderam as questões relacionadas a essa temática.

Apresentam-se na Tabela 7 as atribuições desenvolvidas pelos NHE,

segundo seu porte de notificação.

Observou-se que a maioria dos serviços realizava suas práticas de modo articulado com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Comissão de Controle de Infecção ligada à assistência (93,1%), promovia em até 24 horas a notificação compulsória imediata de todos os casos e óbitos de doenças e agravos de notificação compulsória, descritos em portaria vigente (86,2%), realizava investigação complementar dos casos e óbitos hospitalizados já notificados por outros estabelecimentos (86,2%), participava da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil (62,0%) e dos óbitos infantis e fetais ocorridos no ambiente hospitalar (69,0%), incentivava a realização de necropsias de casos de óbitos por causa mal definida ocorridos no ambiente hospitalar (58,6%), promovia educação continuada para os profissionais dos serviços (75,9%), apoiava ou desenvolvia estudos epidemiológicos ou operacionais complementares das doenças de notificações compulsórias no ambiente hospitalar (62,0%). A totalidade dos NHE realizava investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos de NC detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, incluindo atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS. Por outro lado, a maioria não elaborava relatório trimestral do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das doenças de notificação compulsória (75,9%) (Tabela 7).

**Tabela 7.** Atribuições desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), segundo o porte de notificação dos NHE do Estado de São Paulo. Botucatu, 2017- 2018.

Variáveis	Porte de Notificação							
	Pequeno (n=24)		Médio (n=4)		Grande (n=1)		Total (n=29)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
VEH é realizada articulada com o NSP, CCIRAS e demais estruturas ou setores integrantes do SH que visem contribuir para qualificação do cuidado em saúde/vigilância das doenças e agravos	22	91,6	4	100,0	1	100,0	27	93,1
Promove em até 24 horas a notificação compulsória imediata de todos os casos e óbitos por doenças ou agravos identificados, segundo legislação vigente	21	87,5	3	75,0	1	100,0	25	86,2
Realiza investigação complementar dos casos e óbitos hospitalizados já notificados por outros estabelecimentos de saúde, registrando-se a informação no instrumento ou sistema de informação	20	83,3	4	100,0	1	100,0	25	86,2
Elabora relatório trimestral com perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das doenças de NC, a ser encaminhado à SMS em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso	5	20,8	2	50,0	0	0,0	7	24,1
Realiza investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos de NC detectados no ambiente hospitalar, em articulação com SMS e SES, incluindo atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS	24	100	4	100,0	1	100,0	29	100,0
Participa da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com SMS e SES	15	62,5	2	50,0	1	100,0	18	62,0
Participa da investigação dos óbitos infantis e fetais ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES	17	70,8	2	50,0	1	100,0	20	69,0

VEH=Vigilância Epidemiológica Hospitalar; NSP=Núcleo de Segurança do Paciente; CCIRAS=Comissão de controle de infecções relacionadas à assistência; SH=sistema hospitalar, SMS=secretaria Municipal de Saúde; SES=Secretaria Estadual de Saúde; NC=notificação compulsória; SVS/MS=Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde.

#### **4.5 Avaliação de estrutura - recursos humanos - e de processo**

A avaliação de estrutura relativa aos recursos humanos envolveu a totalidade dos NHE participantes do estudo e está apresentada na Tabela 8.

Considerando-se os indicadores de recursos humanos selecionados: adequação da equipe e de carga horária de cobertura, Especialização do coordenador em áreas afins com a VE, tempo de experiência do coordenador em VE e participação do coordenador em atividades de educação permanente observou-se que a maioria (59,3%) dos NHE de pequeno porte de notificação estava adequada e 40,7% parcialmente adequados. Quanto aos NHE de médio porte de notificação, 60,0% eram adequados e 40,0% parcialmente adequados e os NHE grande notificadores foram classificados como parcialmente adequados (Tabela 8).

**Tabela 8.** Classificação da estrutura relativa a recursos humanos dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, a partir do escore proposto neste estudo. Botucatu, 2017-2018.

NHE	Equipe/ carga horária de cobertura	Especialização do coordenador em áreas afins com a VE	Tempo de experiência do coordenador em VE	Participação do coordenador em atividades de EP	Escore	Classificação
	Pontuação	Pontuação	Pontuação	Pontuação		
<b>Pequeno Porte</b>						
A1	1,0	1,0	1,0	0,0	3,0	PA
A2	1,0	1,0	1,0	2,0	5,0	A
A3	1,0	1,0	1,0	0,0	3,0	PA
A4	1,0	1,0	1,0	1,5	4,5	A
A5	1,0	1,0	1,0	0,0	3,0	PA
A6	1,0	1,0	1,0	2,0	5,0	A
A7	1,0	1,0	1,0	0,0	3,0	PA
A8	1,0	1,0	1,0	2,0	5,0	A
A9	1,0	0,0	0,0	2,0	3,0	PA
A10	1,0	1,0	1,0	0,0	3,0	PA
A11	1,0	1,0	1,0	1,5	4,5	A
A12	1,0	1,0	1,0	2,0	5,0	A
A13	1,0	1,0	1,0	2,0	5,0	A
A14	1,0	1,0	1,0	2,0	5,0	A
A15	1,0	1,0	1,0	1,5	4,5	A
A16	1,0	1,0	1,0	2,0	5,0	A
A17	1,0	1,0	1,0	0,0	3,0	PA
A18	1,0	1,0	1,0	0,0	3,0	PA
A19	0,0	1,0	1,0	2,0	4,0	A
A20	1,0	1,0	1,0	1,5	4,5	A
A21	1,0	1,0	1,0	2,0	5,0	A
A22	1,0	1,0	1,0	2,0	5,0	A
A23	1,0	0,0	1,0	0,5	2,5	PA
A24	1,0	1,0	1,0	1,5	4,5	A
A25	1,0	0,0	1,0	0,0	2,0	PA
A26	1,0	1,0	1,0	0,0	3,0	PA
A27	1,0	0,0	1,0	2,0	4,0	A
<b>Médio porte</b>						
B1	0,0	1,0	1,0	0,0	2,0	PA
B2	0,0	1,0	1,0	1,5	3,5	A
B3	1,0	1,0	1,0	2,0	5,0	A
B4	1,0	0,0	1,0	0,0	2,0	PA
B5	1,0	1,0	1,0	2,0	5,0	A
<b>Grande porte</b>						
C1	1,0	1,0	1,0	0,0	3,0	PA
C2	0,0	1,0	1,0	0,5	2,5	PA

A=adequado; PA=parcialmente adequado. De 0 a 1,6 pontos=inadequado; de 1,7 a 3,2 pontos=parcialmente adequado e de 3,3 a 5,0 pontos= adequado.

A avaliação de processo referente ao aspecto do cumprimento das atividades esperadas está apresentada na Tabela 9 e incluiu 29 NHE (24 pequeno porte, 4 de médio porte e 1 de grande porte) uma vez que os demais não responderam as questões referentes aos indicadores aqui analisados.

Quanto ao cumprimento das atribuições dos NHE segundo as portarias 183/2014 GM/MS e 204/2016 GM/MS, dentre os NHE de menor porte de notificação, 70,8% apresentam-se adequados e 29,2% parcialmente adequados. A maioria (75,0%) dos NHE de médio porte de notificação apresentavam-se adequados e

15,0% parcialmente adequados e o NHE de grande porte estava adequado (Tabela 9).

**Tabela 9.** Classificação do processo relativo ao cumprimento das atribuições dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, a partir do escore proposto neste estudo. Botucatu, 2017-2018.

NHE	Atribuições							Escore	Classificação
	1	2	3	4	5	6	7		
	Pontos	Pontos	Pontos	Pontos	Pontos	Pontos	Pontos		
<b>Pequeno Porte</b>									
<b>A2</b>	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	7,0	A
<b>A3</b>	0,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0	PA
<b>A4</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	6,0	A
<b>A5</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	6,0	A
<b>A6</b>	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	5,0	A
<b>A7</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	4,0	PA
<b>A8</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	6,0	A
<b>A10</b>	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	3,0	PA
<b>A11</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	5,0	A
<b>A12</b>	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	5,0	A
<b>A13</b>	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0	PA
<b>A15</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	6,0	A
<b>A16</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	6,0	A
<b>A17</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	6,0	A
<b>A18</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	6,0	A
<b>A19</b>	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	7,0	A
<b>A20</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	6,0	A
<b>A21</b>	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	7,0	A
<b>A22</b>	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0	PA
<b>A23</b>	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0	PA
<b>A24</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	5,0	A
<b>A25</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	6,0	A
<b>A26</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	6,0	A
<b>A27</b>	0,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0	PA
<b>Médio Porte</b>									
<b>B1</b>	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0	PA
<b>B2</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	6,0	A
<b>B3</b>	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	7,0	A
<b>B4</b>	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	5,0	A
<b>Grande Porte</b>									
<b>C2</b>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	6,0	A

1. VEH é realizada articulada com o NSP, CCIRAS e demais estruturas ou setores integrantes do SH que visem contribuir para qualificação do cuidado em saúde/vigilância das doenças e agravos. 2. Promove em até 24 horas a notificação compulsória imediata de todos os casos e óbitos por doenças ou agravos identificados, segundo legislação vigente. 3. Realiza investigação complementar dos casos e óbitos hospitalizados já notificados por outros estabelecimentos de saúde, registrando-se a informação no instrumento ou sistema de informação. 4. Elabora relatório trimestral com perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das doenças de NC, a ser encaminhado à SMS em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso. 5. Realiza investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos de NC detectados no ambiente hospitalar, em articulação com SMS e SES, incluindo atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS. 6. Participa da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com SMS e SES. 7. Participa da investigação dos óbitos infantis e fetais ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES.

A=adequado; PA=parcialmente adequado.

De 0 a 2,3 pontos=inadequado; de 2,4 a 4,6 pontos=parcialmente adequado; de 4,7 a 7,0 pontos= adequado.

A avaliação de processo que envolveu a organização e gestão do processo de trabalho das equipes do NHE está disposta na Tabela 10 e incluiu 31 dos serviços

participantes, pois 2 NHE de pequeno porte e 1 de médio porte não responderam as questões pertinentes aos indicadores aqui analisados.

Tendo-se os indicadores: realiza busca ativa de DNC de forma diversificada, presença de busca passiva de DNC, realização de reunião rotineira da equipe para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos, realização de reunião com profissionais de unidades de atenção/internação para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos a totalidade dos NHE de médio e grande porte e a maioria (77,8%) daqueles de menor porte estava adequada (Tabela 10).

**Tabela 10.** Classificação do processo relativo a aspectos específicos do processo de trabalho das equipes dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, a partir do escore proposto neste estudo. Botucatu, 2017-2018.

Porte de Notificação	Indicadores				Escore total	Classificação
	Busca ativa	Busca Passiva	Reunião de equipe	Reunião com equipe assistencial		
	Pontuação	Pontuação	Pontuação	Pontuação	Total	
<b>Pequeno porte</b>						
A1	1,0	1,0	0,0	1,0	3,0	A
A2	0,5	1,0	1,0	1,0	3,5	A
A3	1,0	1,0	0,0	1,0	3,0	A
A4	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	A
A5	0,5	1,0	0,0	0,0	1,5	PA
A6	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	A
A7	0,5	1,0	0,5	1,0	3,0	A
A8	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	A
A10	1,0	1,0	1,0	0,0	3,0	A
A11	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	A
A12	0,5	1,0	1,0	1,0	3,5	A
A13	1,0	1,0	0,5	0,0	2,5	PA
A15	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	A
A16	0,5	1,0	1,0	1,0	3,5	A
A17	1,0	1,0	0,0	0,0	2,0	PA
A18	1,0	1,0	0,0	1,0	3,0	A
A19	1,0	1,0	0,5	1,0	3,5	A
A20	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	A
A21	0,5	1,0	0,5	1,0	3,0	A
A22	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	A
A23	0,5	1,0	0,5	1,0	3,0	A
A24	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	A
A25	1,0	0,0	1,0	1,0	3,0	A
A26	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	A
A27	0,0	1,0	1,0	0,0	2,0	PA
<b>Médio porte</b>						
B1	1,0	1,0	1,0	0,0	3,0	A
B2	1,0	1,0	0,5	1,0	3,5	A
B3	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	A
B4	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	A
<b>Grande porte</b>						
C1	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	A
C2	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	A

De 0 a 1,3 pontos=inadequado; de 1,4 a 2,6 pontos=parcialmente adequado; de 2,7 a 4,0 pontos=adequado.



O quadro 5 apresenta a síntese da avaliação de estrutura e processo dos NHE do Estado de São Paulo incluídos no estudo.

Observou-se que 14 NHE (41,2%) tinham estrutura e processo adequados, 12 (35,3%) apesar de estrutura parcialmente adequada tinham processo, no que se referiu ao processo de trabalho, adequado e apenas 1 (2,9%) apesar de ter estrutura adequada, tinha processo, nos dois aspectos estudados, parcialmente adequado (A13). Destaca-se que, considerando-se os indicadores analisados, não havia nenhum NHE inadequado e os serviços foram mais classificados como parcialmente adequados nos indicadores referentes aos recursos humanos (12/34) e cumprimento das atribuições previstas (8/34).

**Quadro 8.** Classificação de estrutura referente aos recursos humanos e Processo dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, a partir do escore proposto neste estudo. Botucatu, 2017-2018.

NHE	INDICADORES		
	Estrutura	Processo	
	Recursos humanos	Atribuições esperadas	Processo de trabalho
<b>Pequeno porte</b>			
<b>A1</b>	Parcialmente adequado	-	Adequado
<b>A2</b>	Adequado	Adequado	Adequado
<b>A3</b>	Parcialmente adequado	Parcialmente adequado	Adequado
<b>A4</b>	Adequado	Adequado	Adequado
<b>A5</b>	Parcialmente adequado	Adequado	Parcialmente adequado
<b>A6</b>	Adequado	Adequado	Adequado
<b>A7</b>	Parcialmente adequado	Parcialmente adequado	Adequado
<b>A8</b>	Adequado	Adequado	Adequado
<b>A9</b>	Parcialmente adequado	-	-
<b>A10</b>	Parcialmente adequado	Parcialmente adequado	Adequado
<b>A11</b>	Adequado	Adequado	Adequado
<b>A12</b>	Adequado	Adequado	Adequado
<b>A13</b>	Adequado	Parcialmente adequado	Parcialmente adequado
<b>A14</b>	Adequado	-	-
<b>A15</b>	Adequado	Adequado	Adequado
<b>A16</b>	Adequado	Adequado	Adequado
<b>A17</b>	Parcialmente adequado	Adequado	Parcialmente adequado
<b>A18</b>	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado
<b>A19</b>	Adequado	Adequado	Adequado
<b>A20</b>	Adequado	Adequado	Adequado
<b>A21</b>	Adequado	Adequado	Adequado
<b>A22</b>	Adequado	Parcialmente adequado	Adequado
<b>A23</b>	Parcialmente adequado	Parcialmente adequado	Adequado
<b>A24</b>	Adequado	Adequado	Adequado
<b>A25</b>	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado
<b>A26</b>	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado
<b>A27</b>	Adequado	Parcialmente adequado	Parcialmente adequado
<b>Médio porte</b>			
<b>B1</b>	Parcialmente adequado	Parcialmente adequado	Adequado
<b>B2</b>	Adequado	Adequado	Adequado
<b>B3</b>	Adequado	Adequado	Adequado
<b>B4</b>	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado
<b>B5</b>	Adequado	-	-
<b>Grande porte</b>			
<b>C1</b>	Parcialmente adequado	-	Adequado
<b>C2</b>	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado

## 5 DISCUSSÃO

A presente pesquisa permitiu avaliar a rede de NHE do Estado de São Paulo quanto sua estrutura, com enfoque nos recursos humanos e processo. Possibilitou, ainda, descrever a mesma rede do ponto de vista de sua distribuição no Estado, composição de suas equipes, características dos coordenadores dos serviços, organização e gestão do processo de trabalho das equipes e atribuições desenvolvidas, apontando a percepção dos profissionais sobre aspectos importantes para o desenvolvimento do processo de trabalho da VE hospitalar.

A partir dos indicadores de estrutura selecionados para este estudo, evidenciou-se que, de modo geral, esta apresentou fragilidades, visto que 15 NHE foram classificados como parcialmente adequados, independente de seu porte de notificação.

Com relação aos indicadores de recursos humanos vistos isoladamente, destacam-se que 4 NHE (1 de pequeno porte, 2 de médio e 1 de grande) não tinham cobertura de profissional de nível superior compatível com seu porte de notificação; em 5 NHE (4 de pequeno e 1 de médio porte) os coordenadores não tinham especialização em áreas afim com a VE; 1 coordenador de NHE de pequeno porte tinha menos de um ano de experiência na área de VE e 12 coordenadores (9 de NHE de pequeno porte, 2 médio e 1 de grande) não participavam de ações de educação permanente em VE.

A capacitação e educação permanente consistem em importantes recursos para a otimização do serviço e da equipe, oportunizando a agregação de novos conhecimentos e a incorporação da noção de importância do objeto de produção.

Estudo realizado com alguns países da região do Oceano Índico que objetivou avaliar os impactos do emprego de programa de formação em epidemiologia de campo evidenciou a criação de uma força regional de intervenção com domínios epidemiológicos e supervisores treinados (HALM, *et al*,2017)

A análise da composição das equipes que apontou que 5 NHE não possuíam médico, dois não contavam com enfermeiros e três não tinham nem oficial administrativo e nem outro profissional de nível médio, reforçam a fragilidade da rede quanto seus recursos humanos, fato também destacado pelos coordenadores e profissionais atuantes no serviço como dificultador do processo de trabalho. Este aspecto é corroborado por estudo anterior que teve por objetivo avaliar o

Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar – Rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, que apontou a incipiência de recursos humanos na maioria dos núcleos (MALHEIRO, 2013).

Destaca-se o fato de que, apesar de 15 NHE terem estrutura relativa a recursos humanos parcialmente adequada, 12 destes foram classificados como adequados quanto à organização e gestão do processo de trabalho. Este desempenho pode ser justificado em função da formação e experiência dos coordenadores dos NHE, uma vez que todos tinham especialização, um terço mestrado e quase 90,0% acima de 5 anos de experiência em VE, bem como dos demais profissionais da equipe, tendo em vista o perfil da amostra participante deste estudo. Assim, pode-se inferir que dada a complexidade do trabalho em VE a formação e experiência profissional são importantes elementos favorecedores do processo de trabalho, como demonstrado em estudo desenvolvido no sul da África que teve por objetivo determinar as percepções dos principais intervenientes quanto a eficiência do sistema de vigilância durante o ano de 2015, que evidenciou que a maioria dos profissionais envolvidos no controle e resposta às doenças apresentavam longa experiência com o assunto (BENSON *et al*, 2016).

Outro exemplo da importância da formação em VE foi demonstrado em estudo realizado com alguns países da região do Oceano Índico, que objetivou avaliar os impactos do emprego de programa de formação em epidemiologia de campo. Este evidenciou que a formação propiciou a criação de uma força regional de intervenção com domínios epidemiológicos e supervisores treinados, demonstrando a potência da ação (HALM, *et al*, 2017).

Estudo realizado no Zimbábue em 2015 que avaliou possíveis falhas do sistema de vigilância de casos de Paralisia Flácida Aguda – PFA apontou dentre estas, a falta de treinamento das equipes, levando ao desconhecimento das rotinas e manejos necessários para a vigilância da PFA (MAKONI, *et al*, 2017). Neste sentido há que se considerar o fato de 14 coordenadores de NHE não terem tido capacitação inicial para trabalhar em VE.

Outro aspecto a se considerar é a constituição multiprofissional das equipes, ainda que se destaque a participação predominante de médicos e enfermeiros, uma vez que a multidisciplinariedade consiste em importante ferramenta de minimização da fragmentação da assistência e do saber, bem como recurso para alcance da integralidade assistencial (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008; CARDOSO;

HENNINGTON, 2011).

A presente investigação demonstrou que o enfermeiro é o profissional com maior carga horária dedicada à VE hospitalar e coordenava 12 dos 34 NHE participantes (35,3%). Estudo anterior apontou a participação desta categoria profissional na coordenação em 23,7% dos NHE avaliados (MALHEIRO, 2013).

Malheiro, 2013 já havia apontado a participação ativa dos Enfermeiros nos NHE do Estado de São Paulo, compondo efetivamente o quadro de funcionários das equipes (MALHEIRO, 2013), situação que se mantém, conforme comprova a presente investigação.

Estudo realizado em 2012 no Paraná, com enfermeiros dos NHE do referido Estado apontou os Enfermeiros como força de trabalho predominante nos NHE, desenvolvendo grande parte das atividades, (MEDEIROS, 2015).

Estudo internacional conduzido no Zimbábue em 2015 com profissionais atuantes na vigilância de Paralisia Flácida Aguda – PFA também observou que a maioria dos profissionais participantes do estudo envolvida com o serviço era composta por enfermeiros (MAKONI, 2017).

O estudo de Medeiros (2015) além de demonstrar a participação numérica dos enfermeiros nos NHE, evidenciou a importância destes profissionais quanto à organização do processo em VEH, a preocupação em implantar e organizar rotinas, e a busca pela visibilidade institucional, evidenciando, ainda, a concentração de volume significativo de atividades diárias focado nesta categoria profissional, independente do caráter multidisciplinar das equipes (MEDEIROS, 2015). Esses aspectos não foram explorados na presente investigação e que merecem futuros estudos para demonstrar como se dá a inserção dessa importante categoria profissional no Estado de São Paulo.

Apesar de os enfermeiros representarem importante força de trabalho nos NHE, revisão integrativa da literatura sobre vigilância epidemiológica, conduzido estudo realizado entre os anos de 2012 e 2013, concluiu que há escassez de estudos relacionados à graduação em enfermagem no que diz respeito à VE (FIGUEIREDO, CURY e RIBEIRO, 2015).

O potencial e comprometimento da equipe foram elementos facilitadores do processo de trabalho dentre os mais citados pelos participantes desta pesquisa, e que merecem ser destacados como elementos estruturais importantes da rede de NHE do Estado de São Paulo.

A avaliação de processo, pautada em indicadores relativos à organização e gestão do processo de trabalho e às atribuições esperadas pelos NHE, não pôde ser tratada conjuntamente, uma vez que alguns coordenadores não responderam todas as questões referentes aos mesmos.

De maneira geral, a avaliação de processo mostrou-se favorável, uma vez que 21 de 29 NHE e 27 de 31 dos NHE participantes foram classificados como adequados quanto ao cumprimento de atribuições esperadas e à organização e gestão do processo de trabalho, respectivamente.

Considerando-se os indicadores relativos às atribuições, a elaboração de relatório trimestral com perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das doenças de notificação compulsória, a investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil e dos óbitos infantis e fetais ocorridos no ambiente hospitalar foram as atribuições menos realizadas pelos NHE.

Apenas 6 NHE (4 de pequeno porte e 2 de médio) elaboravam relatórios de morbimortalidade hospitalar. A análise e divulgação dos dados de VE são ações compreendidas no processo de VE, pois além de embasar a tomada de decisão sobre o desencadeamento de ações de prevenção/controlado do agravo, fornece subsídios para o planejamento e monitoramento dos serviços de saúde, especialmente no caso do hospitalar (SÃO PAULO, 2012).

A investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil e dos óbitos infantis e fetais ocorridos no ambiente hospitalar não estava sendo realizada por 11 NHE (9 de pequeno porte e 2 de médio) e 9 NHE (7 de pequeno porte e 2 de médio), respectivamente. Estudo anterior também apontou fragilidade da rede de NHE do Estado de São Paulo quanto a essas atribuições (MALHEIRO, 2013).

Analisar a mortalidade materna é uma maneira de observar e constatar a realidade socioeconômica de um país, evidenciando a qualidade de vida de sua população (TOGNINI et al, 2011). Desta forma, os óbitos maternos, assim como os infantis, devem ser considerados eventos sentinela adequados para subsidiar a avaliação da qualidade da assistência, já que a possibilidade de intervenção na sua ocorrência está concentrada cada vez mais na capacidade dos serviços de saúde e na assistência qualificada ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (MATHIAS, ASSUNÇÃO & SILVA, 2008).

Para atingirmos a meta de reduzir a mortalidade materna e infantil várias

estratégias têm sido instituídas a nível internacional e nacional, incluindo o objetivo 3 contido entre os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável a serem cumpridos até o ano de 2030 e adotados mundialmente em 2015, denominado “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, onde incluem-se a saúde infantil e materna, que apesar da melhora de seus indicadores de mortalidade, ainda consiste em cenário com necessidade de melhorias (NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL, 2017).

A nível nacional, dentre as estratégias se incluem a obrigatoriedade da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil por meio da portaria 1.119 de 5 de junho de 2008, a de Óbitos Infantis Portaria Nº 72 de 11/01/2010 e a Rede Cegonha, que prevê para o alcance da redução da mortalidade materna e infantil o efetivo monitoramento dos casos (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011). Neste sentido, há necessidade de intervenções junto aos NHE que não estão realizando a VE dos óbitos maternos, de mulheres em idade fértil, fetais e infantis para que estas importantes ações de VE hospitalar seja efetivadas.

A avaliação de processo relacionada aos indicadores relativos à organização e gestão do processo de trabalho foi a mais favorável dentre as realizadas, entretanto, merece destaque a evidência de que alguns NHE de pequeno porte se mostraram fragilizados com relação às estratégias de busca de casos de doenças e agravos de notificação compulsória e realização de reuniões com a equipe e com profissionais das unidades de atenção/internação para esclarecimento de dúvidas e discussão de casos. Assim, a presente investigação aponta para a necessidade de um olhar particularizado para os NHE pequeno porte, especialmente no que se refere à qualificação do processo de trabalho. Sugere-se que uma das estratégias possa ser a realização de parcerias com programas municipais de saúde, visto que 40,0% deles não tinham essa integração.

Tendo em vista a essência para o cumprimento das funções de vigilância como dependente de informações para a elaboração de estratégias de ação e controle, apesar do sistema de vigilância epidemiológica desencadear-se de diversas formas, a base do emprego de suas práticas ainda tem sido a notificação de agravos de notificação compulsória. Dessa forma, deve-se abranger o maior número possível de fontes de informação, sejam elas fontes passivas ou ativas, visando a regularidade e a oportunidade da transmissão dos dados, bem como a fidedignidade dos mesmos (SÃO PAULO, 2012).

Destaca-se o fato de que apesar de a grande maioria dos NHE realizarem busca ativa de casos de doenças e agravos de notificação compulsória em várias fontes, o preenchimento das fichas de investigação ainda é, na maioria das vezes, realizado pelos próprios profissionais dos núcleos, assim como também observado em estudos anteriores (MALHEIRO, 2013, MEDEIROS, et al.; 2015).

Este cenário reitera a importância das reuniões entre os investigadores e profissionais assistenciais para elucidação de caso e fidedignidade de informações, advindas de atendimentos médicos e da própria equipe assistencial, sendo considerada como primordial a articulação com os responsáveis pela assistência para a organização de estratégia assistencial frente ao diagnóstico, incluindo orientação técnica de coleta de exames necessários e estratégias de interrupção de cadeia de transmissão (SÃO PAULO, 2012).

Ainda com relação à organização e gestão do processo de trabalho, evidenciou-se que a maioria dos serviços de pequeno porte de notificação não dividia as investigações das doenças e agravos de notificação compulsória entre os membros da equipe, ao passo que esta distribuição aparece com mais frequência entre os de maior porte. Esta conformação pode se constituir em estratégia dos serviços de maior porte para acolher a demanda de investigações, que pode ser mais facilmente atendida com maior aprofundamento do conhecimento sobre o objeto.

Observou-se que apenas 18 de 31 NHE registravam as ações empenhadas para que as notificações fossem realizadas e 17 destes utilizavam instrumento que possibilitasse a comparação entre o número de fontes de dados levantadas com o total de casos investigados.

Considera-se de fundamental importância que os serviços tenham indicadores que mostrem a complexidade e abrangência das práticas de VE. Sugere-se emprego de instrumento que permita a comparação entre as fontes de dados consultadas e o produto final, que é a notificação no sistema de uma doença ou agravo de notificação compulsória. Acredita-se que este pode dar maior visibilidade ao processo de trabalho desenvolvido pelos NHE, além de favorecer o planejamento do quantitativo de profissionais necessário para o desempenho deste trabalho. Ressalta-se, ainda, que este pode auxiliar no processo de sensibilização das equipes da assistência e da gestão do hospital.

O estabelecimento de padrões ou indicadores permite a realização de



juízo de valor sobre o objeto em avaliação, auxiliando a análise e interpretação das informações e apresentando-se como condição necessária em processos avaliativos, de forma a permitir o emprego de juízo e não somente a descrição do objeto (ALVES *et al*, 2010).

Ainda em relação ao processo de trabalho, a sensibilização dos profissionais assistenciais seguida da insuficiência de recursos humanos destacam-se como elementos desfavoráveis. Este cenário também foi evidenciado em estudo realizado no Sul da África, em 2015, que avaliou as percepções dos profissionais envolvidos com o sistema de doenças de notificação, o qual apontou que apenas 25% dos participantes do estudo indicaram vontade em participar do sistema, ou seja, a falta de sensibilidade quanto a importância das práticas de vigilância. (BENSON *et al*, 2016).

Na avaliação de processo da rede de NHE do Estado de São Paulo merecem ainda serem ressaltadas as relações pessoais internas e externas aos NHE como elementos favorecedores do processo de trabalho.

Constituíram-se em limitações do estudo a falta de respostas de alguns coordenadores a parte das questões e a possibilidade de superestimação dos indicadores, tendo em vista que as análises pautaram-se em respostas advindas dos participantes. Destaca-se, ainda, o fato de se ter empregado como único indicador de comunicação com outros setores do hospital e externa a produção de relatórios trimestrais de morbimortalidade, limitando a avaliação deste aspecto.

Por outro lado, tendo-se em vista a importância do subsistema hospitalar de VE, a avaliação da rede de núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar do Estado de São Paulo possibilitou detectar suas potencialidades e fragilidades e poderá favorecer estratégias para superações e assim contribuir para melhoria do desempenho deste subsistema em outros estados do país. Diversos estudos (TAPIA-CONYER *et al* 2001; MAKONI *et al* 2017, BENSON *et al* 2016; CARVALHO; MARZOCCHI, 1992; MEDEIROS, *et al*, 2015; RODRIGUES; FRACOLLI; OLIVEIRA, 2001; MALHEIRO 2013) já demonstraram a avaliação de sistemas de vigilância como recurso essencial na detecção de falhas da rede, bem como oportunizador de melhorias do processo de trabalho.

## 6 CONCLUSÃO

A presente investigação aponta que a vigilância hospitalar no Estado de São Paulo vem sendo realizada por profissionais altamente qualificados, tendo em vista sua formação e experiência na área, predominantemente por enfermeiros nos NHE de pequeno e médio porte de notificação e por médicos naqueles de grande porte. A maioria dos serviços estava sob a coordenação de médicos.

Sobre o processo de trabalho das equipes, a busca ativa era a forma predominante de triagem dos casos de doenças e agravos de notificação compulsória, sendo empregadas diversas estratégias para este fim. Os núcleos de pequeno porte eram os que mais recebiam notificação e tinham fichas de investigação preenchidas por profissionais de outros setores do hospital, ainda que de forma insipiente. A maioria dos profissionais respondia pela investigação de todas as doenças e agravos de notificação compulsória, sem distribuição dos casos entre os membros da equipe e não possuía instrumento de gestão do trabalho que possibilitasse a comparação entre o número de fontes de dados levantadas e o total de notificações produzidas.

De maneira geral, os participantes da pesquisa consideravam o espaço físico dos NHE e as relações internas e com as equipes externas favorecedoras do processo de trabalho, enquanto a insuficiência de recursos humanos, dificuldade de sensibilização dos profissionais assistenciais e alta demanda de trabalho constituíam-se em elementos dificultadores desse processo.

A maioria dos NHE não elaborava relatório trimestral com perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das doenças de NC, o que pode sugerir déficit de análise da produção, com implicações no planejamento e implementação de ações de VE.

Por fim, a avaliação de processo da rede de NHE do Estado de São Paulo, de modo geral, mostrou-se favorável, uma vez que apenas 4 serviços foram classificados como parcialmente adequados quanto aspectos da organização e gestão do processo de trabalho e 8 quanto ao cumprimento de atribuições esperadas. Apesar da análise de estrutura relativa aos recursos humanos ter sido menos favorável, tendo em vista que 14 NHE foram classificados como parcialmente adequados, a maioria destes tinha processo adequado.

Este estudo aponta a necessidade de adequação de parte dos NHE da rede quanto à constituição e carga horária da equipe e fortalecimento de estratégias para sensibilização dos profissionais atuantes nas redes de serviços assistenciais no sentido de incorporar práticas de vigilância epidemiológica em seu cotidiano.

A produção de relatórios analíticos sobre morbimortalidade hospitalar relativa às doenças e agravos de notificação compulsória e emprego de instrumentos de gestão do processo de trabalho que permitam demonstrar as ações empenhadas para alcance dos objetivos esperados podem ser potenciais recursos para dar visibilidade da complexidade das práticas de VE e, assim, sensibilizar gestores e profissionais da assistência.

## 7 REFERÊNCIAS

ALVES, C. K. A, et al. Interpretação e análise das informações: O uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I(org) et al. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. 196p

BENSON, F. G. Survey of the perceptions of Keys take holders on the attributes of the South African Notifiable Diseases Surveillance System. **BMC Public**, v. 16, p. 1120, 2016. doi: 10.1186/s12889-016-3781-7.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 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. Brasília: Ministério, 1990. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109386/lei-8080-90>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5. ed. Brasília. FUNASA, 2002. v. 1. Disponível em:<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia\\_vig\\_epi\\_vol\\_I.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_I.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.529, de 23 de novembro de 2004**. Dispõe sobre a instituição do subsistema de vigilância em âmbito hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a rede nacional de hospitais de referência para o referido subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b. 36 p. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao\\_ab\\_portugues.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf)>. Acesso em: 24 nov. 2015

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em saúde**. Brasília: CONASS, 2007. p. 19 (Coleção Pró Gestores – Para Entender a Gestão do SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.119, de 5 de Junho de 2008**. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119\\_05\\_06\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html). Acesso em: 10 fev. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.254, de 5 de agosto de 2010**. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2254\\_05\\_08\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2254_05_08_2010.html)>. Acesso em: 30 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 72, de 11 de Janeiro de 2010** Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072\\_11\\_01\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html)>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 10 fev. 2018

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 58. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

BRASIL. 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, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0183\\_30\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0183_30_01_2014.html)>. Acesso em: 20 Jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <[ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/outros/DNC2016\\_NAC\\_Port204\\_205\\_17022016\\_Monitoramento\\_Unidades\\_Sentinelas.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/DNC2016_NAC_Port204_205_17022016_Monitoramento_Unidades_Sentinelas.pdf)>. Acesso em: 16 maio 2016.

CAPOZZOLO, A. A. et al. Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 12, n. 2, p. 443-456, 2014.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, supl. 1, p. 85-112, 2011.

CARVALHO, S. M.; MARZOCCHI, K. B. F. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 66-74, 1992.

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: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/3zcft/pdf/hartz-9788575414033.pdf>>. Acesso em:

7 set. 2016.

COSTA, R. K. S.; ENDERS, B. C.; MENEZES, R. M. P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 7, n. 4, p. 530-536, 2008.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: \_\_\_\_\_. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v. 1, p. 77-125.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Qual. Rev. Bull.**, v. 18, n. 11, p. 356-360, 1992.

ECKERDT, N. S. **Atribuições da vigilância epidemiológica**. Disponível em: <<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Artigo-09.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

FIGUEIREDO, P. M.; CURY G. C; RIBEIRO L. C. C. Vigilância epidemiológica na formação em enfermagem. **Revista Científica Vozes dos Vales**, n. 08, 2015 Disponível em < <http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2015/11/Petrina.pdf>> Acesso em 10 Fev 2018.

HALM, A. et al. Four years into the Indian ocean field epidemiology training programme. **Pan Afr. Med. J.**, v. 26, p. 195, 2017. doi: 10.11604/pamj.2017.26.195.10358.

MAGLUTA, C. Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 414, 2013.

MAKONI, A. et al. Evaluation of the acute flaccid paralysis (AFP) surveillance system, Gokwe North district, Zimbabwe, 2015: a descriptivecrosssectionalstudy. **Pan Afr. Med. J.**, v. 27, p. 203, 2017. doi:10.11604/pamj.2017.27.203.10956.

MALHEIRO, V. L. G. **Avaliação do Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar** – Rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo. 2013. 75 f. Tese (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em:<[http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Pos-graduacao/dissertacoes-e-teses/MP-saude-coletiva/2013\\_Vera\\_Lucia\\_da\\_Gloria\\_Malheiro.pdf](http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Pos-graduacao/dissertacoes-e-teses/MP-saude-coletiva/2013_Vera_Lucia_da_Gloria_Malheiro.pdf)>. Acesso em: 2 Jun. 2016.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. The path of the line of care from the perspective of

nontransmissible chronic diseases. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MATHIAS T. A. F; ASSUNÇÃO A. N.; SILVA G. F. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná. **Rev EscEnferm USP**. v. 42, n.3, p. 445- 453, 2008

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MEDEIROS, A. R. P. et al. O processo de trabalho de enfermeiros em núcleos hospitalares de epidemiologia. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2015.

MINAYO, M. C. S. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. **Saúde Transf. Soc.**, v. 1, n. 3, p. 2-11, 2011.

NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL.(BRASIL). **Desenvolvimento Sustentável**. Conheça os novos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU. **Brasil, 2017**. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/conheca-os-novos-17-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-da-onu/>> Acesso em: 10 Fev. 2018

RASKA, K. The Epidemiological Surveillance Programme. J. Hyg. Epidemiol. Microbiol. Immunol., v. 8, p. 137-168, 1964 apud WALDMAN, E. A. **Vigilância Epidemiológica como prática de Saúde Pública**. 1991. p. 19-20. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0102-311X1990000100006&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0102-311X1990000100006&Ing=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 maio 2016.

RODRIGUES, V. M.; FRACOLLI, L. A.; OLIVEIRA, M. A. C. Possibilidades e limites do trabalho de vigilância epidemiológica no nível local em direção à vigilância à saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 35, n. 4, p. 313-319, 2001.

ROMERO A.; TRONCOSO M. La vigilancia epidemiológica: significado e implicaciones en la práctica y en la docencia. **Cuad. Med. Soc.**, v. 17, p. 17-28, 1981 apud WALDMAN, E. A. **Vigilância Epidemiológica como prática de Saúde**



**Pública.** 1991. p. 17. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** São Paulo: CVE, 2012.

SÃO PAULO (Estado). Centro de Vigilância Epidemiológica. Áreas de Vigilância. **REVEH - Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar Nacional- Núcleo Hospitalar de Epidemiologia.** São Paulo: CVE, 2016. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/institucional/nhe16\\_reveh.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/institucional/nhe16_reveh.pdf)>. Acesso em: 10 Ago. 2016

SÃO PAULO (Estado). Centro de Vigilância Epidemiológica. Institucional. **Sobre o CVE.** Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/institucional/sobre-o-cve>>. Acesso em: 6 Fev. 2018

SOUZA, S. S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletron. Enferm.,** v. 12, n. 3, p. 449-455, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a05.htm>. doi: 10.5216/ree.v12i3.6855>. Acesso em: 12 dez. 2008.

TANAKA, O. I.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente:** um modo de fazer. São Paulo: EDUSP, 2001.

TAPIA-CONYER, R. et al. Evaluation and reform of mexican national epidemiological surveillance system. **Am. J. Public Health,** v. 91, n. 11, p. 1758-1760, 2001.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da vigilância sanitária.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 49-60.

TOGNINI, S. et al. Maternal mortality profile in great a BC region from 1997 to 2005. **Rev. Assoc. Med. Bras,** v. 57, n. 4, p. 402-407, 2011

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Inf. Epidemiol. SUS,** v. 7, n. 3, p. 7-26, 1998a.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública.** São Paulo: Faculdade de Saúde

Pública da Universidade de São Paulo, 1998b. (Série Saúde & Cidadania).

WALDMAN, E. A. **Vigilância epidemiológica como prática de Saúde Pública**. 1991. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991 apud MALHEIRO, V. L. G. **Avaliação do subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar: rede de núcleos hospitalares de epidemiologia do Estado de São Paulo**. 2013. 75 f. Tese (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo 2013. Disponível em [http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Pos-graduacao/dissertacoes-e-teses/MP-saude-coletiva/2013\\_Vera\\_Lucia\\_da\\_Gloria\\_Malheiro.pdf](http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Pos-graduacao/dissertacoes-e-teses/MP-saude-coletiva/2013_Vera_Lucia_da_Gloria_Malheiro.pdf). Acesso em: 2 Jun. 2016.

## APÊNDICE 1

### Questionário de coleta de dados – Coordenador e/ou Responsável pelo NHE

#### 1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA, FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA NA ÁREA

NHE: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Iniciais do Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

Anos de estudo concluídos: \_\_\_\_\_

Formação: ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) Biólogo ( ) Farmacêutico ( ) Biomédico ( ) outro  
\_\_\_\_\_

Tem especialização? ( ) não ( ) sim. Em que área? \_\_\_\_\_

Tem mestrado? ( ) não ( ) sim. Em que área? \_\_\_\_\_

Tem doutorado? ( ) não ( ) sim. Em que área? \_\_\_\_\_

Qual o cargo que você ocupa na instituição? \_\_\_\_\_

Qual a carga horária de trabalho semanal no NHE? ( ) < 20 horas ( ) 20 horas ( ) 21 a 30 horas  
( ) 30 horas ( ) 31 a 40 horas ( ) 40 horas ( ) outro

Tempo de atuação na vigilância epidemiológica hospitalar? \_\_\_\_\_

Você trabalhou anteriormente em outro tipo de vigilância epidemiológica que não hospitalar? ( ) Não ( ) Sim. Qual? ( ) municipal ( ) GVE ( ) estadual

Tempo total de experiência com vigilância epidemiológica: \_\_\_\_\_

#### 2. CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Você recebeu capacitação inicial para trabalhar em VE? ( ) não ( ) sim. Se sim, qual a forma de capacitação? ( ) apenas teórica ( ) teórico-prática ( ) apenas prática

Qual a carga horária? < 20 horas 20-30 horas ( ) 40 -80 horas ( ) >80 horas

Quem foi que realizou tal atividade? ( ) própria equipe ( ) VE municipal ( ) GVE ( ) Coordenação estadual ( ) outra \_\_\_\_\_

Você recebe educação permanente relacionada à vigilância epidemiológica? ( ) não ( ) sim.

Com que periodicidade? ( ) mensal ( ) bimestral ( ) trimestral ( ) semestral ( ) anual

Quem realiza tal atividade? ( ) própria equipe ( ) VE municipal ( ) GVE ( ) Coordenação estadual ( ) outra \_\_\_\_\_

Há quanto tempo você recebeu alguma atividade de educação permanente relacionada à vigilância epidemiológica? ( ) último mês ( ) último bimestre ( ) último trimestre ( ) último semestre ( ) último ano

Quem foi que realizou tal atividade? ( ) própria equipe ( ) VE municipal ( ) GVE ( ) Coordenação estadual ( ) outra \_\_\_\_\_

### 3. EQUIPE DE TRABALHO

<b>Tipo de profissional</b>	<b>Carga horária semanal em horas</b>	<b>Número de Profissionais</b>
( ) Médico infectologista	( ) 20 horas ( ) 24 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas	
( ) Médico sanitaria	( ) 20 horas ( ) 24 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas	
( ) Médico Pediatra	( ) 20 horas ( ) 24 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas	
( ) Médico – Clínico geral	( ) 20 horas ( ) 24 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas	
( ) Enfermeiro	( ) 20 horas ( ) 24 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas	
( ) Técnico de enfermagem	( ) 20 horas ( ) 24 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas	
( ) Auxiliar de enfermagem	( ) 20 horas ( ) 24 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas	
( ) Oficial administrativo	( ) 20 horas ( ) 24 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas	
( ) Outros* _____	( ) 20 horas ( ) 24 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas	

\* Colocar categoria profissional

### 4. FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

**Os profissionais que ingressam no NHE recebem capacitação inicial?** ( ) não ( ) sim.

**Se sim, qual a forma de capacitação?** ( ) apenas teórica ( ) teórico-prática ( ) apenas prática

**Qual a carga horária?** < 20 horas 20-30 horas ( ) 40 -80 horas ( ) >80 horas

**Quem realiza a atividade?** ( ) própria equipe ( ) VE municipal ( ) GVE ( ) Coordenação estadual ( ) outra \_\_\_\_\_

**A equipe recebe educação permanente relacionada à vigilância epidemiológica?** ( )

não ( ) sim. **Com que periodicidade?** ( ) mensal ( ) bimestral ( ) trimestral ( ) semestral ( )

anual **Quem realiza tal atividade?** ( ) própria equipe ( ) VE municipal ( ) GVE ( )

Coordenação estadual ( ) outra \_\_\_\_\_

**Quanto tempo faz que a equipe recebeu alguma atividade de educação permanente**

**relacionada à vigilância epidemiológica?** ( ) último mês ( ) último bimestre ( ) último trimestre

( ) último semestre ( ) último ano

**Quem foi que realizou tal atividade?** ( ) própria equipe ( ) VE municipal ( ) GVE ( )

Coordenação estadual ( ) outra \_\_\_\_\_

### 5. PROCESSO DE TRABALHO

**Como se dá a identificação de casos possíveis de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) em seu Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE)?**

( ) não ( ) sim Busca ativa por meio do Código Internacional de Doenças - CID de atendimento

( ) não ( ) sim Busca ativa por meio de fichas de atendimento de Pronto Socorro

( ) não ( ) sim Busca ativa por meio de exames laboratoriais

( ) não ( ) sim Busca ativa de óbitos maternos

( ) não ( ) sim Busca ativa de óbitos fetais

- ( ) não ( ) sim Busca ativa de óbitos infantis
- ( ) não ( ) sim Busca ativa de óbitos de mulher em idade fértil
- ( ) não ( ) sim Busca ativa de óbitos por doenças infecciosas
- ( ) não ( ) sim Busca ativa de óbitos de causas mal definidas
- ( ) não ( ) sim Recebo notificação dos profissionais dos setores
- ( ) não ( ) sim Faço visitas às unidades de internação. - ( ) Pronto Socorro ( ) UTIs ( ) Enfermarias Qual (s) \_\_\_\_\_
- ( ) não ( ) sim Busca ativa por meio de contato telefônico para as unidades de internação
- ( ) não ( ) sim Busca ativa de casos com dispensa de medicação para tratamento de doença de notificação compulsória na farmácia hospitalar
- ( ) não ( ) sim Busca ativa de casos na patologia
- ( ) não ( ) sim Busca ativa de óbitos por doença de notificação compulsória identificados pelo Serviço de Verificação de Óbito - SVO
- ( ) não ( ) sim Recebo relatórios do laboratório
- ( ) não ( ) sim Recebo notificação do município
- ( ) não ( ) sim Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**Com relação ao preenchimento das fichas de investigação, qual o percentual preenchido por:**

Profissionais de saúde que prestam assistência \_\_\_\_\_%

Profissionais de saúde do NHE \_\_\_\_\_%

**No seu NHE, de modo geral, sem considerar períodos de férias e outros afastamentos, há distribuição de frentes das DNC/agravos por profissional ou todos os profissionais da equipe respondem por todas as DNC/agravos?**

( ) Sim, as frentes são distribuídas

( ) Não, todos os profissionais da equipe do NHE respondem por todas as DNC e agravos

**Há parcerias do NHE com programas municipais de Saúde, a fim de otimizar o controle de DNC?**

(0) Não (1) Sim. Com qual (is) programa (s)? \_\_\_\_\_

**Qual a média mensal de notificações?**

( ) menos de 100 ( ) de 100 a 200 ( ) de 200 a 500 ( ) acima de 500

**Seu NHE tem algum instrumento que possibilita a comparação do número de prontuários/e/ou fichas de atendimentos e/ou outras fontes de dados levantados com o total de casos investigados?**

( ) Não ( ) Sim

**Há registro do número de prontuários e/ou fichas de atendimento e/ou relatórios do laboratório ou outros, telefonemas, e-mails enviados, enfim, todas ações empenhadas para que as notificações sejam realizadas?**

Não  Sim

**Quais as principais dificuldades encontradas em relação à coleta de exames relacionados às DNC?**

não  sim Conhecimento do caso em tempo oportuno

não  sim Encaminhamento da amostra ao laboratório de referência devido a falta de carro para transporte

não  sim Encaminhamento da amostra ao laboratório de referência em tempo oportuno

não  sim Acondicionamento adequado da amostra até o encaminhamento

não  sim Outro. Especifique \_\_\_\_\_

Não há dificuldades

**O NHE realiza escala de plantão para atendimento?**

Sim, presencial

Sim, à distância

Não realiza

**A equipe do NHE reúne-se rotineiramente para o esclarecimento de dúvidas e discussão de casos?**  não  sim

**Qual a periodicidade?**

Não se reúne  1x/semana  quinzenalmente  1x/mês  bimensalmente  toda vez que for necessário

**A equipe do NHE reúne-se com profissionais de unidades de atenção/internação para o esclarecimento de dúvidas e discussão de casos?**

Não  sim

**Que meios a equipe do NHE utiliza para esclarecer dúvidas sobre os casos investigados?**

Contato telefônico  e-mail  outra \_\_\_\_\_

**O NHE possui disponibilidade de área física com instalações de computador conectado à internet?**

Não  sim

**Como você considera o espaço físico de seu trabalho?**

Não agradável  pouco agradável  agradável

**Como você considera as relações pessoais da equipe interna do NHE?**

Não favorecem do processo de trabalho  às vezes desfavorece o processo de trabalho

muitas vezes desfavorece o processo de trabalho  São sempre favorecedoras do processo de trabalho

**Como você considera as relações pessoais da equipe do NHE com as equipes externas envolvidas (unidades de internação, laboratórios, farmácia, dentre outras)?**

Não favorecem do processo de trabalho  às vezes desfavorece o processo de trabalho

( ) muitas vezes desfavorece o processo de trabalho ( ) São sempre favorecedoras do processo de trabalho

**Quais as principais facilidades que você aponta para a realização do trabalho no NHE que você coordena?**\_\_\_\_\_

---



---



---

**Quais as principais dificuldades para realização do trabalho no NHE que você coordena?**\_\_\_\_\_

---



---



---

**Quem realiza o plano de trabalho para a aplicação do recurso relativo ao incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, regulamentado pela Portaria 183 GM/MS de Janeiro de 2014?**

- ( ) coordenação do NHE  
 ( ) equipe de planejamento do hospital  
 ( ) coordenação do NHE em conjunto com equipe de planejamento do hospital  
 ( ) outro

**Como o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, regulamentado pela Portaria 183 GM/MS de Janeiro de 2014, interfere no processo de trabalho?**

---



---



---



---

**Das atividades desenvolvidas pelo NHE.**

**Assinale sim ou não para as alternativas referentes às atividades desenvolvidas no NHE em que trabalha:**

( ) não ( ) sim A VEH é realizada de modo articulado com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Comissão de Controle de Infecção ligada à assistência e demais estruturas ou setores integrantes do sistema hospitalar que visem contribuir para a qualificação do cuidado em saúde ou vigilância das doenças e agravos.

( ) não ( ) sim Promove em até 24 horas a notificação compulsória imediata de todos os casos e óbitos por doenças ou agravos identificados, segundo legislação vigente Portaria 204/2016;

- não  sim Realiza investigação complementar dos casos e óbitos hospitalizados já notificados por outros estabelecimentos de saúde, registrando-se a informação no instrumento ou sistema de informação correspondente, quando disponível.
- não  sim Elabora relatório trimestral com o perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das doenças de notificação compulsória, a ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso.
- não  sim Realiza a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos de notificação compulsória, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS;
- não  sim Participa da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil, ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES.
- não  sim Participa da investigação dos óbitos infantis e fetais ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES.
- não  sim Incentiva a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anatomopatológicos, em caso de óbitos por causa mal definida ocorridos no ambiente hospitalar.
- não  sim Valida as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) cujo código da Classificação Internacional de Doenças (CID) indique tratar-se de internação por doença de notificação compulsória.
- não  sim Promove educação continuada para os profissionais dos serviços a fim de estimular a notificação das doenças no ambiente hospitalar;
- não  sim Monitora e avalia o preenchimento das declarações de óbitos e de nascidos vivos;
- não  sim Apóia ou desenvolve estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos clínicos das DNC, em consonância com as prioridades definidas pelos gestores do SNVS.



## APÊNDICE 2

**Questionário para coleta de dados - Profissionais que atuam na vigilância epidemiológica hospitalar**

### 1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA, FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA NA ÁREA

**NHE:** \_\_\_\_\_ **Município:** \_\_\_\_\_

**Iniciais do nome:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** ( ) feminino ( ) masculino

**Anos de estudo concluídos:** \_\_\_\_\_

**Formação:** ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) Biólogo ( ) Farmacêutico ( ) Biomédico ( ) outro

**Tem especialização?** ( ) não ( ) sim. **Em que área?** \_\_\_\_\_

**Tem mestrado?** ( ) não ( ) sim. **Em que área?** \_\_\_\_\_

**Tem doutorado?** ( ) não ( ) sim. **Em que área?** \_\_\_\_\_

**Qual o cargo que você ocupa na instituição?** \_\_\_\_\_

**Qual a carga horária de trabalho semanal no NHE? ?** ( ) < 20 horas ( ) 20 horas ( ) 21 a 30 horas ( ) 30 horas ( ) 31 a 40 horas ( ) 40 horas ( ) outro

**Tempo de atuação na vigilância epidemiológica hospitalar?** \_\_\_\_\_

**Você trabalhou anteriormente em outro tipo de vigilância epidemiológica que não hospitalar?** ( ) Não ( ) Sim. **Qual?** ( ) municipal ( ) GVE ( ) estadual

**Tempo total de experiência com vigilância epidemiológica:** \_\_\_\_\_

### 2. CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

**Você recebeu capacitação inicial para trabalhar em VE?** ( ) não ( ) sim. **Se sim, qual a forma de capacitação?** ( ) apenas teórica ( ) teórico-prática ( ) apenas prática \_

**Qual a carga horária?** < 20 horas 20-30 horas ( ) 40 -80 horas ( ) >80 horas **Quem foi que realizou tal atividade?** ( ) própria equipe ( ) VE municipal ( ) GVE ( ) Coordenação estadual ( ) outra \_\_\_\_\_

**Você recebe educação permanente relacionada à vigilância epidemiológica?** ( ) não ( ) sim.

**Com que periodicidade?** ( ) mensal ( ) bimestral ( ) trimestral ( ) semestral ( ) anual

**Quem realiza tal atividade?** ( ) própria equipe ( ) VE municipal ( ) GVE ( ) Coordenação estadual ( ) outra \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo você recebeu alguma atividade de educação permanente relacionada à vigilância epidemiológica?** ( ) último mês ( ) último bimestre ( ) último trimestre ( ) último semestre ( ) último ano

**Quem foi que realizou tal atividade?** ( ) própria equipe ( ) VE municipal ( ) GVE ( ) Coordenação estadual ( ) outra \_\_\_\_\_

### 3. PROCESSO DE TRABALHO

**Como você considera o espaço físico de seu trabalho?**

( ) Não agradável ( ) pouco agradável ( ) agradável

**Como você considera as relações pessoais da equipe interna do NHE?**

( ) Não favorecem do processo de trabalho ( ) às vezes desfavorece o processo de trabalho  
( ) muitas vezes desfavorece o processo de trabalho ( ) São sempre favorecedoras do processo de trabalho

**Como você considera as relações pessoais da equipe do NHE com as equipes externas envolvidas (unidades de internação, laboratórios, farmácia, dentre outras)?**

( ) Não favorecem do processo de trabalho ( ) às vezes desfavorece o processo de trabalho  
( ) muitas vezes desfavorece o processo de trabalho ( ) São sempre favorecedoras do processo de trabalho

**Quais as principais facilidades que você aponta para a realização do trabalho no NHE que você trabalha?** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Quais as principais dificuldades e estratégias de superação para essas dificuldades na realização do trabalho no NHE que você trabalha?**

---

---

---

---

---

### APÊNDICE 3

Ilmo (a) Sr. (a)

Conforme contato prévio, venho por meio deste, convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada **“Avaliação da Rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo”** que será desenvolvida por mim Érica Morais Cardozo – Enfermeira, Mestranda no Departamento de Saúde Coletiva da UNESP Botucatu, **com orientação da Profª Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte**, Docente do Departamento de Enfermagem **da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.**

Trata-se de estudo que visa avaliar a rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, do ponto de vista de sua estrutura e processos de trabalho, do qual serão convidados a participar os Coordenadores destes serviços e alguns dos profissionais atuantes na área. Esta ação se dará com intuito de contribuir com a gestão do Subsistema de VE Hospitalar e seu aprimoramento, por meio de questionário elaborado para este estudo.

Desta forma, venho por meio deste convidá-lo (a) a responder o questionário online para coordenadores dos NHE, cujo preenchimento possui duração média de 15 minutos. E, peço a gentileza de encaminhar link do questionário dos profissionais, cujo preenchimento possui duração média de 10 minutos, a um dos profissionais atuantes em seu Núcleo Hospitalar de Epidemiologia.

Consideramos sua participação e suas considerações de extrema importância para este estudo e queremos desde já agradecer pela sua contribuição.

Segue Link dos questionários:

Coordenadores: <http://www3.fmb.unesp.br/questionarios/index.php/234227/lang-pt-BR>

Profissionais: <http://www3.fmb.unesp.br/questionarios/index.php/933571/lang-pt-BR>

Érica Morais Cardozo

**APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
(Aos gestores)  
RESOLUÇÃO 466/2012**

**CONVIDO, o Senhor (a) para participar da Pesquisa intitulado “Avaliação da Rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo”, que será desenvolvido por mim *Érica Morais Cardozo – Enfermeira, Mestranda no Departamento de Saúde Coletiva da UNESP Botucatu, com orientação da Profª Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte, Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.***

**OBJETIVOS DA PESQUISA:** O presente estudo visa avaliar a rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo do ponto de vista de sua estrutura e processos de trabalho, com o intuito de contribuir com a gestão do Subsistema de VE Hospitalar e seu aprimoramento, por meio de questionário elaborado para este estudo a ser respondido, via online, pelos coordenadores e/ou responsáveis pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia no Estado de São Paulo, e que levará em média 15 minutos para seu preenchimento. O preenchimento do questionário será possível mediante aceite em participar da pesquisa após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante. Será garantido o sigilo e anonimato referente à identificação do participante.

**BENEFÍCIOS ESPERADOS DA PESQUISA :** Pretende-se, por meio da análise de estrutura e processo de trabalho dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, levantar dificuldades, facilidades e particularidades desses serviços, visando contribuir com a gestão do Subsistema de VE Hospitalar e seu aprimoramento. .

**Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade de seu trabalho.**

Os dados online, bem como o aceite de participação da pesquisa ficarão arquivados por 5 anos após o término da pesquisa e posteriormente a esse período serão destruídos. Sendo que o acesso a estes será somente por parte do pesquisador.

**Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:**

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, Eu \_\_\_\_\_ CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

**Pesquisador**

**Nome : Érica Morais Cardozo**

**Endereço: Avenida Camilo Mazoni, 1055 – Bloco D, Apto 33 – Jardim Paraíso  
18610.285 – Botucatu - SP**

**Telefone: (15)997063970**

**Email: emcardozo2011@gmail.com**

---

**Participante da Pesquisa**

**Nome Marli Teresinha Cassamassimo Duarte**

**Endereço: Rua Itagiba de Moraes Pupo, 41 Jardim Alvorada  
18650-000 - São Manuel/SP**

**Telefone: (14) 38801309/ 14- 996058319**

**Email: [mtduarte@fmb.unesp.br](mailto:mtduarte@fmb.unesp.br)**

**APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**  
**(Profissionais)**  
**RESOLUÇÃO 466/2012**

**CONVIDO, o Senhor (a) para participar da Pesquisa intitulado “Avaliação da Rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo”, que será desenvolvido por mim *Érica Morais Cardozo – Enfermeira, Mestranda no Departamento de Saúde Coletiva da UNESP Botucatu, com orientação da Profª Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte, Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.***

**OBJETIVOS DA PESQUISA:** O presente estudo visa avaliar a rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo do ponto de vista de sua estrutura e processos de trabalho, com o intuito de contribuir com a gestão do Subsistema de VE Hospitalar e seu aprimoramento, por meio de questionário a ser respondido, via online, e que levará em média 10 minutos para seu preenchimento. O preenchimento do questionário será possível mediante aceite em participar da pesquisa após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante. Será garantido o sigilo e anonimato referente à identificação do participante.

**BENEFÍCIOS ESPERADOS DA PESQUISA** Pretende-se, por meio da análise de estrutura e processo de trabalho dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, levantar dificuldades, facilidades e particularidades desses serviços, visando contribuir com a gestão do Subsistema de VE Hospitalar e seu aprimoramento.

**Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade de seu trabalho.**

Os dados online, bem como o aceite de participação da pesquisa ficarão arquivados por 5 anos após o término da pesquisa e posteriormente a esse período serão destruídos. Sendo que o acesso a estes será somente por parte do pesquisador.

**Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:**

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, Eu \_\_\_\_\_ CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

**Pesquisador**

---

**Participante da Pesquisa**

**Nome : Érica Morais Cardozo**

**Endereço: Avenida Camilo Mazoni, 1055 – Bloco D, Apto 33 – Jardim Paraíso  
18610.285 – Botucatu - SP**

**Telefone: (15)997063970**

**Email: emcardozo2011@gmail.com**

**Nome Marli Teresinha Cassamassimo Duarte**

**Endereço: Rua Itagiba de Moraes Pupo, 41 Jardim Alvorada  
18650-000 - São Manuel/SP**

**Telefone: (14) 38801309/ 14- 996058319**

**Email: mtduarte@fmb.unesp.br**

## ANEXO 1



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
 CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
 "PROF. ALEXANDRE VRANJAC"  
 Av. Dr. Arnaldo, 351-6º andar - SP/SP - CEP:01246-000  
 Fone:(11)3082-8216 - Fax:3082-9359 / 9395  
 e-mail:dircve@cve.saude.sp.gov.br

OFÍCIO MÉTODOS CVE Nº 006 / 2016.

São Paulo, 26 de julho de 2016

Prezada Senhora,

Concordamos com realização do projeto "Avaliação da Rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo" pela sua relevância para a Vigilância em Saúde do Estado de São Paulo e por ter manifestação favorável da Dra. Vera Lúcia G. Malheiro, Coordenadora da Rede dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo.

Solicitamos o envio do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa ao qual será submetido quando o mesmo estiver disponível.

Outrossim, informamos que a relação dos e-mails e nomes dos responsáveis dos NHE do Estado de São Paulo estão disponíveis no endereço eletrônico:

[http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/institucional/nhe16\\_reveh.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/institucional/nhe16_reveh.pdf).

Atenciosamente,

**Márcia Benedita de Oliveira**  
 Diretora Técnica

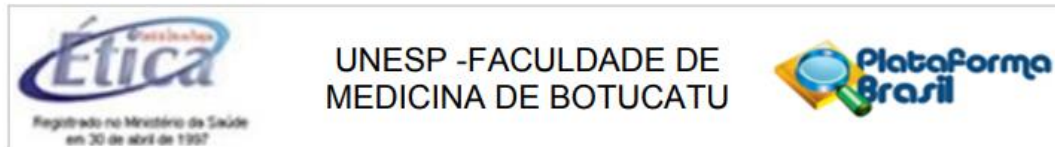
Divisão de Desenvolvimento em Métodos de Pesquisa e  
 Capacitação em Epidemiologia - CVE

De acordo.

**Dra. Regiane A. Cardoso de Paula**  
 Diretora Técnica do CVE



## ANEXO 2



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação da Rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo

**Pesquisador:** Érica Morais Cardozo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 59126116.2.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Saúde Pública

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.758.279

**Apresentação do Projeto:**

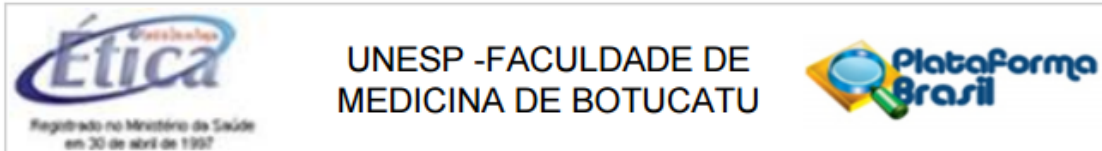
Em 2004, foi criado o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (SNVEAH) e a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema, por meio da Portaria nº 2.529, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS). O objetivo deste estudo será avaliar a rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) do Estado de São Paulo do ponto de vista de sua estrutura e processos de trabalho. Trata-se de estudo qualiquantitativo, exploratório e transversal que será desenvolvido com os 41 NHE do Estado.

A população do estudo será composta por 41 coordenadores e, aproximadamente (número a ser definido por critério de saturação), 20 profissionais atuantes nas equipes dos NHE do Estado de São Paulo. Critérios de inclusão: estar atuando em NHE do Estado de São Paulo há pelo menos seis meses e ter idade igual ou superior a 18 anos. Critérios de exclusão: ter menos de 6 meses de atuação na área de VEH, estar de licença/afastamento do serviço no período da coleta de dados ou após 5 contatos não respondidos à solicitação eletrônica (e-mail), para os coordenadores.

A coleta de dados se dará de duas maneiras:

1- Junto aos coordenadores dos NHE: será realizada por meio de questionário, autopreenchível, encaminhado, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) via email,

<b>Endereço:</b> Chácara Butignolli , s/n	<b>CEP:</b> 18.618-970
<b>Bairro:</b> Rubião Junior	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> BOTUCATU
<b>Telefone:</b> (14)3880-1608	<b>E-mail:</b> capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.758.279

cuja devolução deverá ocorrer também eletronicamente. A via do TCLE do pesquisador deverá ser assinada pelo participante e digitalizada. O questionário inclui questões relativas às variáveis sociodemográficas e experiência na área, capacitação e educação permanente, componentes da equipe de trabalho; formação e educação permanente e processo de trabalho no NHE.

2- Junto aos profissionais das equipes dos NHE: será realizada por meio de entrevista, via telefônica. Os profissionais serão convidados a participar da pesquisa por meio de endereço eletrônico (e-mail) de contato. Na ocasião, serão apresentados os objetivos e forma de participação na pesquisa, o TCLE e solicitação de agendamento de data e horário para realização da entrevista. O Consentimento

Esclarecido e a entrevista para coleta de dados serão registrados em formato MP3, por meio de aparelho de gravação de voz, próprio para telefones. Estas serão transcritas e após este procedimento as gravações serão destruídas.

A análise dos resultados será baseada no referencial de Donabedian. Os dados quantitativos serão analisados por meio de estatística descritiva e os dados qualitativos, avaliados por meio de análise de conteúdo de Bardin. Por fim, pretende-se realizar uma descrição do processo de trabalho dos profissionais dos NHE, dentro do Estado de São Paulo, destacando-se facilidades, dificuldades e estratégias de enfrentamento visando proposição de melhorias na sustentação do sistema de VE de base hospitalar.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

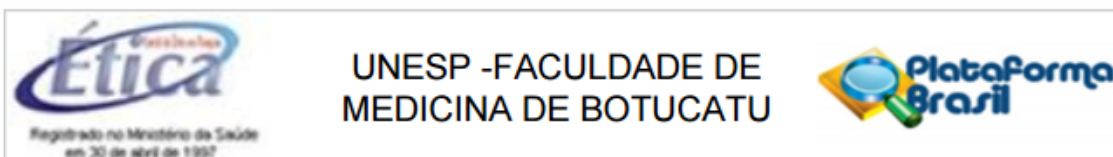
Avaliar a rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo do ponto de vista de sua estrutura e processos de trabalho, descrevendo o perfil sociodemográfico e de formação dos trabalhadores, analisando o cumprimento das exigências de funcionamento definidas nas Portarias 183/2014 GM/MS e 204/2016 GM/MS e analisando o modus operandi das equipes a fim de identificar as principais dificuldades e facilidades e estratégias de superação.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** O estudo apresenta riscos mínimos para os participantes, tendo em vista que a coleta de dados envolve resposta a questionário ou entrevista, mediante aceite voluntário de participação. Também não envolve prejuízos ao indivíduo em relação ao seu trabalho ou a sua individualidade, uma vez que será preservado o sigilo de sua identidade e a garantia de retirar-se da pesquisa quando solicitado pelo mesmo.

**Benefícios:** Possibilidade de evidenciar facilidades, dificuldades e estratégias de enfrentamento dos serviços de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Estado de São Paulo, visando proposição de

<b>Endereço:</b> Chácara Butignolli , s/n	<b>CEP:</b> 18.618-970
<b>Bairro:</b> Rubião Junior	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> BOTUCATU
<b>Telefone:</b> (14)3880-1608	<b>E-mail:</b> capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.758.279

melhorias na sustentação deste sistema.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, sob orientação da Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. O projeto, de relevância científica e social, está de acordo com os princípios éticos previstos pelas normas vigentes. O cronograma é adequado, com previsão de início da coleta de dados em dezembro de 2016.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

As autoras apresentaram todos os documentos obrigatórios:

- Folha de rosto devidamente assinada
- Projeto de pesquisa
- Termo de anuência da instituição proponente (FMB) e da Diretoria Técnica do CVE da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo
- TCLE em forma de convite, com as todas informações pertinentes descritas em linguagem clara e acessível. Foram apresentados dois modelos de TCLE, de acordo com o público a que se destina.'

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa, as autoras deverão enviar o "Relatório Final".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sugiro aprovação do presente projeto sem necessidade de envio ao CONEP.

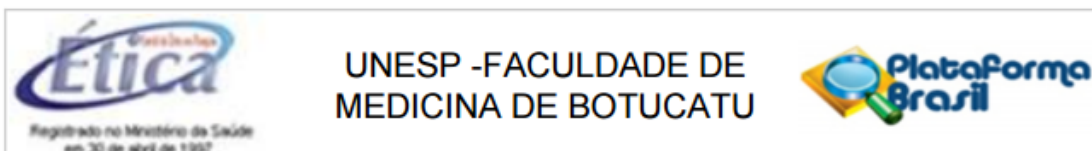
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião ORDINÁRIA do CEP de 03 de Outubro de 2.016, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

OBS: LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 03/10/2016 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

<b>Endereço:</b> Chácara Butignolli , s/n	<b>CEP:</b> 18.618-970
<b>Bairro:</b> Rubião Junior	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> BOTUCATU
<b>Telefone:</b> (14)3880-1608	<b>E-mail:</b> capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.758.279

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_746204.pdf	24/08/2016 17:56:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/08/2016 17:54:54	Érica Morais Cardozo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_institucional.pdf	24/08/2016 17:50:11	Érica Morais Cardozo	Aceito
Outros	CVE.PDF	24/08/2016 17:49:42	Érica Morais Cardozo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado.pdf	24/08/2016 17:47:56	Érica Morais Cardozo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	24/08/2016 17:39:38	Érica Morais Cardozo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BOTUCATU, 03 de Outubro de 2016

---

**Assinado por:**  
**SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**  
(Coordenador)